

Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu  
de psychiatrie légale

Charlène Seyer-Forget

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de  
Doctorat en sciences infirmières

École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

## UNIVERSITÉ D'OTTAWA

**Cette thèse a été dirigée par :**

---

Dave Holmes, directeur de recherche, Inf., Ph.D.

Université d'Ottawa

**Jury d'évaluation de la thèse :**

---

Nom, grade

Université d'Ottawa

---

Nom, grade

Université d'Ottawa

---

Nom, grade

Université d'Ottawa

Thèse soutenue le [06/09/2024]

## Résumé

Les écrits scientifiques indiquent invariablement que le personnel infirmier exerçant en milieu psychiatriques est particulièrement à risque de subir des actes de violence, notamment de la part des patients qui y sont hospitalisés. Le projet de recherche repose sur le besoin de comprendre comment le personnel infirmier, exposé à des conditions pouvant mener au stress traumatique secondaire (STS), administre des soins en concordance (ou non) avec les principes éthiques à leurs patients alors que ces derniers viennent de commettre une agression sur une tierce personne (un collègue). Le cadre théorique utilisé pour cette recherche s'appuie sur les travaux de Kristeva, Goffman, Foucault et Lazarus et Folkman. L'analyse interprétative phénoménologique est le devis méthodologique retenu pour analyser et interpréter les éléments contextuels que l'infirmière vit et subit alors qu'elle est confrontée régulièrement au phénomène du STS dans son milieu de pratique. Le vécu phénoménologique des infirmiers et infirmières partagés par les participants de cette étude peut être regroupé sous trois catégories soit 1) les éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire, 2) l'agression et ses conséquences et 3) les stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression. Les résultats de l'étude ont permis de constater en quoi la qualité des soins est sous optimale en milieu psycho légal sécuritaire. Des éléments individuels, interpersonnels, culturels et systémiques interfèrent dans les processus relationnels et affectent les soins infirmiers prodigués. Les stratégies que les infirmières de cette étude utilisent pour assurer des soins de qualité auprès des patients agresseurs sont axées sur la rationalisation, les

émotions, l'action, le système et sont utilisées par les infirmières afin d'actualiser leur rôle professionnel et ce malgré des dommages collatéraux important pour elles-mêmes. La gestion de l'émotion et de sa cause, l'abjection, est une priorité pour les infirmières en milieu psycho légal sécuritaire dans un contexte qui tend à invalider leur vécu émotionnel. Des stratégies primaires, secondaires et tertiaires doivent être déployées afin de soutenir les infirmières et leurs collègues dans des situations de soins émotionnellement exigeantes pouvant engendrer des traumatismes.

## Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières .....	v
Liste des figures.....	viii
Remerciements .....	ix
Dédicace .....	x
Introduction .....	1
Chapitre 1 : Problématique de recherche .....	3
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	16
Traumatisme dans la profession infirmière .....	17
Tour d’horizon des émotions .....	31
Qualité des soins aux patients agresseurs .....	46
Chapitre 3 : Cadre théorique .....	68
Vécu émotionnel et transgression (Kristeva).....	68
Éléments contextuels milieu psycho légal (Goffman et Foucault) .....	79
Évaluation de la menace et stratégies d’adaptation (Lazarus et Folkman).....	85
Chapitre 4 : Considérations méthodologiques.....	91
Devis de recherche .....	91
Critères de rigueur.....	97
Dimensions éthiques.....	98
Chapitre 5 : Résultats .....	101
5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire .....	102
5.1.1 Omniprésence de la violence et du risque .....	103
5.1.2 Entre opposition et intégration de la sécurité et du soin.....	104
5.1.3 Postures professionnelles .....	111
5.2 L’agression et ses conséquences.....	123
5.2.1 Caractéristiques de l’agression.....	124
5.2.2 Conséquences primaires sur l’infirmière et ses collègues .....	134
5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique.....	155
5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins .....	158

5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression.....	176
5.3.1 Axées sur la rationalisation : faire la part des choses .....	176
5.3.2 Axées sur les émotions.....	184
5.3.3 Axées sur l'action .....	200
5.3.4 Axées sur le système.....	207
5.3.5 Dommages collatéraux .....	213
Chapitre 6 : Discussion .....	223
6.1 Émotions, raison et leurs contextes .....	226
Des équipes tissées serrées .....	234
Le travail émotionnel .....	238
La qualité des soins en milieu psycho légal sécuritaire reflet du (dys)fonctionnement du système .....	241
6.2 Les disciplines (de Foucault) et les institutions totales (de Goffman) telles des stratégies de distanciation de l'abject.....	244
6.3 Stratégies pour assurer des soins conformes aux patients agresseurs .....	252
Stratégies axées sur les émotions .....	253
Stratégies axées sur la rationalisation.....	259
Stratégies axées sur l'action.....	263
Implications pour la pratique .....	269
Implications pour la recherche.....	274
Implications pour l'enseignement .....	276
Limites.....	277
Conclusion.....	281
Références .....	283
Annexes.....	304
Annexe 1 : Différents types de stress chez le personnel infirmier.....	304
Annexe 2 : Définition des concepts apparentés .....	305
Annexe 3 : Présentation des différentes perspectives théoriques du trauma psychologique .....	311
Annexe 4 : Le STS analyse de concept .....	313
Annexe 5 : Modèle transactionnel stress, évaluation cognitive et adaptation .....	314
Annexe 6 : Mécanismes de défense .....	315
Annexe 7 : Affiche recrutement .....	316

Annexe 8 : Guide d’entrevue .....	317
Annexe 9 : Formulaire de consentement et confidentialité .....	321
Annexe 10 : Protocole de recherche préétabli – enjeux d’intégrité intellectuelle .....	325
Annexe 11 : Approbation éthique hospitalière.....	327
Annexe 12 : Approbation éthique universitaire .....	330

## Liste des figures

Figure 1. Schématisation des fondements conceptuels du projet	68
Figure 2. Catégories et thèmes	101
Figure 3. Catégorie 1 : Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire	102
Figure 4. Catégorie 2 : L'agression et ses conséquences	125
Figure 5. Catégorie 3 : Les stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression	177
Figure 6. Les différents stress en milieu de soins	304
Figure 7. Analyse de concept du STS chez les infirmières	313

## Remerciements

Ici se termine un parcours de quatre ans pour la complétion de mon doctorat. Ma famille se joint à moi afin de remercier tout spécialement mon directeur de thèse, Pr. Dave Holmes, pour le soutien indéfectible des dernières années. Merci pour les défis intellectuels stimulants, l'appui financier non négligeable, la confiance sans cesse renouvelée, les projets bouillonnants. Merci de m'avoir fait découvrir ton univers et d'être un mentor extraordinaire. Je ne peux passer sous silence les demandes répétées aux organismes subventionnaires pour un projet de recherche qui me touche particulièrement, personnellement et professionnellement. Merci pour la supervision offerte, de m'avoir confié ce projet de recherche et pour m'avoir permis de faire équipe avec les Pr. Amélie Perron et Jean-Daniel Jacob. Merci à l'Université d'Ottawa et la faculté des Sciences infirmières pour les bourses d'admission qui ont facilité mon parcours académique. Une pensée spéciale pour mes collègues d'études que j'espère recroiser dans le futur. Une mention particulière aussi à mon employeur pour le soutien à la conciliation travail-famille-études. Finalement, un merci particulier à tous mes collègues de travail et tous mes patients. Vous êtes ma source d'inspiration et c'est un honneur d'évoluer à vos côtés jour après jour. J'espère que vous verrez comme moi la beauté, la complexité et l'expertise de vos rôles au quotidien, qu'ensemble nous pourrions poursuivre l'écriture de ce chapitre des soins infirmiers psycho légaux en contexte de sécurité maximum et que nous nous unissons, comme nous savons si bien le faire, afin de continuer d'améliorer les conditions de soins et de vie de nos patients.

## **Dédicace**

Aimer son prochain ne devrait pas être douloureux. Pourtant, de nombreuses personnes, pères, mères, enfants, professionnels de la santé, souffrent aux côtés de leurs proches aux prises avec une problématique de santé mentale ou un trouble mental. Dédicace à ma belle marraine d'amour décédée de la COVID le 26 décembre 2022 à l'âge de 71 ans. Merci à toutes les infirmières, au personnel de soins infirmiers et professionnels de la relation d'aide qui ont prodigué des soins à ma marraine qui vivait avec un trouble schizo-affectif depuis sa jeunesse. Marraine, je suis ton héritage et j'en suis fier.

## Introduction

Étant donné le type de patients hospitalisés, les milieux psycho légaux sont des environnements où le personnel infirmier est davantage exposé à des risques de violences polymorphes de la part des patients. Les écrits scientifiques indiquent invariablement que le personnel infirmier qui exerce en milieux psychiatriques est particulièrement à risque de subir des actes de violence (Kobayashi et al., 2020; Yang et al., 2018), notamment de la part des patients qui y sont hospitalisés (Anderson & West, 2011; Behnam et al., 2011; Stevenson et al., 2015). Les études montrent que les infirmières de santé mentale subissent des impacts négatifs de l'exposition à la violence dans le milieu de soins, dont des niveaux inférieurs de bien-être et de satisfaction de compassion, davantage de colère et des niveaux supérieurs de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire (STS) (Kobayashi et al., 2020). La normalisation et la banalisation de la violence ainsi que la prévalence du STS chez les infirmières de psychiatrie (Zerach & Shalev, 2015) mériteraient davantage d'attention pour les infirmières de psychiatrie légale afin de déterminer l'impact du trauma secondaire sur la qualité des soins prodigués dans le contexte de psychiatrie légale. L'angle d'étude choisi pour cette recherche en contexte de psychiatrie légale est celui des émotions vécues par le personnel infirmier victime du STS, et plus particulièrement la manière dont ces émotions influencent la relation avec le patient agresseur et leurs effets sur la qualité des soins prodigués à ce dernier. Les éléments structurant du milieu psycho légal seront étayés par les travaux de Goffman (1968) et de Foucault (1975), afin d'analyser la manière dont le pouvoir opère dans les hôpitaux de

psychiatrie légale, exemple d'institution totale selon le concept de Goffman. Le cadre théorique de l'abjection, selon les travaux de Kristeva (1980), est retenu afin d'apporter un éclairage nouveau sur le vécu émotionnel des infirmières qui prodiguent des soins auprès d'une clientèle fortement marginalisée pouvant susciter de l'aversion et du dégoût. Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) seront quant à eux utilisés afin d'expliquer l'évaluation de la menace faite par les infirmières au moment de prodiguer des soins aux patients agresseurs et les mécanismes d'adaptation (coping) utilisés. La réunion de ces auteurs permet d'offrir une perspective riche et nuancée du milieu psycho légal, un environnement complexe et contraignant, à la jonction de plusieurs vies et réalités. Cette approche est innovante dans le domaine des connaissances du STS et de la discipline infirmière afin de documenter le vécu des infirmières au moment d'administrer des soins aux patients agresseurs. Ces travaux permettent d'aborder sous un angle novateur les réactions du personnel envers des patients agresseurs, et ainsi de mieux comprendre les sentiments d'abjection et de peur que peut ressentir le personnel infirmier responsable de dispenser des soins psychiatriques à des patients ayant commis des actes de violence et leurs répercussions sur la qualité des soins infirmiers.

## Chapitre 1 : Problématique de recherche

Le personnel infirmier est particulièrement à risque de vivre de la violence en milieu de travail (Flannery & Flannery, 2023; Kobayashi et al., 2020; Yang et al., 2018) et les patients hospitalisés en psychiatrie figurent fréquemment parmi les auteurs de cette violence (Anderson & West, 2011; Behnam et al., 2011; Flannery & Flannery, 2023; Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022; Stevenson et al., 2015). Il a aussi été clairement démontré, partout dans le monde, que les infirmières souffrent à différents degrés de stress traumatique secondaire (STS) (Bock et al., 2020; Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022; Wanqing Xie et al., 2020) et que les infirmières en psychiatrie ont des taux plus élevés de trouble de stress post-traumatique et de STS (Newman et al., 2019; Zerach & Shalev, 2015). Les infirmières de santé mentale subissent des impacts négatifs de l'exposition à la violence dans le milieu de soins, dont des niveaux inférieurs de bien-être et de satisfaction de compassion, davantage de colère, et des niveaux supérieurs de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de STS (Kobayashi et al., 2020). Les impacts néfastes possibles sur le soignant et la qualité des soins de chacune des dimensions du STS sont aussi bien établis théoriquement (Arnold, 2020; Austin et al., 2003; Brillon, 2013; Corley, 2002; Figley, 2002; Jameton, 2013; Kilfedder et al., 2001; Lebel, 2015; Maslach & Leiter, 2016; Mathieu, 2012; Saakvitne & Pearlman, 1996; Schaufeli et al., 2009; Stamm, 2010; Tabor, 2011). Ce qui a été peu étudié jusqu'à maintenant, c'est la manière dont ces éléments théoriques s'expriment dans le vécu quotidien chez les infirmières œuvrant en milieu psycho légal. Le projet de recherche

repose sur le besoin de comprendre comment le personnel infirmier, exposé à des conditions pouvant mener au STS, administre des soins en concordance (ou non) avec les principes éthiques à leurs patients alors que ces derniers viennent de commettre une agression sur une tierce personne (un collègue).

Les milieux sécuritaires sont des milieux fortement régulés et ce par de nombreux codes formels (les politiques de l'établissement) et informels (le vécu des membres de l'équipe et la culture de l'établissement). D'un point de vue des structures formelles, des changements procéduraux à la suite d'incidents de violence ont des impacts tant sur les soignants (dans leur capacité à exercer leur rôle) que sur les patients (droits, qualité des soins, qualité de vie). Le personnel infirmier œuvrant en milieu psycho légal est conscient des difficultés inhérentes à l'exercice du soin et des mortifications que subit leur pratique professionnelle (Seyer-Forget et al., 2022). Le travail en milieu sécuritaire s'effectue par l'entremise d'une relation d'interdépendance où l'infirmière est incapable de jouer son rôle selon les standards établis sans l'appui de ses collègues (Seyer-Forget et al., 2022). La nature systémique et intersubjective de la culture de coercition (soins sous contrainte) dans les milieux de psychiatrie légale est quant à elle de plus en plus documentée (Bach, 2018; Paradis-Gagné et al., 2021; Verbeke et al., 2019) et influence, elle aussi, la capacité de l'infirmière de jouer son rôle dans ces milieux. Le but de ce projet est d'identifier et conceptualiser des pratiques déployées par le personnel infirmier afin de maintenir une qualité des soins conforme à leurs obligations (cliniques, éthiques, légales) en présence de « structures du milieu (codes, pratiques, discours) qui mettent en péril l'éthique du soin » (Holmes et al., 2019).

La normalisation et la banalisation de la violence ainsi que la prévalence du STS chez les infirmières de psychiatrie (Zerach & Shalev, 2015) mériteraient davantage d'attention pour les infirmières de psychiatrie légale afin de déterminer l'impact du stress traumatique secondaire sur la qualité des soins prodigués dans le contexte psycho légal. L'angle d'étude choisi pour cette recherche en contexte de psychiatrie légale est celui des émotions vécues par le personnel infirmier victime du STS, la manière dont ces émotions influencent la relation avec le patient agresseur et leurs effets sur la qualité des soins prodigués à ce dernier. Tel qu'identifié par Holmes et al. (2019), la créativité du projet réside dans l'étude de la problématique de recherche ainsi que dans le cadre théorique qui le sous-tend (les explications du cadre théorique sont présentées dans la section cadre théorique).

Les conséquences pour les patients agresseurs, à qui l'on doit dispenser des soins, n'ont pas été documentées à ce jour dans le cadre d'études scientifiques. La recherche actuelle se concentre plutôt sur les victimes primaires d'actes (directs ou indirects) de violence. Rauvola et al. (2019) notent dans leur recension des écrits récents portant sur le STS, dans les bases de données de 2007 à 2018, que les indicateurs de performance professionnelle, qu'ils soient objectifs ou subjectifs, sont habituellement étudiés en regard du processus traumatique chez le professionnel au lieu d'investiguer la correspondance entre la performance attendue et celle fournie dans les soins aux patients. Le but de ce projet de recherche est de contribuer à ce manque de connaissances alors que le projet vise à étudier les stratégies déployées par les infirmières afin de rendre des soins (administration de médicaments, de contentions physiques, mécaniques, chimiques, soins

de plaie, etc.) conformes aux normes éthiques (performance attendue) à des patients ayant agressé des tierces personnes.

L'augmentation des connaissances sur le STS, particulièrement sous l'angle du vécu subjectif des parties impliquées, contribuera au développement d'une pratique infirmière éthique et congruente dans les situations de soins en psychiatrie légale. D'un point de vue de la spécialité de la psychiatrie légale, la portée des résultats de cette recherche pourrait être internationale. La violence en milieu de soins est transversale à plusieurs groupes professionnels ainsi qu'à plusieurs clientèles (Mento et al., 2020). Les résultats de cette recherche pourront être utiles dans plusieurs autres milieux de soins tel que les milieux de soins d'urgence, de psychiatrie générale (adulte et pédiatrique), de médecine interne, de gériatrie, de chirurgie, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les soins de santé communautaire (visites à domicile, équipes mobiles d'urgence psychiatrique, soins aux personnes itinérantes, etc.) et les soins de santé en milieu correctionnel.

### **But et objectifs de recherche**

Cette recherche porte sur le phénomène du STS chez les infirmières de psychiatrie légale œuvrant dans un environnement de soins à sécurité maximale en contexte canadien. Elle s'inscrit dans le projet de recherche subventionné par les IRSC intitulé *Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique* et mené par Pr. D. Holmes, A. Perron et J.D. Jacob (IRSC 2019-2022)

(2019). Le but du projet de recherche, tel que défini dans le protocole (Holmes et al., 2019, p. 4), est de :

[M]ener une analyse de l'expérience du STS chez des infirmières et des infirmiers en milieu psycho légal afin de comprendre l'impact de la violence commise contre des tierces personnes (collègues) sur 1) les témoins (les infirmières), 2) sur la qualité des soins aux agresseurs et 3) sur les effets systémiques de cette violence.

### **Questions de recherche**

L'étude est conçue de manière à identifier, à travers le vécu phénoménologique du personnel infirmier, les stratégies déployées pour faire face au STS afin de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations éthiques du personnel infirmier. Les questions de recherche suivantes sont prévues au protocole (Holmes et al., 2019, p. 1) : 1) Quelles sont les émotions vécues par les personnes (les infirmières de psychiatrie légale) victimes de stress traumatique secondaire ? 2) Dans quelle mesure ces émotions influencent-elles la relation entre le personnel infirmier et les patients agresseurs ? Quels effets ont ces émotions sur les soins à ces derniers ? 3) Quelles sont les stratégies déployées par le personnel infirmier pour faire face au stress traumatique secondaire afin de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations éthiques du personnel infirmier ? 4) Comment la diversité sociale, ethnique, de genre et d'âge du personnel infirmier intervient-elle dans la construction du « patient violent » ? Ces questions seront répondues dans la discussion.

### **Position épistémique**

Le paradigme de recherche choisi pour ce projet est celui de la théorie critique. Dans le phénomène de vécu de STS chez les infirmières de psychiatrie légale, le choix de ce paradigme permet de s'éloigner de l'approche positiviste et postpositiviste et de sa logique binaire. Le paradigme de la théorie critique permet d'explorer le vécu subjectif de ce phénomène chez les infirmières et d'identifier les stratégies qu'elles déploient pour y faire face. De plus, il favorise l'exploration de l'impact des stratégies déployées par les infirmières sur la qualité des soins aux patients agresseurs dont elles s'occupent. Pour ce qui est du choix du paradigme de la théorie critique, il est important de ne pas confondre la théorie critique associée à l'École de Francfort (une école de pensée en soi) au paradigme de la théorie critique et autres idéologies liées tel qu'énoncé par Guba et Lincoln (1994). Dans leur paradigme de la théorie critique et autres idéologies liées, ils regroupent un ensemble d'écoles de pensées qui, selon eux, se rejoignent sur le plan épistémique.

#### *A priori épistémologiques*

Dans le paradigme de la théorie critique, le chercheur et son objet de recherche possèdent des réalités subjectives, chacun étant imprégné par des valeurs socio-politiques et culturelles (Guba & Lincoln, 1994). La rencontre entre le chercheur et l'objet d'étude est transactionnelle, c'est-à-dire que les valeurs du chercheur influencent inévitablement celles de l'objet de recherche et des questions de recherche qui sont posées. Les résultats de recherche sont donc teintés des valeurs socio-politiques et culturelles. Pour le chercheur critique, les pensées sont le reflet des relations de pouvoir constituées historiquement et

socialement, les faits, c'est-à-dire les éléments de la réalité du participant tenus pour réels, ne peuvent jamais quant à eux être isolés du domaine des valeurs ou séparés de leur imprégnation idéologique (Kincheloe & McLaren, 1994). Sur le plan épistémique, le processus de recherche n'est pas neutre, il est teinté de subjectivité.

L'environnement de sécurité maximum pour une clientèle de psychiatrie légale est tributaire d'une réalité qui lui est propre. Des études ont démontré que l'environnement a un impact sur l'infirmière et sur sa capacité à prodiguer des soins aux patients selon les normes requises par la profession (Holmes et al., 2007; Holmes & Jacob, 2012). La logique binaire de l'autonomie est inefficace dans une conception de la violence inscrite dans l'*embodiment*, le vécu subjectif des corps en interaction avec un environnement et leur intersubjectivité : la violence « tout court » n'existe pas et doit nécessairement être contextualisée (Staudigl, 2013, p. 56). L'exercice phénoménologique de la compréhension de la violence tient compte à la fois du vécu des victimes en perte de sens, du vécu de l'auteur de violence en quête de sens et de l'expérience des témoins, spectateurs, juges, cliniciens en quête d'attribution de sens à la violence. Le rôle de l'infirmière en psychiatrie légale est à la jonction de ces vécus. Le vécu intersubjectif et le sentiment de sécurité sont des enjeux importants dans le soin aux patients présentant de l'agression et de la violence (Lindsey, 2009; Perron et al., 2015). « La définition de la violence peut donc varier selon le participant, ses expériences antérieures de violence et sa formation professionnelle. (...) Si les formes que prend la violence sont multiples, l'anxiété et la peur qu'elle génère demeurent un élément constant » (Perron et al., 2015, p. 57). L'étude des concepts associés à la violence est un champ riche pour l'intersubjectivité. Dans une position épistémique

critique, le chercheur questionne le participant avec l'a priori de sa propre subjectivité, convaincu de la dimension subjective du participant et de la présence d'éléments qui façonnent la réalité du participant, réalité qu'il souhaite révéler (et qu'il influence par son rôle de chercheur) pour que le participant puisse s'émanciper et influencer consciemment les structures en place.

### *A priori ontologiques*

Dans la théorie critique tel qu'expliquée par Guba et Lincoln (1994), l'a priori ontologique est celui du réalisme historique, c'est-à-dire que le chercheur peut appréhender une réalité qui au fil du temps, a été modelée par un ensemble de facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques et de genres, puis cristallisée en une série de structures qui sont désormais prises/tenues pour « réelles ». Les structures en place sont alors considérées naturelles et immuables. Tous les aspects pratiques (par exemple : fonctionnement et culture du réseau de la santé) de ces structures découlent de cette réalité virtuelle ou historique maintenant « réelle ».

La perspective théorique critique de cette recherche portant sur le STS chez les infirmières de psychiatrie légale joint les travaux de Goffman (1968) et Foucault (1975). Cette perspective théorique permet d'analyser la manière dont le pouvoir opère dans les hôpitaux de psychiatrie légale. Les hôpitaux psychiatriques font partie des institutions totalitaires pour Goffman et appartiennent à la catégorie des « établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire

» (Goffman, 1968, p. 46). Goffman (1968) a étudié la structure interne et le fonctionnement des institutions totales en analysant les interactions sociales entre les groupes soignants/soignés. La perspective microsociologique de Goffman est utile afin de décrire et d'analyser les relations sociales entre les infirmières, les soignantes-surveillantes, et les patients, les soignés-détenus. La perspective Foucauldienne offre quant à elle un angle d'analyse systémique du rôle des professionnels de la santé dans le système de santé et ceux à son interface. Les travaux de Foucault ont été repris par plusieurs chercheurs dans le domaine des soins infirmiers et dans la spécialité de la psychiatrie légale (Holmes, 2005; Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes & Murray, 2011; Hörberg & Dahlberg, 2015; J.D Jacob & Holmes, 2011a; Jacob & Holmes, 2011b; Johnson, 1998; Perron et al., 2005). La thérapie en psychiatrie légale est basée sur une rhétorique de discipline et d'examen tel que décrite par Foucault (1975). Le patient analysé comme porteur d'une maladie mentale est exclu de la société et hospitalisé dans un hôpital psychiatrique. Il devra retrouver un fonctionnement où il est capable de respecter les règles de la société afin de regagner son statut de citoyen rationnel et être autorisé à contribuer activement.

Visiter la réalité du personnel infirmier ancré dans le paradigme de la théorie critique et à travers les travaux de Foucault et Goffman permet de proposer une alternative à la manière de concevoir la réalité des participants dans un milieu de psychiatrie légale. Dans les hôpitaux de psychiatrie légale où les soins sont prodigués sous la contrainte, la relation thérapeutique entre le professionnel de la santé et le patient est soumise et engagée dans un contexte particulier qui ajoute des dimensions à la relation qui doivent être

considérées. Dans un contexte de contrainte, hospitalisation et/ou traitement, il y a un déséquilibre net dans le pouvoir détenu par le professionnel en regard du patient. Une autre dimension du pouvoir qui est à considérer dans la relation thérapeutique est la double allégeance du professionnel de la santé tant au système de santé qu'au système de justice/légal. Dans sa manière de prendre des décisions à l'égard des soins qu'il propose au patient, le clinicien en psychiatrie légale évalue non seulement les intérêts et les besoins de son patient mais aussi ceux liés à la sécurité du publique. Les besoins et intérêts du patient sont en compétition avec ceux de la société. Dans ce contexte, alors que les soins sont fréquemment administrés dans un rationnel de sécurité, alors que l'infirmière victime de STS vit des émotions intenses qui peuvent interférer et s'opposer aux obligations du rationnel thérapeutique, les principes éthiques conventionnels, binaires, d'autonomie (culture dominante) sont bancals. Cet angle d'analyse du vécu phénoménologique des infirmières qui administrent des soins aux patients de psychiatrie légale pourrait indiquer une piste de réflexion sur la manière de concevoir l'éthique du soin à la suite d'une exposition directe ou indirecte à la violence.

Dans un environnement de psychiatrie légale, l'infirmière est appelée à évaluer fréquemment le risque de violence et à intervenir auprès des patients présentant un risque imminent de lésion. Dans ce milieu, l'infirmière est socialisée au discours du risque, discours qui par la suite guide et teinte sa vision et ses décisions cliniques. En s'appuyant sur leurs résultats de recherche, Jacob et Holmes (2011) identifient que les impacts de la peur et des éléments contextuels de la situation de soins ne doivent pas être exclus lors de l'analyse de l'intervention de l'infirmière auprès des patients identifiés comme à risque

de violence. Un danger existe que le discours rationnel sécuritaire évacue complètement l'aspect relationnel thérapeutique et l'espace du jugement clinique au profit de règles sécuritaires standardisées et uniformes annihilant tout l'espace et la flexibilité nécessaire pour l'évaluation et le jugement clinique de l'infirmière œuvrant en psychiatrie légale. En conséquence, l'infirmière est à risque d'évacuer, de manière inconsciente, les aspects spécifiques à une pratique infirmière éthique, holistique et humaniste au détriment d'une rhétorique du risque basée sur des rationnels sécuritaires et sur la peur. Ces aspects ne sont pas considérés dans l'analyse des décisions éthiques dans une approche conventionnelle, basée sur la rationalité, qui évacue la dimension du corps vécu de l'analyse situationnelle. Dans un milieu de psychiatrie légale de sécurité maximum, l'hégémonie du discours du professionnel objectif porte le risque de concevoir l'environnement de soin et le soin comme neutre et d'éluder les aspects subjectifs du soin, dont le STS, qui influencent la relation entre le soignant et le patient agresseur.

Dans le paradigme de la théorie critique la réalité n'est pas une vérité absolue en attente d'être découverte. La réalité est façonnée par différentes forces qui imprègnent le vécu des personnes. Avec le temps, cette réalité façonnée devient la leur. Cette réalité peut être révélée par différents moyens dont celui de la recherche critique. La prise de conscience des forces en présence chez les acteurs impliqués peut permettre la mise en place d'actions et de discours qui viennent à leur tour influencer la réalité entre les acteurs. Les travaux de Goffman (1968), portant sur les institutions totales, et ceux de Foucault (1975), portant sur la discipline, sont utiles pour une lecture critique du contexte des soins infirmiers de psychiatrie légale. Ils peuvent servir à analyser les relations et la nature du

pouvoir imbriqué dans l'environnement de travail (par exemple, les discours du risque et les représentations du patient dangereux) de ces infirmières. Dans un second temps, cette incursion critique dans le vécu phénoménologique des infirmières vivant un STS influencera la lecture de la manière dont le STS affecte tant leur vécu émotionnel que la qualité des soins qu'elles prodiguent en étant chargées de ce vécu émotionnel (éthique du soin).

#### *A priori méthodologiques*

D'un point de vue méthodologique, la nature transactionnelle et subjective de la recherche requièrent un dialogue entre le chercheur et le sujet en investigation (Guba et Lincoln, 1994). Guba et Lincoln (1994) expliquent que ce dialogue doit être de nature dialectique afin de transformer l'ignorance et le quiproquo quant à la réalité tenue pour réelle en une conscience plus informée, intégrant des éléments de critique, d'*empowerment* et d'espoir. Le but de la recherche critique est la critique et la transformation des structures sociales, politiques, culturelles, économiques, ethniques et de genres qui contraignent et exploitent l'humanité, et ce par l'engagement dans des confrontations et même des conflits. La source de cette émancipation est ancrée dans l'habileté du chercheur à exposer les contradictions dans la réalité virtuelle tenue pour réelle, naturelle et inviolable, par la culture dominante (Kincheloe et McLaren, 1994).

Les a priori ontologiques, épistémiques et méthodologiques du paradigme de recherche de la théorie critique du projet de recherche intitulé *Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique* sont

cohérents avec l'objectif de la recherche. Le projet de recherche est conçu de manière à identifier, à travers le vécu phénoménologique du personnel infirmier, les stratégies déployées pour faire face au STS afin de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations éthiques du personnel infirmier pour le patient agresseur mais aussi pour l'ensemble des autres patients (discours du risque et effets systémiques). Le paradigme de la théorie critique permet d'élargir les horizons qui ont été explorés jusqu'à maintenant dans la recherche auprès du personnel infirmier œuvrant en psychiatrie légale. Ce paradigme s'aligne avec cette réalité subjective importante du STS chez les infirmières et permet d'étudier leur vécu émotionnel par une approche dialectique. La réalité est façonnée par différentes forces qui imprègnent le vécu des infirmières. La prise de conscience des forces en présence chez les infirmières de psychiatrie légale peut permettre la mise en place d'actions et de discours qui viennent à leur tour influencer leur réalité professionnelle et la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients agresseurs.

## Chapitre 2 : Recension des écrits

Les écrits portant sur le stress acquis par les professionnels de la santé dans le cadre de leurs fonctions sont nombreux, en développement depuis plus de 40 ans, et incluent plusieurs concepts reliés tel que le STS, la fatigue de compassion (FC) (Figley, 2002; Mathieu, 2012; Stamm, 2010), le traumatisme vicariant (TV) (Saakvitne & Pearlman, 1996; Tabor, 2011), le stress aigu, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (American Psychiatric Association, 2013; Montagner Rigoli et al., 2019), l'épuisement professionnel (ÉP) (Kilfedder et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli et al., 2009) et la détresse morale (Austin et al., 2003; Corley, 2002; Jameton, 2013). La figure 7 présentée en annexe 1 présente une schématisation des différents types de stress en milieu de travail pour le personnel infirmier. Une explication portant sur chacun des concepts apparentés et interreliés au STS est fournie en annexe 2. Ces différents phénomènes partagent des caractéristiques communes et s'influencent les uns les autres. Les auteurs s'entendent pour dire que la confusion terminologique entourant l'identification des effets néfastes que subissent les soignants œuvrant auprès d'une clientèle traumatisée suscite la controverse mais que de manière générale les effets néfastes en eux-mêmes sont peu contestés (Kellogg, 2021; Mathieu, 2012; Stamm, 2010). Dans un premier temps, un pas de recul est pris afin de présenter le concept de trauma dans la profession infirmière puis les écrits portant plus spécifiquement sur le STS seront présentés. Dans un second temps, la qualité des soins envers le patient agresseur sera discutée et la place des émotions dans le travail de l'infirmière présentée. Finalement, les écrits portants sur les milieux psycho légaux

sécuritaires et l'impact de ce contexte de travail sur les infirmières et leur capacité à exercer leur rôle professionnel selon les standards attendus seront abordés.

### **Traumatisme dans la profession infirmière**

Les études sur le traumatisme (trauma) vécu par les infirmières s'intéressent particulièrement à la nature des événements externes auxquels les infirmières sont exposées tout en concluant régulièrement que d'autres éléments (en dehors de l'événement lui-même) interviennent pour rendre la situation traumatique elles (Ratrouf & Hamdan-Mansour, 2020). La prévalence du trauma et ses conséquences néfastes sur l'infirmière et sur la profession sont avérées par plusieurs études et décuplées dans le contexte de la pandémie reliée au coronavirus 2019 (COVID-19). Selon la revue de la portée réalisée par Newman et al. (2021), les infirmières en milieu psycho légal sont fréquemment exposées (directement) à des expériences traumatiques en plus d'être susceptibles de vivre du traumatisme secondaire (acquis indirectement) très élevé. Le traumatisme de l'infirmière dans le cadre de ses fonctions est donc un enjeu important pour la profession infirmière, un enjeu qui menace non seulement les effectifs infirmiers (rétention/absentéisme) mais aussi la qualité des soins. Le concept de trauma s'avère fluide, étendu et complexe à cerner. Jusqu'à maintenant, les chercheurs ont tenté de répondre à maintes reprises à la question « en quoi consiste un événement pour qu'il soit traumatique pour l'infirmière dans son rôle professionnel ? » Les constats sont similaires à l'effet qu'outre les éléments factuels objectifs de certains événements reconnus comme étant traumatiques, d'autres éléments interviennent (ex. des éléments internes de l'infirmière (ré)agissent ou (inter)agissent) afin que l'expérience soit stressante ou non

pour l'infirmière, traumatique ou non, avec des conséquences néfastes ou non (voir même des conséquences positives). Quel que soit la forme d'exposition au trauma et peu importe son appellation, l'expérience traumatique est réelle et avérée pour l'infirmière. Il existe plusieurs types de trauma et c'est le concept de trauma psychologique (individuel) aussi appelé trauma émotionnel qui a été retenu pour cette recension des écrits. Plusieurs concepts sont reliés au trauma psychologique tel que le stress traumatique secondaire (STS), le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le traumatisme vicariant (TV), la fatigue de compassion (FC). L'objectif est de prendre un pas de recul et de comprendre le concept de trauma à travers l'ensemble des concepts reliés. Le trauma peut être identifié dans les écrits tel l'exposition à un événement traumatique, tel l'expérience subjective de la personne ou tel les effets (conséquences) avec ses manifestations (ex. TSPT) (Foli et al., 2020). Il est aussi utilisé de différentes manières au sein des études portant sur les infirmières. Une large proportion des écrits utilise la définition psychiatrique du trauma découlant des critères diagnostiques du TSPT de l'*American Psychiatry Association* (APA) (2013). Les auteurs réfèrent directement au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM)-V ou à une version antérieure. Ils réfèrent aussi au DSM de manière indirecte par les échelles de mesures utilisées qui ont été validées pour les critères diagnostiques selon le DSM. Finalement, pour certaines publications, la conception du trauma retenue par les auteurs est inférée par la manière dont ils discutent de la problématique, le plus souvent selon les critères d'exposition conventionnels et la présence de symptômes compatibles avec le TSPT.

Certains auteurs s'intéressent spécifiquement au trauma secondaire, acquis par la relation thérapeutique. Ainsi, Beck (2020) offre une définition du trauma selon le STS tel que décrit par Figley et y joint le DSM-V pour la présentation clinique tandis que Ratrout et Hamdan-Mansour (2020) utilisent une échelle de STS (Secondary Traumatic Stress Scale). Chen et al. (2021) recourent à la définition du trauma selon le Crisis and Trauma Institute, à la présentation clinique selon le DSM-V et au contexte de trauma découlant d'un désastre telle la menace infectieuse pandémique. D'autres veulent s'assurer d'inclure à la fois le trauma direct selon le DSM-V et le trauma secondaire selon Figley (Caldas et al., 2021; Wolf et al., 2020). Newman et al. (2019) s'intéressent à la distinction entre le traumatisme vicariant selon la définition de McCann et Pearlman et la présence ou non d'une détresse psychologique associée, détresse identifiée par la présence de symptômes du TSPT selon le DSM-V. Finalement, Pallas (2020) met davantage l'accent dans sa publication sur la prise en charge en milieu de travail à la suite d'événements critiques. Ce faisant, il recourt à une liste d'événements considérés traumatiques spécifiques au contexte de soins d'intérêt (les urgences) pour la présentation d'un programme de soutien post-événement critique.

Une plus faible proportion d'auteurs réfère à la définition du trauma de d'autres institutions. Foli et al. (2020, 2021) utilisent la définition du Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis (SAMSHA); Hernandez et al. (2021) s'appuient sur la définition du trauma selon la nomenclature du TSPT de l'Institut national de santé mentale des États-Unis. Finalement, certains auteurs proposent une définition du trauma pour la discipline infirmière qui déborde du cadre conventionnel (Bennett et al.,

2020; Harvey & Tapp, 2020; Iheduru-Anderson, 2021; Jahner et al., 2020; W. Lee et al., 2019; Shortland et al., 2020). Il est intéressant de noter qu'au sein des écrits consultés, les auteurs qui s'appuient sur un devis qualitatif exploratoire contribuent largement à une vision du trauma qui s'étend au-delà de la définition biomédicale conventionnelle (Bennett et al., 2020; Foli et al., 2020, 2021; Harvey & Tapp, 2020; Iheduru-Anderson, 2021; Jahner et al., 2020; W. Lee et al., 2019).

La définition du trauma selon l'APA met l'emphase sur 1) les critères factuels de l'événement et 2) les effets ou conséquences sur la personne exposée. Les critères de l'événement déterminent un seuil objectif dont le caractère traumatique est avéré de manière générale pour l'ensemble des personnes exposées. Les indicateurs subjectifs (1) qualifier l'événement de choquant/bouleversant ou 2) une réaction qui s'accompagne de peur et d'impuissance) présents dans le DSM-IV ont été retirés dans le DSM-V. La définition du DSM-IV continue d'être utilisée par certains auteurs (Çankaya & Dikmen, 2020; Guan et al., 2019; J. Li et al., 2021; X. Li et al., 2021; Mottaghi et al., 2020), ces derniers indiquant clairement l'importance de l'évaluation de la situation par la personne (les aspects subjectifs) dans le développement du trauma (Çankaya & Dikmen, 2020). Les effets sur la personne sont quant à eux associés aux critères diagnostiques du TSPT selon le DSM. Les auteurs offrent plusieurs explications et prennent plusieurs précautions afin que la présence d'indicateurs de trauma via les symptômes associés au TSPT selon l'APA ne soient pas confondus avec un acte diagnostique. L'espace pour discuter du trauma semble restreint en dehors du diagnostic de TSPT.

Les auteurs étudient en majorité le trauma à travers la lentille médicale psychiatrique (APA) et sont à la recherche d'éléments objectifs expliquant la présence du trauma. Toutefois, des tensions sont identifiées à travers les angles d'études utilisés dans les publications. Une difficulté est présente entre la perspective du stress psychiatrique/médical qui adopte un discours très biologique/physique d'attestation de la présence de trauma (événement/symptômes), la perspective transactionnelle du stress (biopsychosocial) et de l'adaptation, et la perspective du stress davantage psychologique/cognitif. La conception binaire corps/esprit, rationalité/émotionnalité, objectif/subjectif, complique la conciliation des résultats des auteurs et ne laisse qu'une explication partielle d'un fragment de l'expérience de la personne. Les éléments présentés ci-après s'inspirent de la structure d'analyse de concept selon la méthode de Rogers (2000).

### *Antécédents*

Le trauma psychologique est précédé d'un événement qui est qualifié de 1) traumatique selon certains critères objectifs (tel que les types d'événements inclus par l'APA pour le diagnostic du TSPT, par exemple) ou 2) précédé d'un événement jugé très stressant ou aversif pour l'infirmière, l'aspect subjectif étant au premier plan. L'exposition peut être ponctuelle ou chronique. L'infirmière peut être une victime directe de l'événement, un témoin de l'événement ou en entendre parler dans le cadre de ses fonctions (récits de personnes traumatisées). Le trauma en soins infirmiers ne peut donc pas se réduire exclusivement à la valeur absolue d'une liste d'événements externes.

### *Attributs*

Le concept de trauma tel que discuté dans la littérature est composé de huit (8) attributs ou caractéristiques. En cohérence avec la manière dont le trauma est présenté dans les écrits consultés, certaines caractéristiques sont présentées ensemble tel un nom ou un qualificatif. Les attributs sont : menace, identité, blessure, envahissant, insidieux, processus, dynamique et pluridimensionnel.

**Menace et identité.** Une situation stressante, une menace, devient traumatique pour l'infirmière lorsqu'elle est suffisamment bouleversante pour perturber considérablement les hypothèses de l'infirmière sur le fonctionnement du monde (Rodríguez-Rey et al., 2019a), lorsqu'une remise en question de ses valeurs/croyances fondamentales (personnelles ou en son rôle) se produit (Jahner et al., 2020), lorsque ses valeurs/croyances fondamentales sont violées (Shortland et al., 2020), et ce, nonobstant l'évaluation factuelle ou absolue de la situation déclencheur de stress. La menace est envers l'identité de l'infirmière (menace identitaire) et peut être au niveau biologique, psychologique ou social (les rôles sociaux). Au niveau biologique, le sentiment de sécurité peut être menacé par l'atteinte à l'intégrité physique ou par la présence d'un sentiment de vulnérabilité (ex. situation de violence). Les réactions biophysiques du stress sont au cœur de cette dimension. Au niveau psychologique, les schèmes de références fondamentaux peuvent être atteints. L'apparition de croyances en lien avec un monde injuste ou de sentiments de culpabilité du survivant sont des exemples de changements dans les références de l'infirmière portant sur le bien, le mal, la mort, la justice. Au niveau

social, la menace est en lien avec les valeurs fondamentales de la profession, tel que faillir aux standards de soins envers son patient (Jahner et al., 2020). Une transgression dans l'une ou l'autre des dimensions peut résulter en un impact durable, une blessure, sur l'identité et sur la pratique de l'infirmière (Harvey & Tapp, 2020), par la transformation non souhaitée du soi professionnel/personnel.

**Blessure.** Le trauma psychologique est décrit telle une blessure qui s'estompe progressivement mais qui ne disparaît jamais complètement, laissant une cicatrice (Chen et al., 2021; Harvey & Tapp, 2020; W. Lee et al., 2019; Leng et al., 2021; Shortland et al., 2020). Le trauma est durable. La cause de la blessure est quant à elle soumise à différentes perspectives théoriques. Les différentes perspectives ont été regroupées en trois grandes catégories imparfaites compte-tenu des interrelations entre chacune d'elles, mais qui aident néanmoins à la compréhension du concept de trauma psychologique. Ces perspectives sont 1) la perspective biophysiological du domaine psychiatrique/médical, 2) la perspective transactionnelle du stress et du coping et 3) la perspective cognitive (disponible en annexe 3). Le fil conducteur de la blessure, et ce peu importe le type d'événements la causant, est l'atteinte à l'identité de la personne.

**Envahissant et insidieux.** La transformation du soi et la souffrance associée peuvent être conscientes ou inconscientes. Le trauma peut être présent mais l'infirmière ne s'en rend pas compte ou bien, elle ne considère pas cela comme problématique (Altmayer et al., 2021). La transformation envahit toutes les sphères de vie de l'infirmière, telle une toile de fond, et affecte ses autres rôles (partenaire, parent) (Dartey et al., 2019;

Wolf et al., 2020). Le trauma est cumulatif (Wolf et al., 2020). Il fait alors référence à une notion de ressources limitées chez les infirmières pour faire face aux situations adverses (Iheduru-Anderson, 2021), ce fameux seuil qui bouleverse suffisamment pour ébranler des valeurs fondamentales, ce seuil où les barrières/mécanismes d'adaptation s'effondrent, l'infirmière n'ayant plus la capacité de résister aux attaques répétées sur son identité. Le trauma psychologique est insidieux puisque le seuil n'est identifiable que lorsqu'il a été franchi.

**Processus dynamique.** Cette transformation du soi se produit à travers une succession d'évaluation de la situation par l'infirmière, de l'événement et de son environnement (ressources internes et ressources externes), et par le déploiement de stratégies (axées sur le traitement cognitif de la situation, axées sur l'émotion, axées sur le problème) pour s'adapter à la situation afin de diminuer la menace et pour retrouver son équilibre, redonner un sens à l'expérience vécue (Harvey & Tapp, 2020; Hou et al., 2020; W. Lee et al., 2019). Pour l'infirmière, l'environnement de récupération est un facteur contributif au trauma (Kim & Yeo, 2020), c'est-à-dire qu'il peut soit mitiger (facteur de protection) ou aggraver (facteur de risque) le trauma vécu par l'infirmière. Il peut même être l'élément traumatique de l'expérience de l'infirmière. Les infirmières partagent vivre des traumatismes causés par l'environnement de soins ne leur permettant pas de soigner les patients en cohérence avec les valeurs et attentes de la profession. La gestion ou l'absence de prise en charge, ou encore les réactions des collègues/gestionnaires dans l'environnement de travail de l'infirmière peuvent rendre traumatique un événement stressant qui était initialement non traumatique (Wolf et al., 2020). Le vécu de souffrance

est un élément fondamental du trauma : le simple fait d'être reconnu ou non (que l'infirmière ait pris conscience du trauma ou non) dans son traumatisme influence la trajectoire traumatique (Ahmed et al., 2021).

**Pluridimensionnel.** L'ensemble des perspectives théoriques du trauma sont présentes chez les infirmières. Compte-tenu des interrelations entre les aspects subjectifs du vécu de stress et le traitement cognitif de ce même vécu subjectif de l'infirmière, il est impossible de réduire le trauma à un événement neutre, externe, détaché de la personne ou de son environnement, ni de le réduire à une dimension physique ou cognitive ou sociale. Le stress lié à un événement est physique et psychologique, situationnel et relationnel. L'expérience est façonnée par le contexte et par les réactions de l'infirmière (Guan et al., 2019) et celles des autres (Ahmed et al., 2021; Guan et al., 2019; Harvey & Tapp, 2020). Le trauma des infirmières est donc un processus à la fois individuel et social (Foli et al., 2020) qui est vécu tel une succession d'évaluations interreliées et intersubjectives (W. Lee et al., 2019). Dans un premier temps, proximal à l'événement, l'infirmière évalue l'événement en lui-même (nonobstant ses caractéristiques factuelles) et évalue l'événement en regard du patient et de ses obligations professionnelles. Dans un second temps, de manière plus distale à l'événement, l'infirmière évalue l'événement en regard de la réaction de ses collègues et de l'établissement qui l'emploie. Le trauma résulte de l'interrelation entre les dimensions physiques (réactions biophysiques du corps), psychologiques/cognitives et sociales (relationnelles) de l'infirmière.

*Conséquences*

Les conséquences sont les éléments objectivables (par soi ou par autrui) de la présence du trauma et sont attestées par la présence de symptômes ou de changements dans le fonctionnement de l'infirmière. Les conséquences du trauma sont discutées en regard de l'infirmière et de la prestation des soins infirmiers. Les conséquences immédiates (symptômes/émotions) sont présentées sous forme de détresse psychologique (Ahmed et al., 2021; Di Tella et al., 2021; Foli et al., 2021; Wolf et al., 2020), de détresse mentale (Leng et al., 2021; Mottaghi et al., 2020), de fardeau psychologique (Altmayer et al., 2021), de conséquences psychologiques défavorables tels que l'ÉP, la FC, le TV, le STS ou le TSPT (Jahner et al., 2020). À l'occasion, les conséquences sont aussi discutées sous forme de stress aigu (Cai et al., 2020; Spencer et al., 2019; Targari et al., 2019) dans le mois suivant l'événement déclencheur (pathologique ou non). Au-delà du premier mois suivant l'événement, le trauma est présenté en termes de stress post-traumatique (pathologique ou non). Finalement, les conséquences peuvent être à la fois positives (croissance post-traumatique) ou négatives (Foli et al., 2020, 2021; Harvey & Tapp, 2020). Elles peuvent même coexister chez une même personne (Chen et al., 2021; Hamama-Raz & Minerbi, 2019).

Les conséquences du trauma sur la pratique infirmière et sur la profession sont discutées en fonction des effectifs infirmiers (rétention/absentéisme) et de la qualité des soins. Lorsque l'infirmière est traumatisée et souffre d'épuisement professionnel, d'anxiété, de dépression, de TSPT ou de STS, les éléments constitutifs de son rôle d'infirmière qui passe par l'empathie et la relation thérapeutique, faisant consensus à travers les écrits comme étant un élément influençant significativement l'expérience des

soins tant pour les infirmières que pour les patients (Aguilera-Serrano et al., 2018; Gerace et al., 2018; Gildberg et al., 2015; Gustafsson & Salzmann-Erikson, 2016; Maguire et al., 2012; Nielsen et al., 2018; Perron et al., 2015; Pulsford et al., 2013; Tingleff et al., 2017) sont altérés, déprimés, épuisés. Ces conditions entraînent le départ du chevet.

Les conséquences sont entourées d'une dimension temporelle qui est discutée de différentes manières : 1) une notion d'immédiateté et de prise en charge subséquente (Foli et al., 2020), 2) un stade précoce ou non pathologisé par l'infirmière (Altmayer et al., 2021), 3) le temps requis pour sortir d'une période dite normale d'adaptation post-événement (Leng et al., 2021) et 4) la présence de symptômes temporaires ou durables (Pallas, 2020). Bien que le trauma soit durable, ses conséquences néfastes peuvent être prévenues, mitigées ou renversées.

Au terme de la recension des écrits réalisée sur le trauma psychologique tel que vécu par les infirmières, la définition suivante peut être retenue :

Le trauma psychologique dans la profession infirmière est une menace identitaire qui cause une blessure durable, envahissante et insidieuse, qui se révèle chez l'infirmière dans le cadre d'un processus dynamique pluridimensionnel (dimension biologique, cognitive et sociale). Le trauma psychologique est précipité par un événement dans l'exercice professionnel, ponctuel ou répétitif, qui passé un certain seuil, s'identifie par des conséquences objectivables sur le fonctionnement (personnel et professionnel) et la santé de l'infirmière et qui se répercutent éventuellement sur la profession infirmière (rétention des effectifs et qualité des soins).

Les publications étudiant le vécu des infirmières en cette période de COVID-19 composent naturellement une grande partie de l'échantillon de publications consultées. La pandémie met en exergue les conditions de travail et l'environnement dans lequel évolue

les infirmières et expose de façon flagrante la manière dont elles sont traitées. L'exercice du soin n'a jamais été aussi traumatisant. Les études quantitatives associent la présence de traumatismes chez les infirmières à la peur d'être infectées et la menace pour leur vie ou celles de leurs proches. Les études qualitatives, quant à elles, présentent plusieurs autres sources additionnelles de traumatismes. Les infirmières expriment souffrir des conditions de travail dans lesquelles elles sont placées et du manque de considération dont elles sont victimes, ce qui les oblige à se questionner sur leur rôle professionnel et sur la valeur qu'elles ont au sein du réseau de la santé. Un décalage existe (depuis trop longtemps) entre les demandes de la société à l'égard des soins infirmiers (les valeurs et le rôle pour lequel les infirmières sont disciplinées (au sens Foucauldien) / socialisées dans le parcours académique et dans le parcours professionnel) et les ressources mises à la disposition des infirmières pour y répondre. Ce déséquilibre est associé à des traumatismes chez les infirmières (Ahmed et al., 2021; Foli et al., 2020). Ces dernières, régies par un discours d'obligations professionnelles et d'éthique du soin, compensent à même leurs ressources personnelles/professionnelles pour atténuer l'écart, et ce au sacrifice de leur identité professionnelle et de leur santé personnelle, en encaissant continuellement et de manière répétée des concessions et des mortifications de leur pratique professionnelle.

Ce survol des écrits sur le trauma vécu par le personnel infirmier confirme que le trauma psychologique ne peut pas être étudié en regard des soins aux patients de manière isolée de l'environnement et des conditions de prestation des soins. Les infirmières sont socialisées à refouler leurs propres sensibilités afin de maintenir l'image de professionnalisme (convenable, digne et respectueuse) attendue. La construction du

discours infirmier actuel, discours construit sur une logique du soin binaire, rationnelle, omet la présence de ces agresseurs omniprésents dans la pratique du soin. Le vécu éthique de l'infirmière est constamment tiraillé entre les idéaux thérapeutiques de sa profession et les conditions/ressources de prestation de soins qui sont mises à sa disposition. Les infirmières (profession infirmière) doivent engager simultanément leur allégeance au patient (système de santé) et à leur employeur (système de santé). Les allégeances multiples génèrent des paradoxes qui affectent la manière dont l'infirmière actualise son rôle professionnel et est en mesure de prodiguer des soins selon les normes établies, paradoxes d'autant plus singuliers que les exigences et les ressources proviennent du même système.

### **Stress traumatique secondaire**

Le STS est un type de trauma rencontré chez les infirmières en milieu psychiatrique (Arnold, 2020; Newman et al., 2019; Zerach & Shalev, 2015).

Ce type de stress se caractérise par une condition similaire au trouble de stress post traumatique (TSPT), se manifeste par une constellation de symptômes dans la sphère physique, émotionnelle et sociale et résulte d'un engagement empathique avec une personne vivant une expérience traumatique (Arnold, 2020, p. 152, traduction libre).

Le traumatisme vicariant (TV) transgresse de façon récurrente les convictions, les valeurs et les croyances du soignant alors que le cadre de référence personnel est attaqué et qu'il se modifie (Lebel, 2015). La figure 3 présentée en annexe 4 est une illustration du STS selon une analyse de concept réalisée par Arnold (2020) qui permet de mieux comprendre les différentes dimensions du STS. Il est intéressant de noter que l'analyse de concept de

STS de Kellogg (2021), réalisée selon la méthode de Walker et Avent, a permis une définition similaire du STS. Dans un environnement de psychiatrie légale, le clinicien est à risque d'exposition directe (trauma direct : être la victime d'une agression physique, par exemple) et indirecte à la violence secondaire à sa présence au travail (trauma indirect), alors qu'il reçoit des informations sur l'agression commise par un patient sur un collègue de travail ou une tierce personne. Selon l'analyse de concept de Kellogg (2021), les termes STS et TV sont synonymes.

Iliffe et Steed (2000) ont utilisé une approche phénoménologique pour étudier le TV auprès de thérapeutes en violence conjugale. Les thèmes émergents portent sur la perte de confiance des thérapeutes dans leur capacité à susciter l'engagement de l'agresseur dans le traitement. Ils éprouvent aussi des difficultés à rester respectueux envers les clients en regard de leurs choix, choix qui fréquemment les placent à nouveau dans le trouble. Il ressort de cette recherche qu'il est difficile pour les cliniciens de ne pas porter de jugement sur la situation de leur client. Les cliniciens rapportent l'importance de maintenir 1) un équilibre entre l'empathie et la présence auprès des patients et 2) le besoin de se distancer de ce qu'ils entendent. Les cliniciens de l'étude de Iliffe et Steed (2000) rapportent aussi des changements dans leur vision du monde. Ils partagent se sentir moins en sécurité. Le changement dans le sentiment de sécurité peut aussi être envers la sécurité de leur conjointe ou de leurs enfants. Des incidents de violence, parfois dirigés envers eux par des clients agresseurs, entraînent une vigilance accrue de leur sécurité personnelle dans leur milieu de travail et dans leur vie personnelle. La confiance est un autre thème qui se dégage de la recherche de Iliffe et Steed (2000). Les cliniciens

rapportent traiter certaines personnes de manière plus suspicieuse ou avec plus de précautions qu'ils ne le faisaient auparavant et de faire moins confiance aux informations transmises par certains clients. Les impacts émotionnels et physiques du travail des cliniciens auprès d'une population de patients agresseurs ainsi que les changements rapportés dans leurs schèmes cognitifs, particulièrement dans la sphère du pouvoir, de la confiance et de la sécurité, ont été mis en évidence dans l'étude de Iliffe et Steed (2000). La qualité des soins offerts à une clientèle de patients agresseurs est donc susceptible d'être influencée par l'exposition du clinicien à du contenu traumatique et au STS qui peut en découler. Tel que l'ont constaté Holmes et al. (2019, p. 1), « [l]es conséquences de ce traumatisme n'ont jamais été étudiées au regard de ses effets sur les soins aux patient(e)s agresseurs ». Pour un portrait de situation complet sur le STS dans la profession, les définitions utilisées, les concepts associés et les enjeux conceptuels, l'analyse de concept du STS selon la méthode de Walker et Avenet de Kellogg (2021) peuvent être consultés.

### **Tour d'horizon des émotions**

Dans leur recherche, Jalil et al. (2017) indiquent que le monde émotionnel du personnel peut affecter le recours aux mesures de contrôle. L'exemple du recours aux mesures de contrôle est intéressant puisqu'il illustre un bris de relation entre le soignant et le soigné, l'utilisation du pouvoir détenu par le soignant, au détriment de la réciprocité et de l'autonomie prônées aux préalables. Il a été noté que lorsque le personnel soignant ressent des niveaux plus élevés de colère, il est plus susceptible d'adopter une approche restrictive tandis que le personnel soignant qui ressent davantage de culpabilité recourt moins à la mise en isolement. Le vécu émotionnel s'exprime à la fois par les gestes et la parole.

Démontrer des émotions est souvent mal perçu car cette démonstration émotionnelle est associée à une croyance essentialiste de perte de contrôle du soi rationnel (Shields, 2013). Il peut être hasardeux d'interpréter et d'étiqueter le vécu émotionnel d'une personne car de nombreux cas d'émotion manifeste se rapportent à plus d'un seul état émotionnel « pur ». Par exemple, la personne visiblement en colère peut également avoir l'air effrayée, anxieuse, triste ou haineuse. Un incident émotionnel est donc un lieu pour l'interprétation et la réinterprétation par le sujet et les observateurs (Shields, 2013). Cette section permet de camper les définitions retenues pour les différentes émotions et de présenter le lien entre l'infirmière, son vécu émotionnel et les attentes liées à son rôle professionnel.

### *Anxiété et peur*

Selon l'encyclopédie Wiley (2020), l'anxiété est une émotion de base impliquant un sentiment excessivement tendu, craintif ou mal à l'aise, en particulier lors de l'anticipation d'un événement futur inconnu ou peu clair. L'anxiété peut être adaptative dans des situations où la prudence est de mise et elle peut éviter de nuire. En m'appuyant sur mon expérience en milieu psycho légal, cet état est associé à une saine vigilance et est même encouragé afin de gérer le risque dans le milieu. Cependant, l'anxiété peut être inadaptée lorsque la situation ne nécessite pas de réponse anxieuse et qu'elle se produit quand même (Carducci, 2020). Cet état, de surestimation du danger et du niveau de risque que présente la clientèle en milieu psycho légal sécuritaire, est souffrant, produit des impacts sur le fonctionnement du soignant et affecte sa capacité à offrir des soins aux patients agresseurs. L'anxiété peut être vicariante (Carducci, 2020) et le soignant peut devenir anxieux au

contact de collègues qui ont vécu une agression et qui sont devenus anxieux en présence de patients agresseurs. L'anxiété et la peur sont des concepts apparentés, souvent associés, mais des construits différents. L'anxiété est orientée vers le futur tandis que la peur est une réaction à un danger réel ou perçu dans le présent (Carducci, 2020). La peur est aussi une réaction normale du soignant envers un patient qui a agressé un collègue, le soignant répond alors à un danger spécifique. La stratégie cognitive de rester dans le « ici et maintenant » est donc utile afin d'aider le soignant à évaluer le danger réel dans la situation actuelle et spécifique, et force le soignant à réévaluer la situation en fonction des éléments contextuels réels et actuels en comparaison avec une évaluation basée sur des éléments appréhendés. L'anxiété est semblable à la paranoïa qui peut être décrite comme des pensées composées d'anxiété et de peur qualifiées d'irrationnelles. La paranoïa implique aussi le manque de confiance et le blâme. En milieux sécuritaires et psychologiques, il est parfois nommé que les patients peuvent susciter des émotions de dégoût, de répulsion et de peur (Harris et al., 2015; Jacob et al., 2009) qui entraînent chez le personnel un sentiment de manque de compétence et de peur pour leur sécurité (Harris et al., 2015; Martin et al., 2013).

### *Blâme et victimisation*

Dans leur analyse de concept de la violence en provenance des patients, Cho et al. (2023) identifient que la peur d'être blâmé pour la violence vécue est un attribut associé au concept. Cette peur du blâme et le discours sur les compétences pour prévenir et gérer le risque de violence entraînent donc une forme de victimisation des infirmières victimes de

violence. Les infirmières ressentent aussi de l'impuissance face aux éléments environnementaux de la situation de travail qu'elles considèrent ne pas pouvoir améliorer ou changer (Cho et al., 2023; Pina et al., 2022). Certaines influences culturelles placent la responsabilité de la violence sexuelle sur les femmes, créant la perception que le comportement ou la façon de s'habiller d'une femme peut réveiller la violence d'autrui au lieu d'être le plan d'action choisi par les auteurs de violence (Plante et al., 2022).

Dans l'étude d'Archer et al. (2020), portant sur la déclaration d'incidents violents, de nombreux participants pensent que le rôle principal des rapports d'incidents est d'établir comment des erreurs ont été commises afin d'attribuer le blâme. Les participants ont souvent décrit la peur des conséquences du signalement des incidents violents pour eux-mêmes, le service et les patients dont ils s'occupent. Bien qu'ils aient reconnu que l'employeur ait contribué à apaiser ces inquiétudes en s'orientant vers une culture du « juste », davantage de travail était nécessaire dans ce domaine. Cette peur du blâme qui se juxtapose à la peur ressentie face à l'utilisateur violent est un bel exemple d'élément contextuel, dans le traitement de la situation, qui peut rendre une situation stressante traumatisante.

### *Colère*

Selon l'encyclopédie Wiley de la personnalité et des différences individuelles (2020), la colère est traditionnellement associée aux émotions primaires ou fondamentales et résulte d'une obstruction d'un objectif ou d'une provocation telle qu'une attaque verbale ou physique. Il est aussi reconnu que la colère conduit fréquemment à des conséquences

négligentes tel que l'agression et la violence (Carducci, 2020). L'importance et la prévalence de la colère chez les soignants exposés au STS sont donc avérées et doivent être gérées en conséquence afin d'atténuer ou de mitiger ses impacts négatifs sur le soignant ou sur la qualité des soins prodigués par le soignant.

De plus, la colère est décuplée lorsque le soignant perçoit une provocation comme intentionnelle (Carducci, 2020). Ainsi, l'attribution de l'intentionnalité du geste est un moment charnière chez le soignant dans le traitement de la situation de violence par un patient et sa prise en charge subséquente. Selon Beck (1976) cité dans Carducci (2020), les déclencheurs fréquemment associés à des réactions de colère sont 1) empiéter sur les droits de quelqu'un, et 2) les attaques verbales sous forme de critique, de coercition, de rejet, de privation, d'opposition, d'exclusion, d'agacement, de comportement grossier ou irrespectueux et de violation des règles. Dans leur étude, Pivetti et al. (2016) identifient que la colère est associée à la conscience de la violation d'une norme. Il est reconnu que la colère ne refreine pas la personne de blesser autrui, contrairement à la culpabilité. La honte est une émotion plus passive tandis que la culpabilité et la colère suscitent davantage la mise en action chez la personne (pour réparer dans un cas ou pour blesser dans l'autre). Davantage d'explications sur les construits de la culpabilité et de la honte sont présentes dans la section du même nom.

### *Compassion*

La compassion signifie être conscient de la souffrance ou de la douleur de quelqu'un d'autre. C'est la capacité de se considérer comme étant dans la même position que

quelqu'un qui éprouve de la peine, de la douleur, du chagrin ou de la misère (Carducci, 2020). La compassion se manifeste par l'expression d'un désir de soulager autrui suivi d'une action appropriée pour soulager (ou atténuer) la douleur et la souffrance de la personne qui souffre et pour aider la personne dans le besoin, la douleur ou la détresse (Carducci, 2020).

Toujours en s'appuyant sur l'encyclopédie Wiley, il est reconnu qu'en raison du profond sentiment de compréhension et de perspicacité généré par la compassion, cette émotion peut parfois être ressentie même pour une personne qui a agressé, blessé ou insulté autrui. Se mettre à la place de l'autre et comprendre la raison de ses actes ou de son attitude permettent à la « victime » de pardonner à « l'agresseur », la victime pouvant ainsi poursuivre sa vie. Faire preuve de compassion peut également avoir des avantages substantiels pour les « victimes qui pardonnent ». Cela peut les rendre plus heureux (effet intrapersonnel), davantage capables d'établir et d'entretenir de bonnes relations interpersonnelles, en paix avec eux-mêmes, et plus aptes à s'adapter au changement et à gérer le stress. Pardonner a également un impact positif sur la santé, par exemple en réduisant le niveau de stress, en diminuant le pouls et en abaissant le taux de cholestérol. La compassion et le pardon contribuent donc à la croissance post-traumatique.

La compassion est associée au construit de l'empathie et à celui de la sympathie (Carducci, 2020). L'empathie signifie la capacité de s'associer ou de s'identifier à la douleur de quelqu'un d'autre, de ressentir pour quelqu'un l'expérience indirecte ou secondaire de la souffrance d'une autre personne. De plus, l'empathie a une composante affective (ressentir ce que la personne ressent par expérience vicariante et réagir avec une

réaction émotionnelle appropriée) et une composante cognitive (reconnaître l'état émotionnel de l'autre, le comprendre et prendre une perspective). Les deux systèmes travaillent de manière indépendante mais fonctionnent de concert à divers degrés durant une expérience empathique. La compassion implique une action en réponse à la souffrance de l'autre tandis que l'empathie s'exprime par des sentiments forts et l'habileté de se mettre à la place de l'autre d'un point de vue émotionnel, cognitif ou expérientiel. L'empathie se distingue de la compassion par son état physiquement passif. La sympathie, quant à elle, signifie être en phase avec, être sensible à, être en harmonie avec une autre personne, être conscient ou alerté de la souffrance d'autrui. La compassion suscite souvent l'empathie et la sympathie et permet à la personne compatissante de détourner le regard de sa propre douleur et de se concentrer sur la douleur d'autrui. La compassion peut se développer par des stratégies pour améliorer la prise de conscience des expériences du moment présent et pour promouvoir la curiosité et l'ouverture aux expériences intérieures. Ces stratégies 1) accroissent la pleine conscience et le bonheur, 2) diminuent les inquiétudes et la suppression émotionnelle et 3) améliorent le comportement altruiste (Carducci, 2020).

### *Culpabilité et honte*

La culpabilité est une émotion non plaisante possédant une dimension prosociale qui force la personne à s'améliorer dans une situation où elle perçoit avoir mal agit (Carducci, 2020). La culpabilité est associée à une évaluation négative d'un comportement ou d'une action alors que la honte est associée à une évaluation négative du soi (Julle-Daniere et al., 2020; Plante et al., 2022). Le concept peut se moduler en culpabilité dite anxieuse

(ressentie lorsqu'on craint d'être puni à la suite d'un comportement fautif) et la culpabilité empathique (ressentie lorsque l'on croit avoir causé du tort à autrui) (Carducci, 2020). Selon l'encyclopédie Wiley (Carducci, 2020), il existe quatre types de culpabilité interpersonnelle : la culpabilité du survivant, la culpabilité de la séparation, la culpabilité de la responsabilité omnipotente et la haine de soi. La culpabilité du survivant et la culpabilité de la responsabilité omnipotente sont expliquées plus avant. Une personne qui se sent mal de sa bonne fortune (par exemple : la chance de ne pas avoir été agressée) peut se sentir mal et ressentir de la culpabilité envers ceux qui n'ont pas eu cette chance, c'est alors la culpabilité du survivant. La culpabilité du survivant est une expression utilisée couramment, tant dans le langage commun qu'en clinique, et ce type de culpabilité est fréquemment associé aux expériences traumatiques (H. Murray et al., 2021). La culpabilité du survivant était un critère diagnostique du TSPT dans le DSM-III et le DSM-IV-TR puis a été retiré dans le DSM-V (H. Murray et al., 2021). Actuellement, la culpabilité du survivant peut être associée dans le DSM-V aux symptômes cognitifs et émotionnels du TSPT au critère D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Ces symptômes sont plus précisément liés au critère D3 : distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'événement traumatique (ou des événements [violents] répétitifs de patients sur des soignants) qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes et au critère D4 : état émotionnel négatif persistant (crainte/peur, colère, culpabilité ou honte) (American Psychiatric Association, 2013). Lorsqu'une personne, par exemple une infirmière, sent qu'elle a un rôle à jouer envers le patient ou son équipe pour assurer leur sécurité ou leur bien-être et qu'elle

considère qu'elle n'a pas réussi à remplir ce rôle, elle peut ressentir la culpabilité de la responsabilité omnipotente et s'engager dans des comportements altruistes pour aider la personne et soulager la détresse qu'elle vit.

Les concepts de culpabilité et honte sont fréquemment utilisés de manière interchangeable. Certaines nuances peuvent néanmoins être apportées tel que 1) la honte se vit en public tandis que la culpabilité se vit envers soi-même en privé et 2) la honte est évaluée en fonction du regard et de l'évaluation d'autrui sur les comportements attendus envers autrui (conscience externe) tandis que la culpabilité est évaluée en fonction du regard que la personne porte envers elle-même et les idéaux (conscience interne) qu'elle se fixe. La honte est associée de manière générale à une détresse (extériorisée) plus grande, avec des sentiments de dévalorisation et d'impuissance et le désir de se cacher ou de riposter, tandis que la culpabilité suscite une tension (interne) plus élevée, des remords et des regrets, et le désir de se confesser, de s'excuser et de réparer la situation. La honte peut être définie telle un état de conscience de soi douloureux où la personne se perçoit comme indigne de survivre dans son environnement social, et par conséquent, vit dans un état de menace constante dont elle doit se cacher (Plante et al., 2022). Toujours selon la recension des écrits de Plante et al. (2022), la honte est destructrice et se retourne envers la personne qui se sent alors isolée et impuissante. La honte peut être déclenchée par une norme externe ou une norme interne chez la personne. Ainsi, les attentes, réelles et perçues concernant le comportement approprié, communiquent des messages de honte forts aux membres qui ne se conforment pas (Plante et al., 2022). La honte peut être associée à de la frustration, de la colère, ou du dégoût chez la personne qui dévie de la norme. Le dégoût

et la honte sont donc interreliés. Plante et al. (2022) expliquent dans cette perspective que la manière dont une personne réagit au trauma découle d'une combinaison de source de honte interne et externe. La violence implique un sujet et un objet et l'acte violent transforme le sujet en objet. Ceux rencontrant les critères du TSPT peuvent vivre, entre autres, une perception négative de soi, une culpabilité exagérée (American Psychiatric Association, 2013). Selon Plante et al. (2022), tant la honte que la culpabilité peuvent être ressenties par le survivant d'un incident de violence. La honte est donc une émotion forte qui freine le rétablissement de la personne à la suite d'un trauma. Plante et al. (2022) recommandent de rechercher la source de la honte par une exploration des normes culturelles, des attentes de genres socialement construites, des règles tacites afin de guider la compréhension de la honte vécue par la personne.

#### *Désespoir/impuissance/impuissance apprise*

La personne désespérée considère qu'elle est impuissante à modifier les circonstances actuelles et celles futures d'une situation (Carducci, 2020). La peur est l'émotion fréquemment associée au sentiment d'impuissance durant le déroulement d'une situation (ex. une agression sur un collègue) pour laquelle la personne perçoit qu'elle n'a pas de contrôle. Cette réponse émotionnelle vive (la peur) s'atténue avec la répétition de l'événement et le constat du même résultat. Des symptômes dépressifs peuvent commencer à émerger, c'est alors le sentiment d'impuissance qui s'installe. D'un point de vue cognitif, la personne qui vit un succès dans une situation pour laquelle elle a vécu des échecs précédemment aura tendance à attribuer le résultat positif à la chance et à occulter

l'impact de ses actions durant les événements, c'est l'impuissance acquise. L'impuissance acquise et l'état de stress post-traumatique présentent des symptômes similaires dont la reviviscence.

### *Pleine conscience (mindfulness)*

La pleine conscience peut être définie comme un état actif d'être très conscient des stimuli internes et externes, y compris les sensations, les sentiments et les cognitions présents, d'une manière acceptante et sans jugement (Carducci, 2020). La pleine conscience permet de réduire la présence de pensées et de comportements automatiques. Selon l'encyclopédie Wiley (Carducci, 2020), la recherche sur la pleine conscience s'est drastiquement accrue dans les dernières années et de nombreuses retombées bénéfiques sont documentées sur le bien-être psychologique, la santé mentale, la santé physique et des effets bénéfiques sont notés sur les relations intimes et sur les relations professionnelles (Carducci, 2020). La pleine conscience sociale, un concept plus récent dans la littérature de la pleine conscience, incorpore et étend le concept général de pleine conscience afin de le conceptualiser telle une prise de conscience des besoins et des intérêts des autres dans des situations d'interdépendance.

### *Vécu émotionnel*

Le vécu émotionnel implique différents concepts tel que la compétence émotionnelle, l'intelligence émotionnelle, la régulation émotionnelle et le travail émotionnel. Selon l'encyclopédie Wiley (Carducci, 2020), la compétence émotionnelle est la capacité d'identifier, comprendre, exprimer, réguler et traiter nos émotions et celles d'autrui. La

compétence émotionnelle est un déterminant significatif pour la santé mentale et le bien-être, la santé physique, les relations interpersonnelles et la performance au travail. Le concept d'intelligence émotionnelle a, pour sa part, gagné en popularité récemment et est étroitement relié à la compétence émotionnelle (Carducci, 2020). Pour le personnel infirmier, l'intelligence émotionnelle est une compétence associée à une gestion adéquate des émotions des patients sous leur responsabilité ainsi que de leur propre monde émotionnel suscité par leur connaissance du patient et de son parcours de violence (Markham, 2022). La régulation émotionnelle est la capacité d'une personne à maintenir, inhiber ou activer l'expérience émotionnelle et son expression (Eweida et al., 2022). Les deux (2) stratégies principales associées à la régulation émotionnelle sont l'évaluation cognitive (la capacité à moduler sa perspective d'un événement afin de modifier l'émotion qui est associée à l'événement) et la suppression expressive (la capacité à modifier la manière dont la personne (ré)agit à un événement provoquant de fortes émotions). Les résultats de l'étude de Ewida et al. (2022) indiquent que la maîtrise de la régulation émotionnelle de l'infirmière est une précondition à sa capacité de communiquer efficacement, verbalement et non-verbalement, avec un patient présentant de l'agressivité.

Hochschild a inventé en 1983 le terme « travail émotionnel » pour décrire la gestion des sentiments nécessaire pour la création d'une expression faciale et corporelle observable publiquement qui soit cohérente avec les normes attendues, organisationnelles ou professionnelles, que cette expression affichée soit conforme ou non aux sentiments internes du soignant (Fernández-Basanta et al., 2023). Pour ce faire, le soignant doit provoquer ou supprimer certaines émotions afin que son affect soit concordant aux

attentes liées à son rôle. Dissimuler et gérer les émotions négatives associées au travail de soins infirmiers est conforme aux constructions sociales d'une infirmière idéale. Une tension ou une dissonance émotionnelle peut être vécue lorsque l'expérience émotionnelle n'est pas en phase avec l'expression affichée. L'inconvénient d'un travail émotionnel soutenu est qu'il peut entraîner un épuisement émotionnel, ce qui engendre une diminution de la satisfaction professionnelle et un épuisement professionnel (Fernández-Basanta et al., 2023).

Pour que les soins infirmiers soient davantage qu'une simple juxtaposition de techniques, il doit y avoir un investissement émotionnel de la part des infirmières, et le moteur de cet investissement peut être lié à la vocation, le sentiment du devoir professionnel et l'humanisation des patients (Fernández-Basanta et al., 2023). L'aspect technicisé du rôle est à la fois protecteur à court terme pour l'infirmière, en tout temps néfaste pour l'expérience patient et délétère pour l'infirmière si cette technique d'adaptation perdure dans le temps. Cet aspect émotionnel est fréquemment occulté voir nié compte-tenu de l'aspect impur associé aux émotions dans une approche binaire, cartésienne, de la conception du corps tel la raison en opposition avec les émotions. L'aspect vocationnel ou encore la figure de la mère qui exerce des soins naturels idéalisent l'acte du soin et occultent le travail émotionnel que réalise l'infirmière face aux émotions négatives (ex. abjection) qu'elle ressent (Fernández-Basanta et al., 2023).

Une utilisation soutenue voir excessive (heures supplémentaires) de travail émotionnel exigeant engendre une charge émotionnelle difficile à gérer. Cette

surutilisation du travail émotionnel a un impact sur le contrôle de l'expression émotionnelle et sur les manifestations émotionnelles du personnel soignant, certaines infirmières n'ayant plus la force de s'impliquer émotionnellement durant les interactions avec les patients (Fernández-Basanta et al., 2023). La non-exposition à la souffrance des patients est une des manières pour les infirmières de reconstruire ou rééquilibrer leur vie émotionnelle. La distanciation émotionnelle, l'exécution machinale d'intervention, la création de frontières entre elles et les patients, et l'isolement (ex. passer plus de temps au poste qu'au chevet) sont des exemples de stratégies utilisées par les infirmières afin de réduire leur exposition à la souffrance (Fernández-Basanta et al., 2023).

### *Émotions et psychiatrie légale*

Dans leur étude auprès de neuf (9) infirmières (5 hommes et 4 femmes) en milieu psycho légal sécuritaire en Suède, Hammarström et al. (2022) mettent en lumière comment la régulation émotionnelle est étroitement liée au maintien du cadre thérapeutique. En prenant le contrôle de ses propres émotions, l'intention de l'infirmière est de calmer le patient et la situation afin d'éviter l'escalade ou le déclenchement d'une chaîne de réactions négatives qui pourraient être préjudiciables au patient, à soi-même ainsi qu'aux autres soignants ou aux personnes de l'environnement. Pour les infirmières de l'étude de Hammarström et al. (2022), se réguler ne signifie pas seulement répondre aux besoins du patient; cela signifie aussi interpréter et réagir à la « communauté » (par exemple l'équipe interdisciplinaire et le groupe patients), ce qui implique à la fois influencer et être influencé par les autres. Cette conscience d'une communauté sur l'unité de soins psycho

légaux et des influences mutuelles, est ce que d'autres auteurs identifient comme le climat émotionnel sur l'unité (Markham, 2022; Neumann & Klatt, 2022). Ils décrivent comment la régulation de soi chez les infirmières en milieu psycho légal sécuritaire est utilisée pour atteindre la stabilité et créer une atmosphère prévisible et un environnement bienveillant. Prendre soin, dans un cadre psycho légal, signifie également se sentir parfois sans soutien et non préparé face à certaines situations, cela signifie aussi que des sentiments de peur et des expériences d'impuissance face à la tâche à accomplir puissent être ressentis. (Hammarström et al., 2022). La flexibilité émotionnelle et une tolérance à la détresse, la sienne et celle d'autrui, sont nécessaires pour aller à la rencontre des patients et trouver un terrain commun permettant de résoudre les situations conflictuelles avec une approche relationnelle (sentiment de vécu partagé) plutôt que de recourir aveuglément à l'application de règles rigides ou l'utilisation d'une approche coercitive envers les patients (sentiment de perte de contrôle et de pouvoir). (Hammarström et al., 2022). Trouver un niveau de tolérance à l'incertitude qui soit partagé entre collègues empêche également au soignant de recourir à des actions restrictives et coercitives (Hammarström et al., 2022). Dans les situations de soins à des patients agresseurs, les soignants sont confrontés à des situations émotionnelles qui menacent leur identité professionnelle et impactent leur capacité à intervenir auprès du patient dans un cadre relationnel thérapeutique.

Walsh (2009) associe la détresse vécue par les infirmières œuvrant en prison au travail émotionnel que celles-ci doivent réaliser 1) envers les détenus, 2) envers leurs collègues, 3) envers l'institution qui les embauche et 4) envers elles-mêmes. Seyer-Forget (2020) avait identifié, dans une étude auprès d'infirmières en milieu psycho légal

sécuritaire, les mêmes quatre relations causant des conflits et même des représailles envers les infirmières si elles ne se conforment pas aux attentes envers la culture de l'institution totale/les collègues, envers les patients/la profession. Par l'entremise d'un modèle de quatre (4) composantes sur l'intelligence émotionnelle (soit l'habileté à 1) gérer ses émotions, 2) comprendre les émotions, 3) utiliser ses émotions pour faciliter la pensée et 4) percevoir les émotions d'autrui avec précision), Walsh explique comment l'intelligence émotionnelle de l'infirmière de prison lui permet de lire l'environnement et lui permet d'ajuster son affect en fonction des exigences du milieu, chacune des relations requérant une adaptation et une modulation de l'affect chez cette dernière. Tel que le mentionne Walsh (2009), ces relations affectent également la façon dont elle se sent intérieurement et ce qu'elle décide d'afficher publiquement. S'appuyant elle aussi sur les travaux de Foucault, elle souligne comment cet entrelacs de relations dans lequel les infirmières de prison sont engagées demande un niveau élevé de travail émotionnel.

### **Qualité des soins aux patients agresseurs**

La qualité des soins est influencée par les caractéristiques individuelles de l'infirmière (dont son vécu émotionnel), les caractéristiques contextuelles du milieu sécuritaire psycho-légal et l'évaluation que fait l'infirmière de la menace et des stratégies d'adaptation disponibles pour l'affronter. Parmi les éléments contextuels qui influencent l'infirmière (et son vécu émotionnel), on retrouve les normes socio-professionnelles attendues ainsi que les pratiques cliniques, les balises éthiques et les aspects légaux qui régissent sa pratique. Dans cette section, la performance professionnelle attendue est discutée puis les éléments de la relation thérapeutique sont brièvement présentés. Dans un second temps,

les éléments structurant en psychiatrie légale sont discutés et le genre dans les interventions est abordé.

### *Performance professionnelle attendue*

Les valeurs de la profession infirmière, les approches humanistes ainsi que le respect des droits du patient et du code de déontologie sont préconisés dans les soins et traitements infirmiers des personnes présentant un risque de violence. Les milieux de psychiatrie (Aguilera-Serrano et al., 2018; Gerace et al., 2018; Perron et al., 2015; Tingleff et al., 2017), ainsi que les milieux de psychiatrie légale (Gildberg et al., 2015; Gustafsson & Salzman-Erikson, 2016; Maguire et al., 2012; Nielsen et al., 2018; Pulsford et al., 2013) reconnaissent l'importance du rôle de l'infirmière qui passe par l'empathie et la relation thérapeutique. Ces éléments (empathie et relation thérapeutique) influencent significativement l'expérience des mesures de contrôle tant pour les infirmières que pour les patients. En tout temps et en tout lieu, il est attendu dans la profession que l'infirmière

ne peut refuser de fournir des services professionnels à une personne en raison de la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'ascendance ethnique ou nationale, l'origine ou la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap (Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec, 2016).

Les infirmières de psychiatrie légale travaillent auprès d'une clientèle qui peut susciter tant des sentiments d'empathie que des sentiments de dégoût, répulsion et peur (Holmes et al., 2006). Le contact avec les patients peut être sur-stimulant et troublant. Les patients sont parfois difficiles et les infirmières se retrouvent irritables et aux prises avec du

ressentiment. De tels sentiments semblent indignes (ou sont préconisés comme indignes ou impurs) de leur profession et suscitent des sentiments de culpabilité et d'anxiété.

La pratique axée sur le rétablissement inclut la capacité d'être présente, tant littéralement qu'émotionnellement, ce qui permet la construction d'une relation thérapeutique basée sur la confiance (Cutler et al., 2020, 2021; Mullen et al., 2022). Une bonne sécurité relationnelle facilite l'utilisation d'interventions moins restrictives pour gérer les comportements problématiques chez les patients. Dans leur recherche, Jacob et al. (2008) ont identifié que les valeurs humanistes soutenues dans la profession infirmière pouvaient être en conflit avec les valeurs promues en milieu psycho légal sécuritaire créant ainsi une dissonance chez les infirmières œuvrant dans ce type de milieu. Cet écart entre les valeurs promues et les valeurs réelles dans la pratique clinique entraîne une distanciation émotionnelle et psychologique. L'adoption par l'infirmière d'attitudes désobligeantes (valeurs promues des milieux psycho légaux sécuritaires) envers le patient entraîne évidemment un impact sur le bien-être du patient mais aussi sur le bien-être de l'infirmière dont le rôle et l'identité peuvent être compromis par ce type d'attitude (Markham, 2022).

La violence est fréquemment attribuée aux patients qui sont représentés comme dangereux, comme dans l'étude de Meehan et al. (2022), et peu de place est faite pour les facteurs situationnels, environnementaux et relationnels associés eux aussi à la violence des patients, tel que le mentionne Markham (2022). Il est pourtant reconnu que les attitudes et les comportements du personnel envers les patients peuvent avoir un impact

négalif sur l'atmosphère du service et sur le potentiel thérapeutique. Parmi les impacts négatifs, un cycle vicieux de réponse à la violence par la violence s'installe, tel qu'illustré par une intensification de la sécurité procédurale et physique, plutôt que par une emphase axée sur le rétablissement et la sécurité relationnelle. Dans leur discours, le personnel énonce de manière plutôt unilatérale l'impact négatif des comportements perturbateurs des patients sur le climat dans l'unité et le besoin d'assurer un climat thérapeutique par l'application de mesures de contrôle sur les patients perturbateurs. Une situation aussi retrouvée dans l'étude de Seyer-Forget et al. (2022) qui indique que les mesures de contrôle sont nécessaires 1) compte-tenu de la spécialité psycho légale de sécurité maximum de l'établissement qui reçoit la clientèle la plus dangereuse et 2) par le besoin de contrôle et de maintien de l'ordre sur l'unité. Les bonnes pratiques cliniques préconisées pour l'actualisation d'un cadre relationnel thérapeutique sont confrontées à des rationnels sécuritaires qui entravent leurs actualisations.

#### *Attribution de sens de la violence*

Albino et al. (2023) identifient dans leur étude, portant sur les interventions infirmières pouvant réduire les comportements violents chez les patients, que les comportements violents sont davantage une réponse mal adaptée aux émotions de peur et de colère que vivent les patients plutôt que l'illustration de symptômes ou de conséquence de la maladie mentale chez ces derniers. Il est donc intéressant pour le soignant de pouvoir soutenir le patient dans son vécu émotionnel et d'éliminer le biais d'attribution lié au comportement ou à la maladie. Les infirmières œuvrant en milieu psycho légal sécuritaire joue un rôle

primordial au niveau psychothérapeutique, 1) par l'utilisation du soi thérapeutique, 2) par l'enseignement de la reconnaissance des signes précurseurs de passage à l'acte agressif et 3) par le soutien au développement de compétences socio-émotionnelles chez les patients afin de gérer leurs émotions et diminuer le passage à l'acte agressif (Albino et al., 2023). Albino et al. (2023) réaffirment dans leur recension des écrits le fait que la majorité de la littérature scientifique indique qu'il y a peu de lien entre la maladie mentale et la violence, spécialement lorsque l'abus de substance n'est pas impliqué et que la maladie mentale est traitée adéquatement. La violence n'est donc pas un symptôme des troubles psychotiques. Néanmoins, les personnes souffrant de maladie psychotique sont plus susceptibles de développer des comportements violents en raison d'hallucinations mandatoires (impératives) et la présence de délires de persécution, de jalousie et de référence. Ces symptômes influencent le vécu émotionnel des patients et exacerbent des difficultés à gérer adéquatement leur vécu émotionnel. Une hypothèse aussi soutenue par McIvor et al. (2023) alors que selon eux, dans le contexte de la maladie mentale, de faibles compétences interpersonnelles (associées potentiellement à une dérégulation émotionnelle) peuvent conduire à des conflits interpersonnels. Les patients enfermés en milieux psycho légaux pourraient donc se retrouver dans un cycle de conflit duquel il leur est difficile de ressortir.

### *Relation et alliance thérapeutique*

La base de la pratique des infirmières de psychiatrie valorise les bienfaits thérapeutiques de l'alliance et de l'interaction infirmière-patient, un constat aussi posé par Harris et Panozzo (2019). C'est aussi un fondement de la pratique infirmière en santé mentale et

psychiatrie selon les standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale au Québec (Laflamme et al., 2016). En fonction de leur revue intégrative portant sur la communication et la relation thérapeutique, Harris et Panozzo (2019) constatent que les patients priorisent leur monde réel et leurs problèmes de vie tandis que les prestataires de soins se concentrent sur les dimensions diagnostiques et les priorités médicales en matière de sécurité et de critères de soins. Selon leur revue intégrative, l'état des recherches indique que 1) le contexte du traitement et 2) les symptômes que présentent les patients (ou l'intensité des symptômes) affectent profondément et négativement la relation thérapeutique. Ils suggèrent de porter une attention particulière sur la manière dont les exigences du contexte de traitement empiètent sur la qualité de l'interaction et de donner la priorité aux relations et aux actions qui protègent et réparent les relations. Les résultats de la méta-analyse réalisée par Browne et al. (2021) portant sur la qualité de l'alliance thérapeutique avec les patients souffrant de premiers épisodes psychotiques indiquent que plus l'alliance est forte entre le prestataire de soins et le patient, tel que perçu par le patient et tel que perçu par le prestataire de soins, meilleurs sont les résultats de santé tel que l'engagement dans le traitement et une plus grande amélioration dans les symptômes positifs et négatifs. Les auteurs soulignent l'importance de parvenir à un accord sur les objectifs du traitement et sur les tâches/étapes à accomplir car ce sont deux éléments essentiels de l'alliance thérapeutique.

La sécurité relationnelle met l'accent sur les facteurs situationnels et environnementaux qui contribuent au bien-être du patient et agit sur sa capacité d'interagir avec les soignants, ces facteurs s'additionnant aux facteurs cliniques et au fonctionnement

psycho-émotionnel et cognitif (Markham, 2022). Les études dans le domaine de la santé mentale continuent de démontrer l'importance de reconnaître la pratique axée sur l'approche du rétablissement et l'alliance thérapeutique envers les patients ainsi que le besoin de partager le pouvoir et le contrôle au sein des établissements de santé (Mullen et al., 2022) et ce, dans le but de permettre une diminution des sources de conflits et des événements restrictifs. À cet effet, une stratégie clé utilisée par le personnel infirmier est d'apprendre à connaître le patient et d'assurer une présence authentique auprès de celui-ci (Markham, 2022).

Il est reconnu que la relation entre le patient et le personnel doit être fondée sur la confiance, prérequis de l'alliance thérapeutique; les avantages de bonnes alliances de travail pour le rétablissement des clients sont aussi bien documentés (Hewitt et Coffey, 2005). Cependant, la confiance et les autres émotions du personnel sont modulées par l'environnement socio-culturel (Lazarus et Folkman, 1984). La confiance est donc un construit qui est affecté par des éléments contextuels externes à la relation en plus des éléments internes des personnes impliquées (soignant-soigné). À cet effet, les infirmières en milieu psycho légal doivent gérer leurs propres réactions émotionnelles envers les clients eux-mêmes (la maladie et ses symptômes – le présent), les antécédents de violence des patients (les infractions qu'ils ont commises – le passé) et le risque (le futur) que ces derniers présentent (Pettman et al., 2020), un exemple qui illustre bien les transactions entre différentes variables (passées et futures) qui influencent la confiance que l'infirmière peut avoir envers le patient (présentement). Les recherches sur la relation thérapeutique préconisent d'établir des limites professionnelles convenues avec le patient et de les

renforcer tout en continuant à promouvoir le travail thérapeutique, la mise en relation et la réciprocité (Jacob & Holmes, 2011; Peternelj-Taylor & Yonge, 2003; Schafer & Peternelj-Taylor, 2003). En parallèle, la question de la négociation des limites et l'application des règles suscitent énormément de tensions dans les équipes interdisciplinaires en milieu psycho légal. Le respect de règles strictes est promu dans ce type de milieu et affecte la notion de réciprocité et la mise en relation. La majorité des limites et des règles sont toutes des zones grises qui sont sujettes à interprétation et dépendent beaucoup de l'équilibre entre des demandes potentiellement concurrentes, telles que le maintien d'une relation positive avec les clients, l'application de procédures de sécurité, la réduction des risques et la promotion du rétablissement (Pettman et al., 2020). Fréquemment, des limites plus laxistes sont considérées prêter flanc à un risque accru pour eux-mêmes par les soignants, alors qu'il a également été noté qu'être trop strict peut également mettre le personnel en danger, explicitement autour des questions des frontières (Pettman et al., 2020). Conséquemment, le prestataire de soins doit déployer des efforts conscients accrus dans ce type de milieu afin d'ajuster son approche et de développer sa compétence à établir une relation avec les patients, une relation qui soit authentique et syntonisée sur les besoins du patient tel qu'exprimé par ce dernier (Harris & Panozzo, 2019).

Le contexte influence la manière dont la relation thérapeutique peut s'exprimer (Harris & Panozzo, 2019). Les politiques, les routines de soins, et la compréhension commune des comportements associés à la maladie façonnent l'ouverture des soignants à établir une relation thérapeutique avec les patients (agresseurs) (Harris & Panozzo, 2019).

Plus le patient est symptomatique (et agissant), plus il est difficile pour le soignant de maintenir une relation thérapeutique. Le soignant doit être en mesure de gérer ou modifier ses comportements afin de pouvoir s'investir davantage dans la relation avec le patient, les périodes où les patients sont plus agissant requérant un effort conscient accru (Harris & Panozzo, 2019).

À la suite d'une transgression d'une barrière thérapeutique comme une agression envers le soignant, l'attente envers le patient est qu'il évalue négativement ses gestes transgressifs, exprime sa responsabilité dans l'agression et rassure le personnel qu'il ne le refera plus (Nunney et al., 2022). Cette démarche est attendue par le personnel soignant et est souvent un prérequis pour rebâtir la relation de confiance avec le patient. On peut facilement imaginer que le patient psychotique puisse être pardonné plus facilement pour la transgression commise en contexte psychotique que le patient atteint d'un trouble de personnalité chez qui la transgression est beaucoup plus difficile à comprendre.

Dans le cas d'un passage à l'acte hétéro dirigé sur un membre du personnel, il apparaît évident que la mesure restrictive permet rapidement de sécuriser la situation. Gildberg et al. (2015) démontrent, dans leur étude portant sur les motifs de maintenir les contentions mécaniques chez des patients, que les motifs initiaux de mise en contentions mécaniques suscitent une cascade de réactions chez le patient qui entraînent des comportements aggravants fréquemment la situation, c'est ce qu'ils appellent la spirale des mesures restrictives. Ce faisant, les cliniciens recherchent certains comportements permettant la fin de la mesure restrictive, des comportements qui sont différents des

comportements ayant justifié initialement la mise sous contentions. Au moment de l'évaluation de la fin des contentions, les comportements initiaux à risque de lésion sont jugés incomplets et insuffisants pour les cliniciens.

Selon Gildberg et al. (2015), la spirale des mesures restrictives n'explique pas à elle seule le maintien des mesures de contentions. Une série de comportements à risque et des facteurs de risques sont associés et viennent s'entrecroiser dans l'évaluation du risque. Les comportements à risque se déclinent en trois regroupements de comportements soit 1) les comportements indicateurs de risque imminent de violence tel que la colère, l'agitation, les cris, l'agressivité, l'irritabilité, 2) les comportements de violence effective tel que lancer ou frapper des objets, frapper le personnel, cracher, et 3) les comportements de régression tel que des comportements à caractère sexuel envers les infirmières, les mictions ou les selles dans le lit. Selon les données de leur étude, les comportements à risque sont une des principales raisons pour le maintien des mesures de contentions mécaniques. Une série de facteurs de risques de violence tel que les symptômes psychotiques, délirants ou perceptuels, la non-adhérence au traitement, le patient qui s'est endormi sous contentions et dont l'état ne peut être évalué, s'ajoutent aussi à l'évaluation du risque réalisé par les soignants. Cette spirale des mesures restrictives et ses composantes (comportements indicateurs de risque imminent, violents et de régression) doivent être d'abord reconnues afin d'éventuellement être en mesure d'identifier les points de rupture permettant de sortir de cette spirale.

Les auteurs dressent par le biais de leur étude une série de comportements indicateurs de désescalade chez le patient en mesures restrictives, ces comportements permettent de documenter un retour au calme ou encore la présence de facteur relationnel/d'alliance. Ainsi les auteurs illustrent que l'évaluation du risque de violence est assujettie à une évaluation concomitante de l'évaluation de l'alliance thérapeutique avec le patient. Ces évaluations (évaluation du risque de violence et évaluation de l'alliance avec le patient) sont tributaires, au-delà du motif initial de mise sous contentions, aux facteurs qui renforcent le personnel dans leur décision de maintenir les contentions mécaniques soit 1) les paramètres de l'alliance thérapeutique (la qualité du contact avec le patient, l'introspection et la coopération du patient) et 2) les comportements de retour au calme. Le caractère subjectif et aléatoire de l'évaluation de ces critères et du poids qui leur sont accordés d'un clinicien à l'autre sont soulevés par les auteurs. Le processus décisionnel des mesures de contrôle basé sur le jugement clinique est 1) de nature hautement dynamique et 2) situation spécifique. Les auteurs rappellent les conséquences néfastes reconnues du processus décisionnel basé sur le jugement clinique uniquement tel que la faible valeur prédictive de ces évaluations et le manque de standardisation et de rigueur. Ces éléments ne peuvent qu'exacerber la perception des patients et du public quant au recours aléatoire, subjectif et parfois abusif des mesures de contrôle en centre hospitalier. L'absence d'approche permettant de mesurer la qualité de l'alliance entre le patient et les soignants est aussi notée et présente un enjeu compte-tenu de son importance au moment de l'évaluation du risque que représente un patient agresseur.

### *Habiletés de communication*

Les habiletés de communication sont efficaces tant pour assurer une bonne communication avec le patient sous tension que pour partager son vécu émotionnel par la suite. Dans leur revue systématique, Bekelepi et Martin (2022) ont relevé les compétences de communication efficaces comme l'aspect le plus important des interventions chez les infirmières en psychiatrie, car elles passaient la plupart de leur temps à interagir avec les patients. Les habiletés de communication jouent un rôle dans l'établissement d'une relation infirmière-patient et dans la création d'une compréhension entre l'infirmière et le patient. Ces habiletés augmentent aussi la confiance des infirmières de psychiatrie à interagir avec le patient à risque de violence. Les habiletés de communication sont aussi déterminantes dans les standards d'exercice de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale au Québec (Laflamme et al., 2016).

### **Éléments structurant en psychiatrie légale**

Plusieurs éléments caractérisent et structurent le contexte de soins en milieu psycho légal sécuritaire. Parmi ses éléments, la réinitialisation du script soignant-soigné, l'évaluation subjective du risque de violence, la présence des nombreux codes formels et informels, la modification de l'identité de l'infirmière, les représentations durables du patient dangereux, la notion d'équipe et la présence de nombreuses situations de soins qui suscitent l'abjection sont présentées ci-après.

#### *Réinitialisation du script soignant-soigné*

Dans un environnement de psychiatrie légale, l'infirmière est appelée à soigner une clientèle ayant commis des agressions. Dans ce milieu, l'infirmière est socialisée au discours du risque, discours qui, par la suite, guide et teinte sa vision et ses décisions cliniques (Jacob & Holmes, 2011a; Jacob & Holmes, 2011b). Un changement se produit dans la représentation que l'infirmière se fait du patient alors qu'elle apprend à se méfier du patient qui est dépeint telle une menace potentielle pour elle-même et pour autrui. À travers cette socialisation au discours du risque, les infirmières sont amenées à revoir le script de la relation soignant-soigné. Elles inversent leur priorité et se demandent comment sécuriser l'environnement pour elles-mêmes et pour autrui (les collègues) au lieu de s'assurer en priorité que l'environnement de soins (elles-mêmes et les autres soignants) ne représente pas une menace à la sécurité et à l'intégrité (à l'autonomie) du patient vulnérable dont elles sont responsables (Seyer-Forget et al., 2022). Cette représentation du patient tel une menace potentielle perpétuelle et cette inversion des préoccupations (patient/environnement) composent des éléments du contexte particulier des soins sous contrainte qui teintent la manière dont la relation thérapeutique s'exprime. Dans les milieux de soins sous contrainte, il existe un déséquilibre net dans le pouvoir détenu par le professionnel en regard du patient ce qui façonne l'expression de la relation thérapeutique.

#### *Évaluation subjective du risque*

Le travail en milieu psycho légal sécuritaire représente une branche spécialisée des soins en santé mentale et psychiatrie. Ces milieux présentent un défi additionnel pour le personnel infirmier qui les intègre compte tenu de leur pratique des soins infirmiers à la

jonction du système de soins et du système de la justice. Comme chacun des systèmes est dirigé par des valeurs et des objectifs différents, ils sont souvent perçus comme en opposition générant des conflits d'allégeance et la préséance fréquente de la sécurité sur le soin. Tel que le mentionnent Domingue et al. (2023), le rôle de l'infirmière en psychiatrie légale est similaire à celui de l'infirmière de santé publique à savoir prévenir le risque (de lésions/de maladies transmissibles) et protéger le public. Ils soulignent néanmoins une distinction importante en regard du fondement épistémique de chaque rôle : l'assise d'évaluation du risque de l'infirmière de santé publique s'appuie sur des tests diagnostiques et des signes cliniques objectivables tandis que celui de l'infirmière de psychiatrie légale s'inscrit sur des données plus subjectives tel que l'illustre Seyer-Forget et al. (2022) dans les résultats de recherche auprès d'infirmières de psychiatrie légale avec la catégorie évaluer subjectivement l'intangible. Les résultats de recherche de Seyer-Forget et al. (2022) indiquent bien comment l'évaluation du risque est dépendante du contexte, du moment et du lieu, et de l'évaluateur, une démonstration aussi faite par Domingue et al. (2023). À cet effet, Domingue et al. (2023) illustrent habilement comment une personne pourrait avoir à son dossier une série de facteurs de risques statiques et dynamiques lui attribuant un niveau de risque documenté tout en ayant jamais, par ailleurs, eu de comportements ou de gestes dangereux et n'ayant donc aucune dangerosité effective. Les représentations et les stéréotypes sont puissants et influencent la prise de décision et la capacité d'actualiser la relation thérapeutique chez les infirmières de psychiatrie légale.

*Codes formels et informels*

Les milieux sécuritaires sont des milieux fortement régulés et ce par de nombreux codes formels et informels. Ces codes, succession de rituels et de procédés propres aux institutions totales (Goffman, 1968), forcent l’infirmière à se conformer à la culture de l’établissement (Holmes, 2005; Seyer-Forget, 2020). En institution totale, les infirmières sont perçues comme présentant un risque pour l’établissement, leurs normes et valeurs professionnelles étant contraires à la culture carcérale (Perron et al., 2014). En milieu sécuritaire, le travail du personnel infirmier est reconnu pour être modulé en fonction des demandes institutionnelles et les infirmières se retrouvent régulièrement en porte-à-faux entre leurs obligations éthiques et l’environnement complexe de ces milieux (Perron et al., 2014; Seyer-Forget, 2020). Le personnel infirmier en milieu psycho légal est conscient des pressions que subit leur pratique et développe des stratégies pour s’adapter (Perron et al., 2014; Seyer-Forget, 2020). Les stratégies déployées par les infirmières pour s’adapter au milieu psycho légal peuvent favoriser les standards d’un système (ex. culture carcérale) au détriment d’un autre (ex. culture du soin) (Holmes, 2005; Perron et al., 2014; Seyer-Forget, 2020). Ces pratiques peuvent être considérées déviantes en fonction du code de déontologie et des standards de pratique de l’infirmière dans le domaine de la santé mentale. Les stratégies utilisées pour assurer les soins aux patients agresseurs peuvent être un sujet sensible pour l’infirmière qui en plus de partager une expérience potentiellement chargée émotionnellement pourrait craindre d’être jugée pour la qualité de sa pratique (Lee & Renzetti, 1993; Perron et al., 2014).

*Modification de l’identité de l’infirmière*

En milieu psycho légal sécuritaire, le rôle de l’infirmière se transforme au fil du temps, ce qui impacte son identité professionnelle de soignante qui se fusionne à celui de gardienne (Holmes, 2002, 2005; Jacob, 2014; Seyer-Forget et al., 2022). Cette transformation ne se fait pas toujours sans heurt et de la dissonance cognitive, des conflits de valeurs, des tensions d’allégeance sont documentés dans les études. Les infirmières doivent trouver un sens à leur rôle et aux actions qui leurs sont demandées dans les milieux psycho légaux sécuritaires. Selon la recherche de Seyer-Forget et al. (2022 p.16), « les deux enjeux prioritaires à la quête de sens sont le sens de la violence des patients et le sens de leur rôle professionnel auprès d’eux ». Le personnel infirmier exerçant en milieu psycho légal sécuritaire ressent fréquemment de la pression afin d’exercer des mesures coercitives sur les patients (Kinghorn et al., 2023; Manderius et al., 2023; Seyer-Forget et al., 2022), et les infirmières de ces milieux rapportent vivre de l’isolement au sein de leur équipe de travail.

#### *Représentations durables du patient dangereux*

Il est reconnu que le recours aux mesures de contrôle (l’isolement par exemple) était souvent lié aux représentations que se fait le personnel infirmier vis-à-vis la population à soigner. Ces représentations varient selon le diagnostic psychiatrique posé, la présence d’un trouble de la personnalité, l’existence de troubles concomitants et des antécédents d’agissements violents avant l’admission de la personne dans le milieu. Or, ces représentations sont durables et elles jouent un rôle déterminant dans la manière dont est pris en charge le patient, et ce, même en l’absence de comportement agressif de la part du

patient envers le personnel soignant (Domingue et al., 2023; Holmes & Jacob, 2012; Holmes & Murray, 2011; Stevenson et al., 2015).

McIvor et al. (2023) questionnent, dans leur étude, les liens de cause à effet concernant les taux élevés d'usager violent en psychiatrie légale: est-ce que les patients sont plus violents en raison d'une association entre leur hospitalisation contre leur gré et leur niveau de violence intrinsèque supérieur ou est-ce plutôt une association entre des effets systémiques malheureux liés à la manière dont ils sont traités, combinée à un sentiment d'impuissance lors de leur hospitalisation contre leur gré ? Dans leur étude, McIvor et al. (2023) ont trouvé une association entre les comportements d'automutilations et les passages à l'acte hétéro agressif. Cette association dans les différentes formes de violence (autrui vs soi-même), illustre, selon eux, le besoin de considérer une approche sensible aux traumatismes tant pour les patients qui s'automutilent que pour les patients agresseurs, une facette souvent omise par le personnel soignant en milieu psycho légal, ces derniers attribuant l'étiologie de la violence hétéro dirigée comme étant intentionnelle, instrumentale, comportementale. Il est donc primordial pour les établissements psycho légaux sécuritaires, de développer une meilleure compréhension des patients agresseurs afin de ne pas les réduire à leurs comportements violents (McIvor et al., 2023) et de travailler sur le biais de représentation présent dans le milieu de santé mentale où les patients qui s'automutilent suscitent plus facilement l'empathie chez les soignants, comparativement aux patients qui agressent autrui.

*La notion d'équipe*

La notion d'équipe dans le cadre psycho légal forensique est aussi nommée par les participants de l'étude de Hammarström et al. (2022) et ceux de Marshal et al. (2019). À cet égard, les participants mentionnent la notion de dépendance des soignants entre eux, cette interdépendance où les interventions des uns affectent les interventions des autres et l'importance d'être digne de confiance pour ses collègues. En effet, les participants de l'étude de Hammarström et al. (2022) décrivent l'unité de soins telle une communauté, qui se compose des soignants eux-mêmes, des patients et des autres soignants partageant tous une communion avec un « nous » commun. Marshal et al. (2019), dans leur étude auprès de 88 soignants répartis dans 6 unités de soins psycho légaux de sécurité minimum et intermédiaire, rapportent l'importance du travail d'équipe chez les participants pour qui le travail d'équipe, la cohésion, le soutien et la communication sont des facteurs de protection associés au sentiment de sécurité en regard des soins auprès d'une clientèle de patients agresseurs.

#### *Des situations de soins qui suscitent l'abjection*

Plusieurs écrits en soins infirmiers s'appuient sur les travaux de Kristeva sur l'abjection (Holmes et al., 2006; Jacob et al., 2009; McCabe & Holmes, 2011; Montgomery, 2014; Wiltshire & Parker, 1996). L'abjection signale qu'une frontière a été transgressée et ces moments de transgression sont significatifs dans la pratique infirmière (Holmes et al., 2006; Jacob et al., 2009; McCabe & Holmes, 2011; Montgomery, 2014; Wiltshire & Parker, 1996). Les auteurs s'entendent pour dire que la pratique infirmière se situe à la jonction de frontières fragiles, dans des épisodes de grande vulnérabilité, où les barrières

du corps humain sont violées par des éléments suscitant l'abjection, le sursaut, le retrait, la répulsion, le rejet; des réactions à la fois conscientes et inconscientes. L'abject est expliqué de manière concrète par des objets physiques tel que les lésions de la peau, les difficultés d'alimentation/hydratation (ingérer des aliments, garder des aliments à l'intérieur), les problématiques d'évacuation des selles. L'abjection s'exprime aussi à la suite de bris de contrats sociaux implicites ou explicites, des codes normatifs, des normes culturelles ou religieuses (Wiltshire & Parker, 1996). Pour Jacob et al. (2009), les sentiments de dégoût, de répulsion, et de peur sont déclenchés chez le personnel infirmier chargé de s'occuper des personnes hautement stigmatisées, tel que les patients de psychiatrie légale (stigmatisés à la fois par la maladie mentale et la criminalisation), par la connaissance des actes commis, des comportements délinquants ou dangereux, et des pensées déviantes. En plus de la violence verbale et physique rencontrées dans le milieu clinique, la connaissance des antécédents de violence (viol, meurtre, torture) des patients perturbe les infirmières et ébranle le système de maintien de l'ordre assurant le maintien de leur intégrité. En interagissant avec le patient de psychiatrie légale, la sécurité est négociée à travers des barrières/limites symboliques et tangibles qui sont bien établies entre l'infirmière et le patient. De cette perspective, le patient de psychiatrie légale incarne ce qui doit être maintenu en dehors des frontières de la zone propre, du corps propre. Par conséquent, un événement de transgression (réel ou perçu) menace les frontières qui assurent habituellement une distinction évidente entre l'infirmière (le corps propre) et le patient (l'abject) (Jacob et al., 2009).

Selon Wiltshire et Parker (1996), s'occuper de personnes, prendre soins de patients, qui présentent des corps dysfonctionnels affectent (affligent) en retour l'infirmière qui puise dans ses ressources internes (physique et mentale) pour faire face à ses tâches de soignante. Si le corps objet du patient, n'est pas un objet inerte isolé (purement rationnel), mais bien un corps en interaction avec son environnement de subjectivité, il se prolonge nécessairement dans le vécu subjectif de l'infirmière. Par conséquent, l'infirmière, système en interaction entourée des barrières perméables, est victime des conséquences de cette rupture. Elle peut être épuisée émotionnellement, vidée, engourdie ou endurcie par la nature de son travail.

### **Interventions et stratégies genrées**

Toujours selon l'encyclopédie Wiley (2020), aucun schéma biologique clair n'a émergé suggérant que les hommes et les femmes diffèrent dans leurs expériences de la colère. Les filles sont néanmoins socialisées à réprimer leur colère et sont donc moins susceptibles que les garçons de s'exprimer dans des environnements publics. L'affichage public de la colère ou de l'agressivité serait moins dommageable pour les hommes qui sont perçus comme affirmant leur masculinité.

Les croyances en des émotions genrées sont en fait des idéologies présentes dans les systèmes socioculturels (Shields, 2013). Ainsi, les émotions sont non genrées, mais les croyances et les idéologies ancrées dans des systèmes socio-structurels, elles sont genrées. Ainsi, en examinant ces croyances, nous pouvons en apprendre davantage sur les

hypothèses culturellement partagées interconnectées sur la nature de l'émotion, la nature du genre et les valeurs qui les relient (Shields, 2013).

Tel que le rappellent Kumpula et al. (2022), la sécurité en milieu psycho légal est associée historiquement aux valeurs masculines, par le déploiement de force brute et de structures rationnelles tel que les murs, les barrières et les contrôles, tandis que les soins infirmiers sont associés historiquement aux valeurs féminines, aux émotions. Chez les infirmières, la sécurité est avant tout relationnelle. La présence des deux approches est nécessairement appelée à entrer en confrontation alors que les structures hétéronormatives continuent d'être l'étalon d'or et que la binarité rationnel/émotionnel continue de présenter des tensions. La conception du soin, en milieux psycho légaux forensiques, est donc importante si nous souhaitons évaluer la qualité des soins qui en découle. Il est donc important de comprendre comment la violence en milieu psycho légal forensique est conceptualisée et comment cette conception influence la relation infirmière-patient et comment les infirmières naviguent les impératifs du soin et du contrôle qui leurs sont confiés. Dans leur étude dans deux (2) établissements de soins psycho légaux forensiques de sécurité maximum présentant un ratio infirmière homme supérieur aux infirmières femmes, Kumpula et al. (2022) illustrent que les infirmiers hommes attribuent une importance accrue à l'application des règles de sécurité (démonstration de force brute) tandis que les infirmières femmes considèrent le cadre normatif beaucoup trop lourd et comme entravant la possibilité de consolider leur relation avec les patients. Pour les infirmières femmes, l'attente de renforcer le cadre normatif entre en conflit avec le type de soins infirmiers qu'elles souhaitent prodiguer, révélant les tensions déjà bien connues

pour ce genre de milieu entre la sécurité et les soins. Kumpula et al. (2022) remarquent que la prédominance d'un discours masculin (importance de la sécurité) au détriment d'un discours féminin (importance du soin) suscite nécessairement des conflits puisque les deux valeurs devraient être intégrées et non opposées ou subordonnées l'une de l'autre. La facilité maternelle (infirmières femmes) est soulignée par les infirmières elles-mêmes, porteuses des valeurs historiques du soin et de la sécurité maternelle.

La recension des écrits illustre la manière dont le trauma, les émotions individuelles et leur impact sur les pairs, le contexte de soins et la qualité des soins aux patients agresseurs sont interreliés. La nécessité de reconnaître de façon intégrée l'ensemble des facteurs qui affectent la qualité des soins à cette clientèle est nécessaire afin d'identifier les stratégies adaptées à chacune des facettes et de soutenir les soignants dans la mise en place de mécanismes de surveillance, de prise en charge et de mitigation des impacts négatifs 1) du trauma sur leur vécu émotionnel et 2) de leur expérience de stress traumatique secondaire sur leur rôle professionnel. La chapitre 3 présente les éléments théoriques mobilisés pour l'analyse et l'interprétation des données de cette recherche.

### Chapitre 3 : Cadre théorique

Le cadre théorique utilisé pour cette recherche s'appuie sur les travaux de Kristeva (1980), Goffman (1968), Foucault (1975) et Lazarus et Folkman (1984). Les fondements théoriques du projet sont le vécu subjectif de l'infirmière, les éléments structurant de l'environnement de soins psycho légal, les mécanismes d'adaptation découlant de la perception du risque (de la menace) influençant l'administration des soins au patient agresseur.

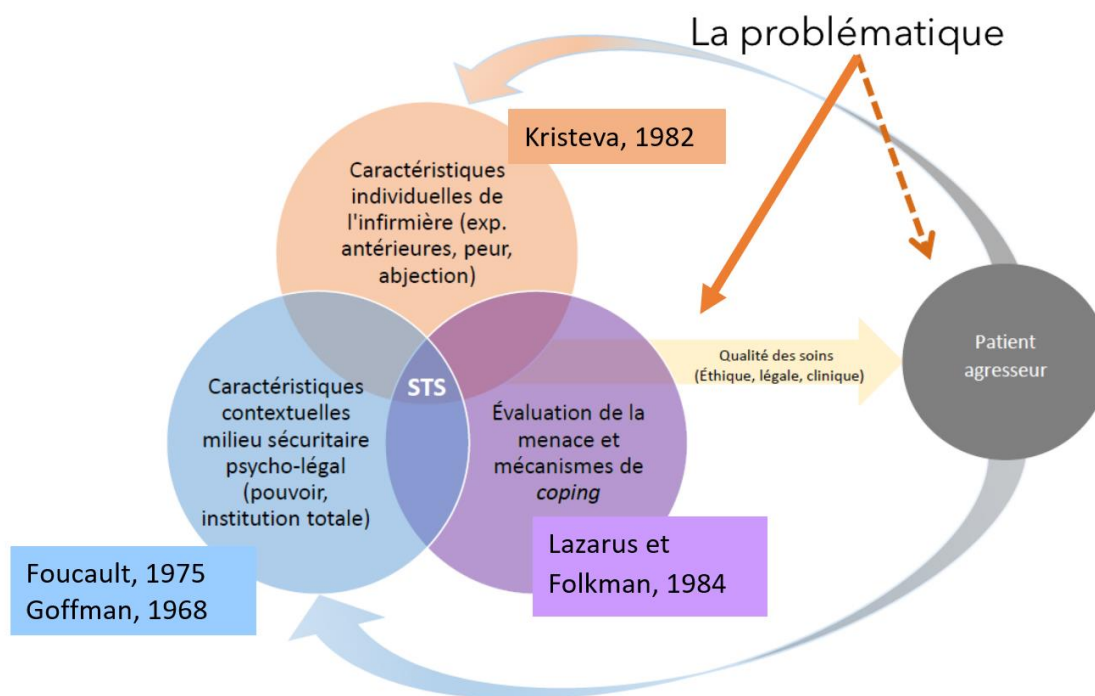


Figure 1. Schématisation des fondements conceptuels du projet

#### Vécu émotionnel et transgression (Kristeva)

L'essai de Julia Kristeva (1980) nous entraîne sur la quête de l'abjection. Son récit passe par une perspective psychanalytique puis brièvement par une perspective anthropologique

pour ensuite élaborer dans une perspective religieuse puis morale qui s'étaye en dernier lieu à travers la littérature, point culminant du symbolisme et du langage. Le cadre théorique de l'abjection, selon les travaux de Kristeva (1980), est retenu afin d'apporter un éclairage nouveau sur le vécu émotionnel des infirmières qui prodiguent des soins auprès d'une clientèle fortement marginalisée pouvant susciter de l'aversion et du dégoût. Selon Kristeva (1980), l'abject porte les limites de la personne, de son identité et de sa culture.

Le sujet et l'objet présentent une dualité constante : « De l'objet, l'abject n'a qu'une qualité – celle de s'opposer à je. » (Kristeva, 1980, p. 11). L'abject est donc présent dans tous les éléments qui ne font pas partie intégrante du sujet, de son identité. « (...) l'abject, objet chu, est radicalement un exclu et me tire vers là où le sens s'effondre. » (Kristeva, 1980, p. 11). L'abject est donc un objet menaçant pour le sujet. L'abject présente un risque à l'équilibre identitaire du sujet. « L'abject et l'abjection sont là mes garde-fous. Amorces de ma culture. » (Kristeva, 1980, p. 11). L'abject est inhérent à la différenciation (moi/l'autre, propre/impropre) et s'exprime par des réactions émotionnelles défensives. Les idéations qui en découlent et les comportements érigés pour s'en protéger peuvent, quant à eux, porter gravement à conséquence.

### *Mécanisme inconscient*

Kristeva élabore sa conception théorique de l'abjection dans une perspective psychanalytique. Elle identifie le berceau de l'abject et de l'abjection dans l'inconscient. Dans les réactions physiologiques qui guident le nourrisson à travers les limites de son

corps, initialement sensoriel, tel le plaisir et la douleur, le développement identitaire naît. La découverte de l'identité débute par la découverte du corps, de ses limites/barrières, de ce qui brise l'équilibre du bien-être, la faim, la peur, la douleur, le plaisir.

Il y aurait un « commencement » précédant le verbe. (...) Dans cette antériorité au langage, l'extérieur se constitue par la projection de l'intérieur duquel nous n'avons que l'expérience du plaisir et de la douleur. (...) Innommable serait donc l'indistinctivité du dedans et du dehors, une limite franchissable dans les deux sens par le plaisir et par la douleur. Nommer ces derniers, donc les différencier, équivaut à introduire le langage qui, de même qu'il distingue plaisir et douleur comme toutes les autres oppositions, établit la séparation dedans/dehors. (Kristeva, 1980, p. 67)

Selon Kristeva, le sentiment d'abjection est développé dans la prime enfance, entre 6 et 18 mois, dans le processus d'autoidentification, alors que le nourrisson commence à rejeter certaines parties de son corps. Les éléments rejetés peuvent être des selles ou du lait suri, mais peuvent aussi inclure des représentations symboliques de l'enfant envers sa mère. Ce processus est nécessaire pour chaque enfant en quête de son identité propre, ce faisant l'enfant fait son entrée dans l'univers du symbolisme (et du langage). « Bien sûr, si je suis affectée par ce qui ne m'apparaît pas encore comme une chose, c'est que des lois, des relations, des structures même de sens me commandent et me conditionnent. » (Kristeva, 1980, p. 18). Les éléments rejetés sont donc initialement corporellement concrets, tels que les produits éliminés ou sécrétés par le corps (selles, urine, vomit, pus, larmes, etc.), puis deviennent imaginaires, socialement construits dans l'univers du symbolisme et du langage, l'univers des représentations socio-culturelles, dans lequel l'abject devient un processus cognitif qui évoque la saleté et est associé à la contamination du corps mais aussi de l'esprit. L'abject devient, à un point tournant, non seulement

quelque chose qui affecte et fait réagir directement, mais aussi des représentations pour lesquelles le sujet devient conditionné à concevoir telle une abjection et à réagir de manière appréhendée avant d'être atteint, avant de ne subir une contamination du corps propre. Cet apprentissage introduit la notion de risque et de préconception/jugement/stigmatisation. Selon Kristeva (1982), l'abject est considéré abject parce qu'il menace le non-abject, c'est-à-dire le propre (non sale) et le convenable (raisonnable – esprit sain). « Dans ce trajet où « je » deviens, j'accouche de moi dans la violence du sanglot, du vomi » (Kristeva, 1980, p. 12). Le développement du « je », de la subjectivité, se poursuit socio-culturellement dans l'apprentissage des symboles et du langage, de ce qui est convenable et raisonnable, ce qui est triste et ce qui est joyeux, ce qui est propre de ce qui est sale, ce qui est moi de ce qui ne l'est pas. La subjectivité, les barrières identitaires, se façonnent en réponse à cette lutte avec l'abject, délimitation constante de ce qui est moi de ce qui est l'autre. « En d'autres termes, le lieu et la loi de l'Un n'existent pas sans une série de séparations orales, corporelles ou encore plus généralement matérielles, et en dernière instance relatives à la fusion avec la mère. » (Kristeva, 1980, p. 98). Cette séparation d'avec la mère et cet apprentissage de la séparation et de la mise en place des limites permettant la subjectivité sont essentiels à l'application subséquente adaptée, soit le respect, d'un ordre (d'une instance) socio-culturel.

Kristeva suggère que le soi, ou l'individu, ressent intuitivement ou instinctivement le besoin de se protéger du vil ce qui implique conséquemment la notion de barrière et de mécanisme pour protéger ces frêles barrières. « L'abject est pervers car il n'abandonne ni

n'assume un interdit, une règle ou une loi; mais les détourne, fourvoie, corrompt, s'en sert, en use, pour mieux les dénier. » (Kristeva, 1980, p. 23). Ce mécanisme inconscient ne suit aucune loi, n'est subordonné à aucun code. L'abjection s'inscrit dans un emplacement viscéral qui persiste malgré le développement ou l'apprentissage conscient de ce qui est vil ou horrible mais simultanément la réponse inconsciente primitive perdue. L'abjection est donc initialement, dans une approche psychanalytique, une réaction inconsciente de l'humain, un mécanisme de défense.

### *Identité et subjectivité*

Kristeva (1980) définit la subjectivité tel une barrière imaginaire entourant le corps, une barrière qui se redéfinit en permanence à travers la vie. Cette barrière divise, sépare le soi du monde et d'autrui, procurant un sens identitaire (subjectif), déterminant pour l'individu ce qu'il est de ce qu'il n'est pas (McCabe & Holmes, 2011). Dans l'argument de Kristeva, les éléments qui génèrent le plus le sentiment de répulsion sont les débris ou les déchets du corps humain, le pus, le mucus, les sécrétions, le sang. En qualité de déchets, ils rappellent qu'ils ne sont ni une chose ni l'autre, ni une partie du corps fonctionnelle/vivant, ni une matière inanimée/morte, les entre deux de l'humain/de l'humanité, des éléments confus, indéterminés. « D'abord, la saleté n'est pas une qualité en soi, mais ne s'applique qu'à ce qui se rapporte à une *limite* et représente, plus particulière, l'objet chu de cette limite, son autre côté, une marge. » (Italiques originaux) (Kristeva, 1980, p. 74). Ce serait la source de ce qui nous menace, de ce que l'on ne peut ni classer, ni ordonner, ni identifier, qui porte atteinte à notre intégrité, notre identité. « Ce n'est donc pas l'absence de propreté

ou de santé qui rend abject, mais ce qui perturbe une identité, un système, un ordre. Ce qui ne respecte pas les limites, les places, les règles. L'entre-deux, l'ambigu, le mixte. » (Kristeva, 1980, p. 13). Kristeva expose le besoin universel de l'humanité de construire des barrières, de délimiter les expériences afin d'être en mesure de les comprendre et de les gérer. Ce qui est ressenti comme sale et vile est donc hautement associé avec le besoin d'ériger des barrières étanches (solides). L'incertitude, les éléments qui n'appartiennent ni au-dedans, ni au dehors, déstabilisent le sens identitaire, parce que l'abject appartient aux deux côtés. L'abject est dès lors jamais complètement éludé. Il rappelle la fragilité de l'individu, intégrité qui peut être à tout moment menacée.

Il y a un prolongement de l'abject dans la construction sociale de l'homme. Lorsque le pont se crée entre l'abject inconscient grâce à l'acquisition du langage et, par le langage, le symbolisme, le concept s'étend (par l'apprentissage et l'éducation) pour inclure les limites érigées par les normes et les codes dont se dotent les cultures (les tabous, le sacré et les interdits) puis les sociétés (code de conduite, code civil, code criminel) afin de fonctionner. « L'excrément et ses équivalents (pourriture, infection, maladie, cadavre, etc.) représentent le danger venu de l'extérieur de l'identité : le moi menacé par le non-moi, la société menacée par son dehors, la vie par la mort. » (Kristeva, 1980, p. 76). L'objectif est toujours de se protéger ou de protéger la culture/société de menaces à l'identité et à l'intégrité, les menaces venues du dehors. « Le pont est ici jeté vers une autre logique de l'abjection : non plus souillure à exclure rituellement comme l'autre bord du sacré (social, culturel, propre), mais transgression par méconnaissance de la Loi. » (Kristeva, 1980, p. 92). Ces codes sont ultimement inclus dans les légiférations dont se dotent les sociétés et

balisent les transgressions de la loi. Il ne reste qu'un pas à franchir pour concevoir les codes de conduites de la profession infirmière comme un mécanisme de protection des infirmières de l'abject, soit être un sujet de l'abject (transgression du code de déontologie envers un patient – devenir une abjection) ou un objet de l'abject (être souillée par un patient ou l'environnement). Repris dans la perspective de Kristeva, différentes facettes du patient de psychiatrie légale peuvent susciter l'abjection. Au-delà de l'abjection associée à la représentation du malade ou du dangereux, c'est la rupture (ou le risque de rupture) du contrat social, la perturbation du système, de l'ordre de l'identité du soignant, et la peur et le dégoût qui en découlent, qui provoquent l'abjection. Acteur du soin, le soignant devient brisé, souillé, son identité est chamboulée, il n'est plus ni soignant, ni victime, mais dans un entre deux, indéfinissable, insaisissable. L'expression de sentiment irrévérencieux envers le patient, la transgression d'une barrière professionnelle, morale, identitaire, le stress causé par cette transgression appréhendée ou réelle, le STS à l'exercice de son rôle professionnel s'exprime alors.

Si l'abomination est la doublure de mon être symbolique, « je » suis donc hétérogène, pur et impur, et comme tel toujours potentiellement condamnable. Sujet, je le suis d'emblée à la persécution comme à la vengeance. L'engrenage infini des expulsions et des brimades, des séparations et de revanches abominables et inexorables, s'enclenche alors. Le système des abominations met en branle la machine de persécution où j'assume la place victimaire, pour justifier la purification qui me séparera de cette place comme de toute autre, de tous les autres. (Kristeva, 1980, p. 115)

La négociation identitaire, le combat incessant pour le maintien de notre intégrité, notre définition continuellement menacée, la distanciation du sujet de l'objet est précaire et fragile. À tout moment, le « je » peut devenir l'autre. Les mécanismes de préservation

prévalent afin de ne pas basculer dans le camp des victimes. Les discours sécurisent cette place.

Le pouvoir désormais est au discours lui-même, ou plutôt à l'acte de jugement exprimé par la parole et, de manière moins orthodoxe et beaucoup plus implicite, par tous les signes (poésie, peinture, musique, sculpture) qui en dépendent. (Kristeva, 1980, p. 134)

### *Discours et stigmatisation*

La stigmatisation d'un groupe d'individus marginalisés se produit lorsque ces derniers sont étiquetés comme menaçant ou dangereux dans le subconscient du groupe dominant (Kristeva, 1980). Le discours et ses dérivés (poésie, peinture, musique, sculpture mais aussi architecture, codes et procédures) illustrent de manière subtile ou non l'acte de jugement exprimé, la conception de l'abject. Des efforts importants, souvent inconscients, sont consentis au maintien du bon côté de la frontière. Le contact avec l'abject, même bref, peut suggérer à l'infirmière, même de manière symbolique, un bris dans son intégrité/identité (physique ou morale), qui peut la placer à risque d'être perçue ou de se percevoir, même pour un court instant, comme abject elle-même (Holmes et al., 2006). Holmes et al. (2006) énoncent, dans la foulée des travaux de Kristeva appliqués aux infirmières œuvrant auprès de clientèles marginalisées, que même des efforts conscients consentis à rejeter le discours dominant au profit du respect de code professionnel ou des valeurs professionnelles ne peuvent complètement effacer les traces laissées par l'abject dans le subconscient de l'infirmière.

Jacob et al. (2009) appliquent les mécanismes d'abjection de Kristeva au milieu de la psychiatrie légale. Ils identifient que la rencontre avec l'Autre renforce les normes socio-culturelles associées à l'image de l'être humain normal. L'image du monstre représente une source de contamination potentielle par ceux qui réussissent à maintenir un corps propre ainsi qu'un esprit raisonnable (sain). Le risque réel ou imaginaire de contamination explique le besoin des « normaux » de créer une distance sécuritaire (suffisamment) éloignée des monstres représentant ce qu'ils ne doivent pas devenir ou pire, ce qu'ils pourraient devenir un jour. La nature même de l'abject est de créer un sentiment de répulsion, rétractation, de l'objet abject, même si le sujet a été rigoureusement socialisé à une réponse inverse (Holmes et al., 2006). Pour Jacob et al. (2009), les situations abjectes sont dès lors non seulement des situations de perte de contrôle mais bien des situations à risque d'être exposées, d'être contaminées par l'objet abject. Une expérience d'abjection pourrait être décrite telle une expérience chaotique puisque le système ordonné, à travers lequel l'individu sécurise et maintient son intégrité, est menacé. En intégrant sur une base quotidienne l'abject, les infirmières de psychiatrie légale focalisent sur une interprétation rationnelle de cette expérience chaotique, laissant peu de place pour leur vécu émotionnel (Jacob et al., 2009). Ces auteurs soulignent l'importance de comprendre la manière dont la peur contribue au besoin d'autoprotection des infirmières lorsque confrontées avec l'abject. Nonobstant la présence d'une menace réelle ou perçue, l'abject est fréquemment évalué tel que requérant l'application d'intervention de protection; par conséquent, le combat pour le maintien de son intégrité

(identité) est souvent un motivateur intrinsèque à l'évaluation de la menace en contexte de psychiatrie légale (Jacob et al., 2009).

Kristeva rappelle que l'imagination d'une distinction entre les humains et les animaux (ou l'animalité) est un mécanisme utilisé depuis les peuples primitifs afin d'établir les limites du corps propre.

« L'abject nous confronte, d'une part, à ces états fragiles où l'homme erre dans le territoire de l'animal. Ainsi, par l'abjection, les sociétés primitives ont balisé une zone précise de leur culture pour la détacher du monde menaçant de l'animal ou l'animalité, imaginés comme des représentants du meurtre et du sexe. » (Kristeva, 1980, p. 21)

En psychiatrie légale, la représentation tels des monstres, des patients présentant des troubles mentaux et ayant commis des actes criminels, sert à sécuriser le processus de différenciation permettant aux individus « normaux » de créer un espace (physique, psychologique, moral) suffisant et sécuritaire d'avec l'anormal. Chez ces professionnels, la notion de sécurité est synonyme du besoin de créer une distance sécuritaire entre le professionnel et le patient (Jacob et al., 2009). « La puissance de la pollution n'est donc pas immanente à celle-ci, mais elle est proportionnelle à la puissance de l'interdit qui la pose. » (Kristeva, 1980, p. 75).

L'infirmière de nuit présentée dans le récit clinique de Montgomery (2014) traite la patiente de gorille, l'associant à un animal. La représentation que se fait l'infirmière est plus proche de l'animalité que de l'humanité. Bien que cette négociation avec l'abject n'ait pas été faite et présentée directement à la patiente (ce commentaire, entendu par la patiente, ayant été fait durant la nuit alors que les rideaux étaient fermés), elle est

néanmoins présente. On peut supposer que l'absence de lieu ouvert et sécuritaire pour discuter ouvertement de ces sentiments aversifs vécus par les infirmières dans certaines situations cliniques entraînent des commentaires de couloirs désobligeants en présence des patients tel qu'illustré dans la vignette clinique de Montgomery (2014). Compte-tenu que 1) de plus en plus d'écrits confirment la présence de l'abject et de l'abjection au sein de la profession infirmière, (Holmes et al., 2006; Jacob et al., 2009; Montgomery, 2014; Wiltshire & Parker, 1996), particulièrement auprès des clientèles stigmatisées comme celle de psychiatrie légale (Holmes et al., 2006; Jacob et al., 2009), et 2) qu'il est documenté que l'abject et l'abjection sont tus en soins infirmiers ou encore cachés derrière le mur de l'invulnérabilité du soi rationnel et autonome (Holmes et al., 2006) et 3) connaissant les impératives déontologiques des infirmières (Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec, L.R.Q., c. I-8, r. 9), je réitère la même question que Montgomery (2014) : que doit faire une infirmière lorsqu'un patient déclenche du dégoût et devient l'abject?

La réalité est que tous les êtres humains présentent des éléments abjects pour l'autre. La réponse se trouve dans la manière dont ces idéations sont présentées et gérées. Ces discussions sur l'abjection vont créer une image plus réaliste de l'endurance et de la discipline requise pour être une infirmière professionnelle (traduction libre) (Montgomery, 2014).

Reconnaître que les patients peuvent évoquer des sentiments de dégoût, de répulsion et de peur est fondamental si les infirmières en psychiatrie légale souhaitent comprendre comment ces sentiments teintent la relation thérapeutique (Jacob et al., 2009).

Les travaux de Kristeva illustrent la difficulté de soigner les patients de psychiatrie légale de manière éthique, les sentiments de peur et d'abjection étant susceptibles d'être

ressentis. Ces travaux permettent d'aborder sous un angle novateur les réactions du personnel envers des patients agresseurs, et ainsi de mieux comprendre les sentiments d'abjection et de peur que peut ressentir le personnel infirmier responsable de dispenser des soins psychiatriques à des patients ayant commis des actes de violence.

### **Éléments contextuels milieu psycho légal (Goffman et Foucault)**

Les éléments structurant du milieu psycho légal seront étayés par les travaux de Goffman (1968) et de Foucault (1975). Goffman (1968) a étudié les institutions psychiatriques qu'il a qualifié d'institutions totales. Dans son étude, il a analysé la manière dont le pouvoir opère dans ces milieux. La perspective microsociologique de Goffman est utile afin de décrire et analyser les relations sociales entre les infirmières (les soignantes-surveillantes) et les patients (les soignés-détenus). Cette perspective a déjà été utilisée afin d'analyser les relations sociales entre les employés en contexte de psychiatrie légale (Holmes, 2005; Seyer-Forget, 2020). Foucault offre quant à lui un angle d'analyse systémique du rôle des professionnels de la santé, dans le système de santé et ceux à son interface. Les travaux de Foucault ont, quant à eux, été repris par plusieurs chercheurs dans le domaine des soins infirmiers et dans la spécialité de la psychiatrie légale (Domingue et al., 2023; Holmes, 2005; Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes & Murray, 2011; Hörberg & Dahlberg, 2015; Johnson, 1998; Perron et al., 2005; Seyer-Forget et al., 2022).

#### *L'infirmière objet et sujet disciplinaire (Foucault)*

L'infirmière est à la fois un sujet disciplinaire et un objet disciplinaire selon les termes de Foucault (1975). « La profession infirmière joue un rôle à la fois macrosociologique, par son

rôle et son positionnement social dans le système de santé, et a un rôle dans une dynamique microsociologique, dans l'action individuelle de chaque infirmière sur la personne au centre de ses soins » (Seyer-Forget, 2020 p.35). En tant qu'objet disciplinaire, l'infirmière est formée selon un corpus de connaissances et, suivant la démonstration de l'intégration des valeurs de la profession infirmière et les compétences à réaliser les activités réservées de l'infirmière (Laflamme et al., 2016), elle est ensuite autorisée à rendre des soins et services infirmiers à la population. Elle est disciplinée à reproduire un rôle socio-professionnel selon des standards établis (au sein de la discipline des sciences infirmières) puis autorisée à exercer son rôle auprès des personnes sur le continuum de la vie et de la santé/maladie, de la naissance à la mort. En tant que professionnel de la santé, l'infirmière est un agent de l'état, gardienne du savoir-pouvoir du corps intelligible, une notion de Foucault (Foucault, 1975). Son rôle lui confère le pouvoir d'appliquer et de renforcer ce que Foucault appelle l'anatomo-politique, soit le pouvoir sur le corps. C'est à ce moment que l'infirmière devient un sujet disciplinaire qui a le pouvoir d'agir sur les corps-objets. Le pouvoir disciplinaire s'exerce par des « méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité » (Foucault, 1975, p.161). « [L]'infirmière contribue aux visées des politiques socio-sanitaires gouvernementales en réalisant une observation hiérarchique, en effectuant des sanctions normalisatrices et en conduisant des examens » (Seyer-Forget, 2020 p.39). Elle exerce dans des institutions psychiatriques, lieu de détention des personnes à l'esprit malade, afin de leur permettre de recouvrer la raison et leur autonomie citoyenne pleine et entière.

Auprès de patients de psychiatrie légale, l'infirmière est autorisée à appliquer les techniques qui permettront de redresser l'esprit déviant du malade et d'éliminer les comportements perturbateurs associés à l'esprit malade. Pour ce faire, elle utilise même le pouvoir pastoral, par l'entremise de la relation thérapeutique et de la rencontre intersubjective entre le patient et elle-même, afin de mieux comprendre le patient et le forcer à se conformer. Dans l'appareil panoptique du centre psychiatrique, le rôle objet/sujet de l'infirmière est à nouveau illustré. Elle observe et catégorise les comportements des patients sous sa responsabilité mais elle est aussi soumise elle-même à une surveillance intensive afin de s'assurer qu'elle utilise les bonnes pratiques cliniques, au bon moment et selon les durées prédéterminées, en conformité avec les mécanismes de fonctionnement de l'institution. En milieu psycho légal sécuritaire, la machine panoptique s'assure que l'infirmière respecte les procédures sécuritaires préconisées auprès du patient considéré dangereux.

En psychiatrie légale, lieu de soins sous la contrainte, la relation entre le professionnel et le patient n'est pas engagée sur une base égalitaire puisqu'à tout moment, le professionnel peut invoquer la perte de raison et la dangerosité associée afin d'actualiser les soins sous contrainte. Au lieu de s'assurer que les soins prodigués sont sécuritaires pour le patient, l'infirmière évalue systématiquement la situation de soins en fonction de sa propre sécurité et celle d'autrui, se demandant si c'est sécuritaire pour elle de soigner le patient. D'un point de vue macrosociologique, l'allégeance de l'infirmière est divisée entre les impératifs du système de santé et ceux du système de justice, suscitant des allégeances tripartites (infirmière-patient / infirmière-système de santé / infirmière-système de justice). Alors que les principes des soins infirmiers

d'évaluation clinique et de prises de décisions continuent systématiquement à être réfléchis dans une approche binaire (infirmière/patient; risque/pas de risque), l'infirmière (de psychiatrie légale) se retrouve démunie en clinique face aux exigences de prise en charge de cette réalité tripartite (infirmière/patient/autrui; visée thérapeutique/visée éthique : autonomie/visée sécuritaire). « Dans sa manière de prendre des décisions à l'égard des soins qu'il propose au patient, le clinicien en psychiatrie légale évalue non seulement les intérêts et les besoins de son patient mais aussi ceux liés à la sécurité du public » (Seyer-Forget, 2020 p.25). Les besoins et intérêts du patient sont en confrontation continue avec ceux de la société, une approche intégrée n'ayant pas été conceptualisée encore dans les milieux de soins.

### *Institution totale (Goffman)*

Les établissements qui soignent des patients dans un contexte de psychiatrie légale rencontrent les critères des institutions totales selon Goffman (1968). Ce sont des « établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire » (Goffman, 1968, p.46). Le caractère total de ces institutions s'identifie par différentes procédures utilisées pour assurer le « bon » fonctionnement de l'établissement. Ces procédures ont pour objectif la perte de l'identité importée au profit de l'identité domestique de l'établissement (ici l'identité de patient psychiatrique) et s'identifient par le recours à différentes techniques de mortifications et de dépersonnalisation chez la personne. Le passage en institutions totales laisse des meurtrissures profondes sur l'identité des personnes qui leur sont confiées. « Le vécu subjectif de la personne, les interactions entre

l'environnement et les interventions des soignants sur la personne et son vécu, l'évaluation de l'impact réel des gestes, des procédures et des mécanismes en place sont occultés dans des institutions totales » (Seyer-Forget, 2020 p.46).

Différentes techniques de mortification sont utilisées tel que l'isolement, les cérémonies (procédures) d'admission, le dépouillement, la dégradation de l'image de soi, la contamination physique et morale. Ces techniques visent à profaner la personnalité. En ce sens, elles servent à réécrire le script de la subjectivité de la personne, assurant une réassignation des limites/frontières entre le groupe dominant (le personnel d'encadrement) et le groupe dominé (les reclus) dans l'institution totale. L'attribution de noms est notée dans les travaux de Goffman (1968) afin de dégrader l'image de soi des pensionnaires dans des institutions totales (détenus, patients). Cette technique a été relevée par Holmes (2005) chez des infirmières œuvrant dans des milieux de psychiatrie légale qui dépeignaient fréquemment leurs patients comme pervers, dangereux ou monstrueux. Tel que mentionné précédemment dans les travaux sur l'abject, cette attribution négative entraîne une distanciation psychologique entre l'infirmière et le patient, ce qui facilite ensuite l'adoption d'un rôle d'agent de contrôle (gardienne de prison) qui leur est demandé dans ce type de milieux psycho légaux sécuritaires (tel que les milieux correctionnels). Il a été illustré dans des travaux antérieurs, que les techniques de mortifications affectent

[L]a personnalité et les schèmes de références de la personne sont ébranlés, sa vision d'elle-même et de son entourage se modifient progressivement. La composition de la personnalité de la personne se manifestant par son réseau social, ses rôles sociaux, sa projection externe de son image identitaire et son schème identitaire interne seront transformés (Seyer-Forget, 2020 p.43)

La manière dont les institutions de santé mentale, exemple d'institution totale, taisent certains sentiments, certaines pratiques, groupes ou discours, tel que le discours des soins infirmiers dans le milieu afin de préserver les barrières érigées pour contenir la peur et l'abjection que génèrent ses patients, illustre une tension évidente entre la mission conférée par la société à ces établissements et la réalité du vécu du personnel œuvrant auprès de ces patients. L'acculturation forcée du personnel infirmier, l'adoption des rôles, de l'identité et du discours imprégné par la culture de l'institution totale, peuvent être associées à des mécanismes de protection du soi, du personnel soignant, contre les conséquences jugées catastrophiques de l'abject. Ces techniques appliquées dans un but de « bon » fonctionnement de l'établissement, par des personnes ayant, en centre hospitalier, réellement de bonnes intentions, ont néanmoins des conséquences graves et mêmes traumatiques pour les personnes les subissant. Recourir aux travaux de Goffman permet donc d'illustrer la manière dont le contexte peut être traumatique pour les infirmières de milieux psycho légaux qui sont autant sujet qu'objet de pouvoir en institution totale.

Ces dimensions du pouvoir serviront à analyser les relations et la nature du pouvoir dans le vécu phénoménologique des infirmières au moment d'administrer des soins au patient agresseur. Visiter la réalité du personnel infirmier ancré dans le paradigme de la théorie critique et à travers les travaux de Foucault (1975) et Goffman (1968) permet de proposer une alternative à la manière de concevoir la réalité des participants dans un milieu de psychiatrie légale. Ils serviront ensuite à analyser les relations et la nature du

pouvoir dans le vécu phénoménologique des infirmières au moment d'administrer des soins au patient agresseur.

### **Évaluation de la menace et stratégies d'adaptation (Lazarus et Folkman)**

Ce ne sont pas toutes les personnes exposées à du STS dans l'exercice de leurs fonctions de soignant qui vivront un syndrome de STS. Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) seront quant à eux utilisés afin d'étayer l'évaluation de la menace faite par les infirmières au moment de prodiguer des soins aux patients agresseurs et expliquer les mécanismes d'adaptation (coping) utilisés. Une représentation du modèle transactionnel du stress, coping et adaptation est présentée en annexe 5. Le domaine des stratégies d'adaptation (coping) et certains concepts apparentés (auto-contrôle, locus de contrôle) sont ensuite très brièvement présentés dans cette section.

Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) se situent dans la perspective transactionnelle du stress et adaptation et sur une assise constructiviste des émotions. Pour eux le concept de l'émotion est multidimensionnelle : son expression (ce que la personne montre de ces émotions); ses réactions biophysiques (l'activation du système nerveux et du(des) systèmes du corps : respiration et fonction cardiaque activées, sueur, poussée d'adrénaline), ses réactions comportementales (son action face au stimulus), l'évaluation cognitive que la personne fait du stimulus (qui est interprété tel une menace perçue ou non) et l'expérience subjective (ce que la personne pense ressentir ou dit ressentir). Pour Lazarus et Folkman, les émotions se situent dans l'évaluation cognitive de leur théorie stress (stimulus), évaluation cognitive (primaire puis secondaire), et

utilisation de stratégies d'adaptation (coping) qui s'inscrivent dans une succession d'évaluation/réévaluation (subjective) de la situation, de la menace perçue (en fonction des codes sociaux et des normes édictées au sein d'un groupe), des ressources disponibles pour y faire face et des stratégies déployées pour faire face au stimulus qui est perçu tel une menace. Dans leur perspective transactionnelle entre l'individu et son environnement, une réaction émotionnelle n'est pas innée de manière absolue (comme dans les perspectives positivistes tel que celles de Darwin) mais résulte des évaluations subjectives (souvent automatiques et inconscientes) qui déclenchent une réaction plutôt qu'une autre. Le traitement de la situation se réalise ainsi dans cette perspective (Nugier, 2009) :

1. La personne perçoit un changement dans l'environnement (stimulus/stress) qu'elle considère suffisamment important pour qu'elle accorde son attention et prenne le temps de traiter la situation (la situation pertinente) ;
2. Elle procède à une évaluation cognitive (*appraisal*), de manière volontaire ou non, afin de tenter d'identifier la cause et les conséquences de la situation captée dans son environnement (sur elle-même physiquement, psychologiquement, socialement) ;
3. Elle évalue aussi si elle est capable de faire face à cette situation et à ses conséquences c'est-à-dire si elle dispose des ressources internes et externes pour maîtriser la situation et sa capacité perçue de maîtriser la situation (capacité de maîtriser) ;

4. Elle évalue la conformité du stimulus/stress/situation avec des standards externes (ex. normes/codes socioprofessionnels) ou internes (valeur, aspiration et idéal du soi) (la signification).

Dans cette perspective, l'évaluation cognitive et l'interprétation associées sont au cœur du déclenchement de l'émotion. Les codes socioprofessionnels édictent aussi la manière attendue de maîtriser la situation par exemple, les attentes envers un homme/femme, envers une infirmière/médecin, envers un professionnel du domaine de la santé mentale/un membre du public/un membre des forces de l'ordre, envers un jeune enfant/une personne atteinte d'un trouble de santé mentale. Lazarus et Folkman (1984) prônent que les stratégies d'adaptation doivent être étudiées par tranches de temps afin que des changements puissent être observés dans ce qui est pensé, ressenti et fait, au fur et à mesure que les exigences et les appréciations de l'interaction changent. C'est cette succession de transactions (d'évaluations cognitives) qui expliquent qu'un même événement peut entraîner l'apparition de menace perçue ou d'une signification différente et le déclenchement de réactions différentes et d'émotions différentes (exprimées et ressenties) d'une personne à l'autre.

Le domaine des stratégies d'adaptation (coping) a pris naissance dans les mécanismes de défense et a Freud pour fondateur qui a ensuite été consolidé et développé davantage par Anna Freud, sa fille (Carducci, 2020). Ces psychanalystes ont conceptualisé plusieurs mécanismes de défense qui sont disponibles en annexe 6. Les chercheurs qui ont suivi leurs traces ont développé plus avant les concepts de mécanismes de défenses

adaptés (sains) et mésadaptés (pathologiques) (Carducci, 2020). Toujours selon l'encyclopédie Wiley de la personnalité et des différences individuelles (Carducci, 2020), le domaine de l'adaptation c'est graduellement dissocié du domaine des mécanismes de défense. Les réponses d'adaptation ont évolué pour devenir un domaine de recherche distinct axé sur les comportements conscients pour faire face à des situations bouleversantes et stressantes. Les premiers chercheurs sur l'adaptation ont distingué les stratégies d'adaptation axées sur les émotions (qui aident à réguler les émotions générées par un stimulus) et celles axées sur le problème (qui aident à résoudre ou réduire les effets/stress/stimulus d'une situation) puis celles axées sur l'évitement (qui aident à se distraire des situations stressante). Ces trois catégories continuent d'être pertinentes encore aujourd'hui. Différentes stratégies ont été étudiées et élaborées dans la catégorie des stratégies axées sur le problème (adaptation active, planification, suppression des activités concurrentes) et celles axées sur les émotions (recherche d'un soutien social/émotionnel, réinterprétation positive, acceptation, déni). Des stratégies non adaptatives existent aussi telles que l'évacuation des émotions (ventiler), désengagement comportemental et désengagement mental.

L'auto contrôle réfère à la régulation volontaire des pulsions et des tentations qui interfèrent avec nos objectifs à long terme (Carducci, 2020). Il est reconnu que sans une sorte de mécanisme pour résister aux impulsions naturelles ou primitives, la coopération en groupe et le développement d'une culture seraient impossible. L'auto-régulation est un processus psychologique dans lequel la personne modifie ses comportements et ses pensées afin d'atteindre ses objectifs. Cette aptitude est caractérisée par un contrôle

volontaire et les efforts déployés pour atteindre ce niveau de contrôle. Les antécédents à l'auto-régulation sont 1) d'être conscient de ses actions et pensées et 2) d'avoir la capacité de contrôler et changer ses dernières (pensées et actions) en présence d'influences externes, internes et environnementale.

Le locus de contrôle peut être interne ou externe et se définit telle la croyance que ses actions personnelles seront efficaces afin de contrôler ou maîtriser son environnement. Le locus interne est intrinsèque à la personne, la personne croit que les événements positifs et négatifs sont reliés à ses comportements et actions, alors que le locus externe est tributaire des actions d'autrui ou lié au destin ou la chance, en dehors du contrôle de la personne. Le locus de contrôle a des liens avec d'autres concepts dont le concept d'adaptation et le concept d'impuissance acquise. Le modèle transactionnel développé par Lazarus et Folkman (1984, cité dans (Carducci, 2020)) suggère que le locus de contrôle est un facteur modérateur dans le processus de stress-adaptation et les réponses de stress menant à une détérioration de la santé.

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) (stress, évaluation cognitive de la menace et recours à une stratégie d'adaptation) campe clairement la complexité et les nuances du vécu traumatique par le personnel infirmier en milieu psychosocial sécuritaire. Les allers-retours fréquents entre l'infirmière et son environnement, et l'évaluation qu'elle en fait, illustrent particulièrement l'acquisition vicariante du stress traumatique secondaire au moment de l'exposition de l'infirmière aux éléments qui constituent son environnement (caractéristiques de l'institution totale, exposition aux

récits des événements d'agression sur les collègues, interdépendance de l'infirmière avec ses collègues [règles officielles et celles tacites], intégration des différents axes encadrant sa pratique clinique tel que le code de déontologie et les lois régissant le milieu de soins, les différentes postures de l'infirmière dans le milieu tel un sujet mais aussi un objet de pouvoir, etc.). Cet entrelacs de relations de pouvoir de l'infirmière et son environnement influence la lecture que l'infirmière fait de la menace et du risque que cela représente pour elle, physiquement ou professionnellement. Cette perspective permet d'analyser le vécu phénoménologique des infirmières en milieu psycho légal et d'illustrer la complexité du système dans lequel elles évoluent et les subtilités de leur vécu individuel et collectif.

La réunion de ces auteurs permet d'offrir une perspective riche et nuancée du milieu psycho légal, un environnement complexe et contraignant, à la jonction de plusieurs vies et réalités. Cette approche est innovante dans le domaine des connaissances du STS et de la discipline infirmière afin de documenter le vécu des infirmières au moment d'administrer des soins aux patients agresseurs.

## **Chapitre 4 : Considérations méthodologiques**

Cette recherche qualitative phénoménologique s'intéresse au vécu et à l'expérience de l'infirmière au moment de décider d'administrer des soins à un patient ayant commis une agression sur une tierce personne (un collègue) dans un contexte canadien de psychiatrie légale. Une perspective qualitative a été retenue pour cette recherche afin d'explorer et de documenter le vécu du personnel infirmier quant au stress traumatique secondaire et son impact sur la qualité des soins offerts aux patients agresseurs. Le type de devis retenu est l'analyse interprétative phénoménologique (AIP).

### **Devis de recherche**

L'AIP est un devis de recherche qualitatif assez récent, issu du domaine de la psychologie, qui a connu un essor important dans les domaines des sciences humaines, des sciences sociales et des sciences de la santé (Larkin et al., 2006; Smith et al., 2009). De Heidegger, l'AIP adopte une conception de la personne et du monde (ontologique) comme étant socialement et historiquement représentative et contextualisée (Eatough & Smith, 2017). L'AIP est une approche qui se consacre à l'exploration détaillée de l'expérience vécue par la personne et du sens que la personne attribue à son expérience. À cet égard, la méthodologie axée sur l'expérience psychologique de l'AIP est ancrée dans le courant philosophique de la phénoménologie (Smith & Osborn, 2015). Son objet principal de recherche passe donc par l'examen minutieux, détaillé et en profondeur de l'expérience telle que vécue, perçue et significative pour le participant (Smith & Osborn, 2015). Une critique adressée à l'AIP est sa vision étroite et réductrice de l'expérience du sujet, un

sujet cohérent et autonome, qui ne questionne pas le contexte (le « comment ») de son expérience sur sa description qu'il en fait (Murray & Holmes, 2014). Murray et Holmes (2014) suggèrent d'amener l'AIP dans un cadre beaucoup plus radical, un cadre critique qui considère aussi la manière dont le sujet est construit et le contexte dans lequel le sujet apparaît, et de ce fait, proposent de déplacer la lecture éthique du sujet autonome vers une éthique critique du corps-vécu.

Le paradigme de la théorie critique (Guba & Lincoln, 1994) a été retenu pour cette recherche. Ce paradigme s'aligne avec cette réalité subjective importante du STS chez les infirmières. Il permet d'étudier leur vécu émotionnel par une approche dialectique. Cette recherche se distance donc de la prémisse d'une réalité objective, du positivisme et du postpositivisme, et s'ancre dans une perspective de vérité subjective, contextuelle et multidimensionnelle. Cette approche ne vise pas à identifier une vérité unique et universelle, mais à éclairer la perspective des infirmières de psychiatrie légale qui administrent des soins dans un contexte de forces politiques, éthiques, légales et scientifiques où le discours binaire (acceptable/inacceptable, bénéfique/non-bénéfique) est prédominant. L'AIP adjoint à un cadre critique peut éclairer les caractéristiques de l'administration des soins éthiques aux patients agresseurs. Corneau et al. (2017), ont déjà utilisé l'AIP dans un contexte similaire, afin d'entendre la voix de vingt-et-un(e) infirmier(ère)s dans leur expérience de recourir aux contentions mécaniques auprès des patients en psychiatrie dans un hôpital universitaire canadien. Cette recherche apporte un éclairage sur le vécu émotionnel et les défis organisationnels que rencontrent les infirmières au moment de recourir à cette intervention (la contention mécanique) faisant

l'objet de nombreuses controverses éthiques. La description riche et détaillée fournie par l'influence phénoménologique de l'AIP est toute désignée pour analyser et interpréter les éléments contextuels que l'infirmière vit et subit alors qu'elle est confrontée régulièrement au phénomène du STS dans son milieu de pratique. La prise de conscience des forces en présence chez les infirmières de psychiatrie légale peut permettre la mise en place d'actions et de discours qui viennent à leur tour influencer leur réalité professionnelle et la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients agresseurs. L'objectif sera atteint en exposant les effets du STS sur le personnel infirmier et sur la qualité des soins offerts aux agresseurs.

### **Milieu d'étude**

L'étude s'est déroulée dans un établissement canadien de psychiatrie légale de sécurité maximum. L'hôpital a accepté de participer au projet de recherche et le projet a reçu le soutien plein et entier de la Direction des soins infirmiers soucieuse des conséquences du STS dans le milieu tant pour leur clientèle que leurs employés. Le milieu d'étude est un grand hôpital universitaire urbain de 295 lits offrant des soins psycho légaux à des patients psychiatriques en phase aigüe. L'établissement offre uniquement des soins dans un contexte de sécurité maximum et reçoit des patients prévenus-détenus, détenus de prisons provinciales et fédérales, détenus via une ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal administratif de la province où se déroule la recherche, ainsi que des patients non judiciairisés du réseau de la santé. L'évaluation de la dangerosité et

du risque que présentent les patients comporte un double volet, soit le volet légal et le volet clinique.

### **Critères d'éligibilité**

Les critères d'éligibilité pour les infirmières participantes à cette recherche sont 1) d'avoir été témoins ou d'avoir entendu parler d'agression sur un (des) collègues(s) de travail, à l'Institut ou dans tout autre établissement de soins ou de services sociaux et 2) de vouloir partager son expérience, comme soignants(es), de la prise en charge des personnes responsables de ces agressions. Dans une approche phénoménologique, il est essentiel d'identifier les participants ayant vécu les situations à l'étude et qui sont capables d'en parler (Roulston, 2010). Des explications téléphoniques ont été offertes à chaque participants(es) répondant à l'invitation afin de 1) confirmer les critères de sélection, 2) répondre à leurs questions et 3) d'éclairer leur décision de participer ou non à l'entrevue.

### **Recrutement et échantillon**

Le recrutement s'est fait par affiche (voir affiche en annexe 7) dans l'établissement. Un échantillonnage de convenance a été utilisé et entre 20 et 25 participants devaient être recrutés. Il était anticipé que l'échantillon proposé permettrait d'atteindre la saturation des données; dans le cas contraire, le recrutement de participant(e)s se serait poursuivi jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte. D'autre part, pour des raisons éthiques, aucun participant volontaire rencontrant les critères n'a été refusé. Douze (12) entrevues ont été réalisées et la saturation des données a été atteinte.

### **Collecte de données**

La collecte de donnée a compris [1] des entrevues semi-dirigées d'une durée d'environ soixante (60) minutes réalisées par le chercheur principal (Dave Holmes) et [2] le recensement et l'analyse des documents institutionnels référant aux politiques et procédures balisant le soutien au personnel et aux patients après une agression. Les participants ont pu s'exprimer librement, en français ou en anglais, et leurs questions ont été clarifiées in situ. Un échantillon du questionnaire d'entrevue est disponible en annexe 8. Un questionnaire socio-démographique a aussi été distribué avant chaque entrevue afin d'obtenir une vue d'ensemble des caractéristiques des participants. Les entrevues se sont déroulées dans une pièce fermée (bureau du Pr. Holmes) à l'extérieur des unités de soins où seul l'intervieweur (Pr. Dave Holmes, chercheur principal) et le participant étaient présents. Certaines entrevues se sont déroulées à l'extérieur de l'établissement, en respect de la demande des participants. La nature de l'étude étant sensible, un climat de confiance absolue était requis afin de susciter un échange profond, détaillé et sincère. La création d'un climat ouvert à la confiance et détendu, un lieu sécuritaire pour s'exprimer librement a été primordial (Smith & Osborn, 2015). Il a été décidé que Pr. Holmes conduirait les entrevues avec les participant(e)s afin de préserver au maximum le processus de neutralité de la collecte de données compte-tenu que j'avais un double rôle auprès des infirmières dans l'établissement soit celui de chercheure et de conseillère-cadre à la DSI et que je détenais une autorité fonctionnelle sur les infirmières en plus de surveiller et renforcer les standards de la pratique infirmière dans l'établissement. Cela a de plus été une exigence du comité d'éthique à la recherche (CÉR) de l'établissement. Le but de la collecte de données a été de mieux comprendre la réalité quotidienne des

participants, et la manière dont ils vivaient leur relation avec l'environnement, leur corps et le corps des autres personnes avec qui ils étaient en interactions lorsqu'ils prodiguaient des soins à des patients venant de commettre une agression contre des tierces personnes. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. Le formulaire de consentement est disponible en annexe 9.

### **Analyse des données**

Les principes d'analyse de Smith et Osborn (2015) ont été utilisés de concert avec les six (6) étapes d'analyse proposées par Smith et al. (Smith et al., 2009) afin de structurer l'analyse. L'analyse ne fut pas seulement une analyse de premier niveau ou une simple analyse descriptive; elle a été une interprétation réalisée au niveau conceptuel qui a mis en relation la description initiale du phénomène par le participant avec le contexte social et culturel, et même le contexte théorique (Larkin et al., 2006). Le défi herméneutique a été de comprendre le vécu du participant non pas avec une perspective rationnelle cartésienne abstraite mais comme un sujet complexe dans une perspective constructiviste, à la fois sujet et objet dans l'espace. L'environnement de sécurité maximum pour une clientèle de psychiatrie légale est tributaire d'une réalité qui lui est propre. Des études ont démontré que l'environnement a un impact sur l'infirmière et sur sa capacité à prodiguer des soins aux patients selon les standards requis par la profession (Holmes et al., 2007; Holmes & Jacob, 2012). La logique binaire de l'autonomie est inefficace dans une conception de la violence inscrite dans l'*embodiment*, le vécu subjectif des corps en interaction avec un environnement et leur intersubjectivité : la violence « tout court »

n'existe pas et doit nécessairement être contextualisée (Staudigl, 2013, p. 56). L'exercice phénoménologique de la compréhension de la violence tient compte à la fois du vécu des victimes en perte de sens, du vécu de l'auteur de violence en quête de sens et de l'expérience des témoins, spectateurs, juges, cliniciens en quête d'attribution de sens à la violence. Le rôle de l'infirmière en psychiatrie légale est à la jonction de ces vécus. Le vécu intersubjectif et le sentiment de sécurité sont des enjeux importants dans le soin aux patients présentant de l'agression et de la violence (Lindsey, 2009; Perron et al., 2015). Ce fut au niveau du corps-vécu que les relations éthiques, les comportements et l'attribution du sens ont été étudiés. Le processus d'analyse de l'AIP est inductif, c'est-à-dire que le processus d'analyse s'effectue à partir des descriptions et des observations captées dans les propos de chaque participant pour ensuite émettre une proposition qui en rend compte. L'AIP était un choix méthodologique cohérent avec la nature transactionnelle et subjective de la recherche critique qui a requis un dialogue entre le chercheur et le sujet en investigation.

### **Critères de rigueur**

Dans cette étude, le protocole de recherche prévoyait que la rigueur serait articulée en termes de fiabilité (stabilité des données dans le temps et dans les conditions d'analyse), corroboration (neutralité et objectivité relative) et transférabilité (description riche et détaillée du contexte et des caractéristiques des participants/vécus, résonance du vécu dans celui des autres personnes) tel que préconisés par Lincoln et Guba (Lincoln & Guba, 1985, 1986) (Holmes et al., 2019). Des stratégies de vérification des résultats tels que la vérification par les autres membres de l'équipe de recherche (fiabilité : analyse des

transcriptions comparées entre chercheurs et schème de codage réfléchi en équipe), et la tenue d'un journal de bord (corroboration) disponible pour audit ont été utilisées (Morse, 2018). J'ai ajouté aux critères de rigueur prévus au protocole celui de la réflexivité (fiabilité, corroboration) (Lincoln & Guba, 1985, 1986). La réflexivité est une posture où l'on s'arrête volontairement afin de réfléchir sur les actions (voir, penser, se souvenir, souhaiter) expérimentées au cours d'un événement par la personne (Smith et al., 2009) et en dériver un sens pour la personne. La démarche de réflexivité permet de démontrer le lien clair entre les principes prônés et leur application en plus de faire le pont entre les critères de rigueur méthodologiques et l'éthique de la recherche qui transcendent les étapes méthodologiques. La tenue d'un journal réflexif permet de démontrer son application. Par ailleurs, vous trouverez en annexe 10 une réflexion permettant de me situer, comme chercheure, en regard de mon intérêt de recherche et du protocole préétabli auquel je me suis greffée.

### **Dimensions éthiques**

Ici sont reprises les considérations éthiques prévues au protocole de recherche (Holmes et al., 2019). Ainsi, les approbations éthiques du comité d'éthique en recherche de l'INPL Philippe-Pinel (annexe 11) et de l'Université d'Ottawa (annexe 12) ont été obtenues. Un code alphanumérique (ex. P-01) a été attribué à chaque participant afin de préserver l'anonymat et la confidentialité. Chaque participant a reçu une lettre d'information, un formulaire de consentement et un questionnaire pour les données sociodémographiques. Le consentement, libre et éclairé, a été obtenu auprès de chaque participant avant l'entrevue (dont la permission pour enregistrer l'entrevue). Les données électroniques sont

conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données sur papier (ex. questionnaire sociodémographique) sont conservées dans un classeur verrouillé au Centre de recherche de l'INPL et une copie est aussi gardée dans les espaces sécurisés de la Chaire de recherche du Prof. Holmes à l'Université d'Ottawa. Les données seront conservées en conformité avec les politiques de chaque comité d'éthique.

Le travail du personnel infirmier est reconnu pour être modulé en fonction des demandes institutionnelles en milieu sécuritaire et les infirmières se retrouvent régulièrement en porte-à-faux entre leurs obligations éthiques et l'environnement complexe de ces milieux (Perron et al., 2014). Les stratégies utilisées pour assurer les soins aux patients agresseurs peuvent être un sujet sensible pour l'infirmière qui en plus de partager une expérience potentiellement chargée émotionnellement peut avoir peur d'être jugée pour la qualité de sa pratique (Lee & Renzetti, 1990). De plus, il est difficile en milieu sécuritaire de détacher le contenu personnel (émotions, intuition, sens, valeurs et jugement) du domaine professionnel ce qui implique qu'une infirmière dans ce milieu est encouragée à dévoiler du contenu hautement personnel dans le cadre d'une discussion sur sa pratique professionnelle (Perron et al., 2014). Le bien-être des participants pour lesquels le partage des expériences de violence dans leur rôle professionnel peut susciter un vécu émotionnel chargé fut au cœur de nos préoccupations. Chaque participant a été informé des services du Programme d'aide aux employés offert par l'établissement où s'est déroulée la recherche, disponibles gratuitement et confidentiellement.

Un élément éthique additionnel à envisager est que cette approche peut générer des sensibilités [voir aussi recherche sensible (Lee & Renzetti, 1990)] si le cadre théorique choisi est peu conventionnel ou éloigné de la zone de confort ou de compréhension des instances (participants, direction du centre hospitalier où se déroule la recherche) qui supportent la recherche. De trop grandes tensions au moment de la publication des résultats, par exemple par la mise en lumière de pratiques organisationnelles défaillantes ou des non-dits, peuvent impacter les participants aux prises avec le phénomène et possiblement leur porter préjudice. L'acceptabilité des résultats par la direction de l'établissement fut donc un enjeu important puisque l'objectif était d'assurer la prise en charge des changements requis par la direction, d'autant plus que la Direction des soins infirmiers commandait cette recherche depuis plusieurs années et que les attentes étaient élevées en regard du bien-être des employés et de la qualité des soins. L'acceptabilité des résultats a dû être considérée aussi d'un point de vue des participants. L'engagement découlant de l'implication dans la recherche et l'activation émotionnelle associée ont été réfléchis non seulement en termes de prise en charge et de prendre soin du vécu traumatique mais aussi en termes d'attente (de solutions ou d'actions) découlant de ces efforts.

## Chapitre 5 : Résultats

Le vécu phénoménologique des infirmiers et infirmières partagés par les participants de cette étude peut être regroupé sous trois catégories soit les éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire, l'agression et ses conséquences et les stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression. La catégorie « 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire » regroupe les thèmes omniprésence de la violence et du risque, entre opposition et intégration de la sécurité, posture professionnelle périlleuse. La catégorie « 5.2 L'agression et ses conséquences » présente les caractéristiques de l'agression qui impactent le vécu phénoménologique des infirmières et la qualité des soins aux patients agresseurs, puis les conséquences primaires et secondaires des agressions sur l'infirmière, sur la relation thérapeutique et sur la qualité des soins que l'infirmière est en mesure de prodiguer. Finalement, dans la troisième catégorie (5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression) sont regroupées les stratégies déployées dans

<b>5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire</b>
5.1.1 Omniprésence de la violence et du risque
5.1.2 Entre opposition et intégration de la sécurité et du soin
5.1.3 Posture professionnelle périlleuse
<b>5.2 L'agression et ses conséquences</b>
5.2.1 Caractéristiques de l'agression
5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues
5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique
5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins
<b>5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression</b>
5.3.1 Axées sur la rationalisation
5.3.2 Axées sur l'action
5.3.3 Axées sur les émotions
5.3.4 Axées sur le système
5.3.5 Dommages collatéraux

Figure 2. Catégories et thèmes

le milieu pour gérer les conséquences de l'agression sur l'infirmière elle-même et sa sur pratique. Ces stratégies se déclinent en différents thèmes soit les stratégies axées

sur la rationalisation, sur l'action, sur les émotions d'autrui, sur ses propres émotions et

sur le système. En dernier lieu, les dommages collatéraux (sur l'infirmière) du recours à ces stratégies d'adaptation sont présentés. Les catégories et les thèmes sont présentés dans la figure 2 ci-haut.

### 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire

L'omniprésence de la violence et du risque, entre opposition et intégration de la sécurité et du soin et posture professionnelle périlleuse sont les thèmes qui composent la première catégorie, tel qu'identifiés dans le vécu phénoménologique des participantes de cette étude. Ces thèmes ont été réunis sous la catégorie éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire. Les infirmières participantes à cette étude expliquent comment elles doivent adapter leur approche en fonction des exigences du milieu. Elles partagent aussi les difficultés associées à l'actualisation de leur rôle et les répercussions sur les soins infirmiers qu'elles donnent. Leur posture professionnelle est périlleuse, étant tantôt

5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire	
5.1.1	Omniprésence de la violence et du risque
5.1.2	Entre opposition et intégration de la sécurité et du soin <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraves et bénéfiques</li> <li>• Zone de tensions et d'oppositions</li> <li>• Vers une intégration de la sécurité et du soin</li> </ul>
5.1.3	Posture professionnelle périlleuse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnue</li> <li>• Surveillée</li> <li>• Isolée</li> <li>• Ridiculisée</li> <li>• Menacée</li> <li>• Allégeances tiraillées et zones de conflits</li> </ul>

Figure 3. Catégorie 1 : Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire

reconnue mais le plus souvent étant vécue comme surveillée, isolée, ridiculisée, menacée, une posture aux prises avec des allégeances tiraillées et des zones de conflits latents. La catégorie un (1) avec ses thèmes et sous-thèmes sont présentés dans le tableau ci-joint.

### 5.1.1 Omniprésence de la violence et du risque

Certaines participantes ont été témoin d'agression sur des collègues tandis que d'autres n'ont jamais été témoin directement d'une agression sur un collègue. L'infirmière #5 dit : « Oui, [j'ai vu des gens qui ont été agressés], oui, beaucoup. » (Inf 5 ligne 159) alors que les infirmières #7 et #12 confient : « Oui [j'ai déjà vu quelqu'un être agressé physiquement à l'unité où je travaille], [à] de multiples reprises, autant les intervenants que les patients. » (Inf 7 ligne 89) ; « Oui [j'ai été témoin d'une agression sur un collègue]. C'était spécifique, c'est dernièrement en plus. (...) Il a reçu des coups au niveau du visage. » (Inf 12 ligne 9). Les infirmières apprennent la survenue des agression vécues par des collègues dans l'établissement à travers le récit des agressions, le témoignage des victimes agressées et celui des soignants présents au moment des faits. L'infirmière #2 confie : « Moi je n'ai pas été témoin de l'agression. (...) Mais je m'en suis fait parler » (Inf 2 ligne 122). L'infirmier #9 explique :

Je n'ai pas été témoin d'assaut physique depuis que je suis arrivé ici. Je n'en ai pas vécu, mais effectivement, sur l'unité en mon absence, des journées que je n'étais pas là, il y a des gens qui ont été agressés sur d'autres unités. (Inf 9 ligne 208-210).

L'infirmière #3 explique avoir vécu une exposition directe et indirecte à la violence des patients :

J'ai été témoin d'agression, j'ai été témoin de voir des blessures à la suite d'une agression parce que ce n'était pas sur mon quart de travail, on m'a appelé en urgence pour rentrer, j'ai vu les blessures du collègue de travail avant qu'il quitte [à la suite de l'agression]. (Inf 3 ligne 15-18).

Finalement, l'infirmier #9 et 11 rappellent la mission de l'établissement : « Effectivement, [je soigne des patients] qui ont souvent agressé ailleurs et c'est

justement pour cela qu'ils sont ici. » (Inf 9 ligne 264-265), « (...) pour être admis à \*\*\*\* [nom de l'établissement] il faut avoir un problème de psychiatrie mais aussi avoir un problème de violence ou de difficultés à gérer justement son comportement » (Inf 11 ligne 5-7). Ainsi, l'agression sur un tiers fait partie des antécédents des patients de l'établissement.

Malgré une diversité d'exposition directe et indirecte à la violence, un thème est transversal pour les douze participantes soit celui de l'omniprésence de la violence dans le milieu. L'infirmière #10 mentionne que la : « violence [est] au cœur de notre quotidien. » (Inf 10 ligne 8), tandis que pour l'infirmière #5 : « Je dirais que c'est mon quotidien [d'entendre parler d'agression dans l'hôpital]. » (Inf 5 ligne 149). La violence est ressentie en tout temps tel que pour l'infirmière #8 : « (...) d'être entourée par cette violence-là constamment » (Inf 8 ligne 336). L'infirmier #6 mentionne que malgré la permanence de la violence dans le milieu, il ne devient pas moins sensible lorsqu'elle se produit : « On dirait qu'on ne s'habitue jamais vraiment à la violence comme ça dans le milieu même si on y est confronté (...) à tous les jours. » (Inf 6 ligne 78-79). Le risque est immanent à toutes les situations. La violence transcende l'expérience des participantes et est toujours présente telle une toile de fond dans le quotidien des infirmières.

### **5.1.2 Entre opposition et intégration de la sécurité et du soin**

Le milieu présente des caractéristiques physiques spécifiques non retrouvées en milieu de soins généraux tel que partagé par l'infirmière #2 et #1 : « (...) au niveau de l'architecture c'est vraiment comme une prison, en sécurité maximale » (Inf 2 ligne 5) et « tout le fonctionnement aussi que ce soit l'ouverture des portes, les chambres des patients, le

fonctionnement comme tel sur l'unité c'est vraiment différent que dans les autres milieux de soins. » (Inf 1 ligne 44-47). Les règles sécuritaires sont nombreuses tel que vécu par l'infirmier #9 : « Il y a beaucoup, beaucoup de mesures sécuritaires (...) » (Inf 9 ligne 110). Les participantes expliquent comment l'environnement et les règles sécuritaires sont à la fois nécessaires et préjudiciable pour leur pratique professionnelle.

### *Entraves et bénéfices*

L'infirmière #1 explique que les interactions avec le patient sont encadrées par des procédures sécuritaires :

Eh bien c'est sûr parce que je ne suis pas toute seule avec mon patient. C'est très rare. Si je le suis, ça va être si je le vois dans un bureau (...) mais il va y avoir quand même quelqu'un qui va surveiller. (Inf 1 ligne 101-103)

Un code de conduites sécuritaires informel existe aussi dans le milieu tel que mentionné par la participante #5 : « (...) pour transmettre les mesures sécuritaires qui sont comme un peu un non-dit » (Inf 5 ligne 171). La présence d'un nombre accru d'agents de sécurité caractérise aussi le milieu selon l'infirmière #7 : « C'est un milieu hautement sécurisé, il y a plus de gardes [de sécurité]. » (Inf 7 ligne 44). Le contrôle transpire dans toutes les activités de soins tel que mentionné par l'infirmier #10 : « souvent la culture fait en sorte qu'on est tellement sécuritaire qu'on veut contrôler tout l'environnement du patient, contrôler la trajectoire, le soin du patient » (Inf 10 ligne 121-122). Dans le vécu phénoménologique de cette participante, la sécurité est positive et permet à l'infirmière de se sentir en sécurité : « On est tout [le temps] accompagnée de soit des agents [de

sécurité] ou des intervenants psychosociaux, on est toujours, toujours, toujours à la vue, en sécurité » (Inf 8 ligne 40-41). Il en va de même pour l'infirmier #10 :

D'arriver à \*\*\*\*\* c'était quand même sécurisant de savoir qu'il avait quand même un contexte [environnement] sécuritaire, une équipe de code blanc qui était dédiée. Alors c'est quand même sécurisant comme infirmier de savoir que tu vas avoir du « *backup* » rapidement. (Inf 10 ligne 200-205)

Les aspects sécuritaires, qui encadrent les interactions avec les patients (par exemple la façon d'intervenir durant une agression), apportent une composante organisée qui est rassurante et bénéfique pendant une agression tel qu'exprimé par l'infirmière #12 :

(...) c'est correct parce que (...) à \*\*\*\*\* c'est bien organisé donc le patient est contentonné [placé sous contentions], il est déjà placé [positionné par les collègues] pour que je puisse l'injecter [administrer un médicament en injection], hum, on dirait que la peur n'est pas là du patient versus s'il n'était pas bien entouré [maîtrisé par] de tous les collègues... (Inf 12 ligne 46-50)

Lorsque les bénéfices et les entraves des aspects sécuritaires du milieu se rencontrent, des zones de tension et d'opposition se créent.

#### *Zones de tensions et d'oppositions*

Pour l'infirmier #9, les mesures sécuritaires sont davantage associées à des contraintes pour la réalisation de son rôle : « Il y a beaucoup d'obstacles qui se mettent sur un motif de sécurité. » (Inf 9 ligne 67). L'infirmière #2 donne un exemple de situation clinique où l'absence de réponse des membres de l'équipe traitante est basée sur des préoccupations sécuritaires :

Elle [la patiente] n'était pas sortie au soleil depuis plus qu'un an. Je m'étais mis comme objectif, d'y aller de la base : il faut qu'elle puisse sortir dehors. Je me battais avec l'équipe-là, parce que l'équipe ne voulait pas (...) il fallait descendre les escaliers [pour accéder à la cour extérieure] et c'était trop dangereux de descendre les marches et qu'elle agresse quelqu'un. (Inf 2 ligne 81-96)

L'infirmière #2 déplore les difficultés qu'elle rencontrait afin de donner des soins minimaux à la patiente. Elle décrit alors des conditions de soins qui sont fort éloignées de celles requises afin d'établir une relation thérapeutique avec la patiente. Dans cette situation, les aspects sécuritaires sont en opposition aux impératifs du soin. Pour l'infirmière #1 les mesures sécuritaires sont à la fois utiles et néfastes :

En premier c'est tout l'aspect sécuritaire qui est très différent que dans les milieux généraux, cependant, l'aspect sécuritaire est utile, évidemment pour le milieu. (...) L'aspect aussi qu'on, on perd un peu comme de l'autonomie parce qu'il faut toujours aller faire les soins avec quelqu'un. (Inf 1 ligne 6-11)

La conjugaison de la sécurité et du soin s'exprime sous forme de tensions pour une bonne partie des participantes (#2-4-9-10-11) et ces tensions entraînent des difficultés à actualiser leur rôle d'infirmière selon les normes reconnues. L'infirmière #2 utilise le terme défi pour illustrer ces difficultés : « Il y a les défis au niveau de pouvoir faire sa ‘*job*’ [son travail]. Il y a des défis culturels de la place. » (Inf 2 ligne 23). Elle développe sa pensée ainsi :

(...) dans un livre faire ta « *job* » en psychiatrie ça serait donner des soins aux patients, t'assurer que ce sont des soins sécuritaires, faire des suivis, assurer leur bien-être du mieux que tu peux dans la situation, [dans cet établissement] cela prend le bord. (Inf 2 ligne 29-31)

L'infirmier #9 explique comment l'arrivée dans le milieu se répercute sur le rôle infirmier :

(...) la façon dont s'articule une équipe, le rôle infirmier, ce que la loi dit, ce qu'on nous forme [à être comme professionnel], ce qu'on nous présente comme infirmier en psychiatrie, quand on arrive [dans cet établissement], on en laisse beaucoup derrière nous, on se fait dire que finalement, ce n'est pas exactement comme ça que ça se passe ici (...). (Inf 9 ligne 122-127)

Les amputations à la pratique génèrent des deuils chez les infirmières et des tensions sont dans le milieu. L'infirmier #10, aussi gestionnaire, décrit la polarisation des discours du soin et de la sécurité : « Il y a des enjeux sécuritaires très importants, alors souvent les enjeux cliniques et les enjeux sécuritaires se confrontent. » (Inf 10 ligne 62-63). Plusieurs infirmières partagent leur surprise, à leur arrivée dans le milieu, de constater que l'exercice du soin était si difficile: « C'était supposé être un milieu de soins mais quand j'ai commencé [à y travailler] c'était plus un milieu carcéral. » (Inf 4 ligne 8-9). Plusieurs participants expliquent que les aspects carcéraux ne s'arrêtent pas à l'environnement physique mais sont aussi présents au niveau de la culture de l'établissement. L'infirmier #10 l'explique ainsi :

Qu'est-ce qui est plus compliqué [dans la dimension culturelle d'un hôpital psycholégal] c'est un milieu fermé. Il y a une culture (...) qui est particulière ici que l'on peut retrouver dans les lieux plus fermés comme en détention, donc cela amène toutes sortes de situations. (Inf 10 ligne 56-58)

Pour l'infirmier #9, la culture totalitaire associée aux institutions totalitaires selon Goffman est présente dans l'établissement : « On est dans un environnement où est-ce qu'il y a un côté totalitaire, un peu comme une prison. On peut avoir beaucoup de refus, beaucoup de frustration, qui amènent peut-être un patient à frapper un membre du personnel. » (Inf 9 ligne 247-250). Dans cet extrait, selon l'infirmier #9, les dimensions culturelles totalitaires ne sont pas sans conséquence pour un établissement à vocation hospitalière puisqu'elles contribuent aussi à l'agression des patients. L'application de règles sécuritaires standardisées pour la gestion des comportements d'agression des patients prenant fréquemment préséance sur l'approche clinique individualisée tel

qu'illustrée par les propos de la participante #11 : « [Les intervenants plus anciens] vont plus vite [dans le niveau de coercition]. Tu agresses, tu vas te faire attacher, tu vas te faire injecter, malgré l'évaluation [clinique]. » (Inf 11 ligne 429-432). Les intervenants présents dans le verbatim précédent sont des membres de l'équipe qui ne sont pas des infirmières, tel que des intervenants psychosociaux et des agents de sécurité. Néanmoins, les mentalités se confrontent aussi au sein des infirmières tel que rapporté par l'infirmière #11:

... même quelquefois entre infirmière tu sais. [Par exemple] une infirmière comme, qui a beaucoup plus d'ancienneté dans \*\*\*\*\* ... Qui a connu la vieille époque-là et la vieille infirmière à va dire on l'envoie à l'isolement, il va être attaché, injecté, et l'autre infirmière [plus jeune va dire] et bien il ne se débat pas, il a collaboré, on ne l'attachera pas, on ne l'injectera pas, il va le prendre per os [par la bouche] tu sais son prn [médicament au besoin]. (Inf 11 ligne 383-390)

L'infirmière #4 indique que les tensions sont présentes aussi lors de la planification des interventions en réunion d'équipe : « (...) les réunions d'équipe chaviraient à la chicane (...) à la réunion d'équipe faut que tu t'obstines avec tout le monde, il faut que tout le monde soit d'accord [pour modifier les mesures de contrôle du patient agresseur]. » (Inf 4 ligne 200-206).

#### *Vers une intégration de la sécurité et du soin*

Néanmoins, un petit nombre de participantes (#6 et 8) de cette étude présentent une vision plus intégrée du soin et de la sécurité. Elles centrent leurs explications sur la dimension clinique de l'agression et sur son contexte. L'infirmier #6 explique comment la sécurité vient en appui à la clinique (et non en opposition) : « (...) Non, ce ne m'est pas arrivé [d'avoir des craintes particulières]. Parce que à \*\*\*\*\* [nom de l'établissement] on est

capable, on a des mesures [de contrôle et de sécurité] qu'on peut mettre en place pour assurer la sécurité du personnel. » (Inf 6 ligne 212-215). L'infirmière # 8 explique comment la communication permet de diminuer l'écart entre la distance appliquée au patient agresseur, distance imposée et souhaitée par les mesures sécuritaires, et la visée de soin de l'infirmière :

Le risque n'est jamais à zéro. Je ne pense pas que c'est mieux de repousser et de juste distancer. Je pense qu'il faut juste essayer de trouver une façon qu'on communique ensemble et qu'on essaie justement de détecter quand ça va moins bien et [de détecter] qu'il y a des possibilités d'agression. (Inf 8 ligne 177-180)

L'infirmier #9 parle du risque que présente les autres employés (et collègues), ceux qui adhèrent plus au pôle sécuritaire, pour les interventions auprès des patients. Ce dernier ne considère pas que le risque est omniprésent ni que le risque soit intrinsèque aux patients. Pour cet infirmier, c'est la problématique de santé mentale qui fait en sorte que ces patients présentent de la dangerosité à laquelle vient s'ajouter le risque découlant des dynamiques relationnelles des soignants envers les patients agresseurs :

Est-ce qu'on nous donne les moyens pour, tu sais, il y a le niveau du patient, il y a le niveau de l'équipe quelquefois aussi. Les intervenants avaient-ils ce qu'il fallait? Leurs interventions étaient-elles adéquates? On peut se poser la question à savoir ce qu'est le contexte, pourquoi le patient a frappé. (Inf 9 ligne 239-242)

La majorité des infirmières sont en mesure de présenter des avantages et des inconvénients liés aux aspects sécuritaires en regard de leur capacité à exercer leur rôle de manière adéquate. Certaines adhèrent à une vision plus intégrative du soin et de la sécurité tandis que d'autres adoptent une vision plus oppositionnelle qui génère de fortes tensions. De manière générale, les infirmières ne réagissent pas à la présence de la sécurité en tant que tel, elles réagissent plutôt à la place qu'occupe les soins infirmiers, les soins aux patients,

dans l'établissement, et ce au nom de la sécurité. Dans le prochain thème, les participantes expliquent comment elles vivent leur posture professionnelle dans le milieu. Les soins infirmiers sont perçus au mieux comme un mal nécessaire relégué à une place secondaire et au pire comme un danger qu'il faut contrôler.

### **5.1.3 Postures professionnelles**

La perception de la place des soins infirmiers dans l'établissement varie dans le vécu phénoménologique d'une participante à une autre. Selon une majorité de participantes, la culture de l'établissement réserve une place bien étroite pour les soins infirmiers. Elles expriment que leur rôle est reconnu seulement par une minorité ou encore que cette reconnaissance soit conditionnelle à certaines conditions qui doivent être respectées. Les participantes expriment que les soins infirmiers sont constamment surveillés, fréquemment isolés et parfois menacés, désincarnés ou ridiculisés.

#### *Reconnus*

Pour l'infirmière #1, il est important que les soins infirmiers et la relation thérapeutique, l'outil d'intervention de l'infirmière, soient reconnus, au sein de l'établissement, à leur juste valeur pour leurs incidences sur le rétablissement du patient :

(...) c'est aussi une relation thérapeutique qui va être favorisée et reconnue par le, soit avec mon équipe avec qui je travaille, soit avec le milieu, donc il va y avoir une emphase importante là-dessus parce qu'on sait que ça va avoir un impact après ça sur, soit l'adéquation dans le traitement, l'observance etc... (Inf 1 ligne 57-61)

L'infirmier #6 explique sa vision de la place de la relation thérapeutique avec le patient :

« En général, [l'approche de partenariat avec le patient] est plutôt valorisée. » (Inf 6 ligne 59). Pour l'infirmière #5, l'approche de soins est préconisée selon certains critères : «

Hum, ça dépend, oui elle était acceptée mais il y a, il faut savoir les limites aussi. Il faut savoir est-ce que la personne est en état de comprendre les enseignements, est-ce qu'elle est en état de faire ça. » (Inf 5 ligne 114). L'infirmier #9 affirme qu'il est complexe de s'engager thérapeutiquement auprès des patients: « Je trouve cela très difficile [d'actualiser ma vision de la relation thérapeutique dans cet hôpital]. » (Inf 9 ligne 63). L'infirmière #8 mentionne que c'est complexe d'actualiser une vision de soins infirmiers : « Il y a des défis [à réaliser des soins de qualité selon ma conception], ce n'est pas infaisable, c'est plus difficile. » (Inf 8 ligne 32). L'infirmière #2 partage son vécu phénoménologique : « C'était extrêmement difficile [d'avoir une relation thérapeutique dans un milieu comme celui-là], (...) [il y a beaucoup de monde pour nous] mettre des bâtons des roues-là (...) l'équipe enfarge » (Inf 2 ligne 48-61). L'ingérence des autres membres de l'équipe dans le rôle de l'infirmière et les pressions exercées sur sa pratique professionnelle sont autant de facteurs contraignants qui ajoutent à la complexité du rôle de l'infirmière : « Parfois, la charge aussi, la façon dont elles [les infirmières] vont se faire répondre, se faire dire que ce n'est pas eux-autres qui décident, cela peut être « *rough* » pour elles (...). » (Inf 9 ligne 134-136). L'infirmier #9, désormais gestionnaire, mentionne qu'il a vécu directement le phénomène et partage la lourdeur du contexte :

J'arrivais comme infirmier d'expérience et je l'ai vécu aussi, je le vis encore, alors ce sont des frustrations. Si quelque chose pouvait m'amener à quitter [cet établissement], je crois que ce serait la dynamique des équipes que je trouve très difficile par moment. (Inf 9 ligne 137-140)

La pratique de l'infirmière pouvant être dirigée par des collègues, et ce jusqu'à sa capacité de pouvoir répondre aux demandes d'un patient en isolement :

(...) un patient qui ne va pas bien, qui est à la salle d'isolement, qui demande de voir quelqu'un et de parler, c'était comme une punition : il ne fallait pas s'en occuper. Tandis que quand tu as quelqu'un en isolement, justement le besoin c'est de s'en occuper. (Inf 4 ligne 42-44)

Même dans l'architecture des rôles prévus dans l'organisation, les infirmières sont mises de côté. Elles sont les seules exerçant des soins directs au chevet du patient n'étant pas considérées comme des intervenantes physiques. Compte-tenu de la place importante de la sécurité dans ce milieu, le fait de ne pas compter comme intervenant physique est une position difficile pour les infirmières. Certaines le partagent tel un simple constat : « le personnel infirmier n'est pas considéré comme des personnes d'intervention ou qui compte au niveau sécuritaire (...) » (Inf 1 ligne 118-119). Alors qu'une autre le revendique comme une reconnaissance incontournable :

Nous en théorie, on n'est pas des intervenants physiques (...) on ne compte [pas] dans les intervenants physiques planchers (...) ça c'est la culture de \*\*\*\*\* [l'établissement] (...) nous on revendiquait notre droit d'être comme tous les autres et mettre la main à la pâte parce qu'on trouvait ça un peu déshabillant de ne pas être considérés comme les [autres] intervenants. (Inf 7 ligne 44-57)

### *Surveillés*

La surveillance est très présente pour assurer la sécurité de tous sur l'unité. « Les infirmiers [sont] tout le temps [escortés], oui. » (Inf 1 ligne 34). Les infirmières constatent que cela empêche de créer des interactions de soins permettant le développement d'une relation thérapeutique et par conséquent le dévoilement des patients : « On n'est jamais toute seule. On n'est jamais capable d'avoir un lien plus privilégié, de lien de confiance parce qu'on n'est jamais tout seul les infirmiers. » (Inf 8 ligne 37- 40). La contrainte peut être de nature interpersonnelle (présence d'un intervenant surveillant) :

Peut-être que le patient voudrait bien se confier à moi mais [que] je suis avec quelqu'un [un surveillant], avec qui il ne s'entend pas bien (...) et cela va faire en sorte qu'il ne voudra pas se confier nécessaire à ce moment-là. (Inf 1 ligne 106-112).

La configuration des lieux rend aussi cela plus difficile d'assurer la confidentialité :

Une fois qu'il [le patient] est sorti [de sa chambre], qu'il circule dans la salle [commune], on n'a pas un endroit où est-ce qu'on peut rencontrer le patient et respecter l'intimité, la confidentialité. On est toujours à la vue et entendu des autres patients aussi. (...) Les lieux physiques je trouve cela difficile. » (Inf 9 ligne 361-377)

L'infirmière #4 explique comment la surveillance requise pour assurer la sécurité du personnel est réinvestie pour exercer une pression sur l'infirmière et sur sa pratique : « [Tu es surveillée constamment.] Si tu ne te conformes pas à eux-autres, leurs règles et d'être sévère avec les patients, et stricte, et bien tu es mise de côté. » (Inf 4 ligne 62-64).

Pour les infirmières, être mises de côté dans le milieu entraîne des difficultés additionnelles pour prodiguer des soins. En effet, comme les interventions auprès des patients se réalisent en équipe de deux minimalement, la disponibilité des collègues est primordiale afin que l'infirmière puisse offrir les soins aux patients. La mise à l'écart se ressent donc par un manque d'entraide et de soutien de la part des collègues de l'infirmière, une non-disponibilité effective ou une subordination systématique, à peine camouflée, des priorités cliniques de l'infirmière aux priorités dites sécuritaires préconisées par ses collègues intervenants psychosociaux et agents de sécurité. D'autres situations d'ostracisation sont aussi décrites par les participantes dans les prochains sous-thèmes tel que le fait d'être isolées, ridiculisées et même menacées. La pression de se conformer est présente en tout temps dans cet établissement qui reçoit exclusivement des patients ayant eu des gestes de violences dirigés envers autrui mais les participants

expriment que le contrôle est resserré à la suite d'incidents graves et récents sur des travailleurs, un biais de disponibilité s'actualise alors (discuté plus loin, par exemple thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière – Vécu cognitif).

### *Isolés*

Les participantes de cette étude décrivent vivre beaucoup d'isolement dans leur rôle professionnel. L'infirmière #2 livre plusieurs exemples de situation où elle s'est sentie isolée, en marge de l'équipe : « Ça me fâchait énormément, j'avais toujours l'impression [d'être seule à porter le discours des soins primaires] » (Inf 2 ligne 265); « ce sentiment de nager à contre-courant tout le temps et d'être la seule à croire que ça pourrait être autre chose » (Inf 2 ligne 435). Les infirmières sont responsables de la prestation de soins de l'équipe clinique. C'est une lourde responsabilité qui requiert de l'infirmière d'identifier les écarts entre les soins et les bonnes pratiques. L'infirmière #5 explique les répercussions qu'elle a vécues après le signalement d'une négligence dont elle a été témoin envers un patient agresseur : « Cela a été de m'ignorer, d'aller parler dans mon dos mais quand je vois que la qualité des soins aux patients n'est pas là, quand je vois qu'il y a de la négligence [je le nomme]. » (Inf 5 ligne 339-342). L'infirmière s'élève donc contre le discours dominant sur les pratiques d'interventions préconisées dans le milieu. Ce signalement de négligence place l'infirmière en porte-à-faux avec l'approche dominante particulière et les attentes de conformité associée. Cette prise de position lui cause alors des conséquences néfastes tel que de l'isolement dans son milieu professionnel. L'infirmier #10 a vécu une situation où ses collaborateurs ont retiré leur soutien au dernier moment, le laissant ainsi seul devant une situation problématique :

Il m'est arrivé des situations où est-ce que certains de mes collaborateurs [médecins et professionnels de l'unité] (...), au moment de se mettre [la tête sur le] billot [pour signaler des pratiques inadéquates], (...) ils n'étaient plus là, et là j'étais tout seul pogné avec ça. » (Inf 10 ligne 574-577)

Cet infirmier gestionnaire avait donc été informé par des consultants au sein de l'équipe, tel que des professionnels [psychologue, criminologue, travailleur social] et le médecin traitant, de pratiques irrégulières ou non conformes, telles que décrites précédemment en regard de l'approche dominante à laquelle les travailleurs sont tenus de se conformer dans le milieu. Dans l'expérience présentée ci-dessus, l'infirmier a perdu l'appui des consultants qui déclaraient la situation, ces derniers ne voulant pas être identifiés et ciblés par l'équipe pour leur signalement. Ce faisant, l'infirmier a perdu ses alliés et le levier qu'ils lui offraient pour intervenir sur la situation préjudiciable pour les usagers laissant l'infirmier dans une position fort inconfortable, seul contre le discours dominant. L'infirmière #2 énonce comment il lui était difficile d'avoir un appui clinique, même de la part d'un médecin : « Elle [le médecin psychiatre] se rangeait derrière l'équipe. Quand je le soulevais, il faudrait qu'elle [la patiente] puisse sortir, 'oui c'est vrai, on va travailler là-dessus', mais il arrivait tout le temps quelque chose [un empêchement, une contrainte]. » (Inf 2 ligne 102-405). Les infirmières mentionnent comment leurs obligations professionnelles les placent souvent en porte-à-faux avec les membres des équipes et ce, que leur fonction soit de soignante, de conseillère ou de gestionnaire :

[Les décisions prises pour les soins aux patients agresseurs] ça créer c'est sûr des incompréhensions, des frustrations. Les équipes se sentent comme un peu non respectées, les gens deviennent un peu plus irrités. (...) Moi [je suis prise entre] l'arbre et l'écorce. (Inf 11 ligne 125-130)

### *Ridiculisés*

La ridiculisation est aussi une technique employée afin de marginaliser les infirmières et invalider leur approche clinique, leurs valeurs et leur vision du soin et du patient agresseur. L'infirmière #5 partage son vécu : « [Avec mon approche] parfois j'ai été bien reçue, parfois j'ai été la risée... » (Inf 5 ligne 282). Une infirmière partage une situation particulièrement émotive :

Je m'étais fâchée en réunion d'équipe et j'avais dit "ça va prendre quoi pour qu'on la sorte [dehors]? Parce que là moi j'ai fait plein de démarches, j'ai contacté \*\*\*\*\* [l'équipe d'agents de sécurité pour les interventions physiques], eux ils me disent que oui ça serait possible. Ça va prendre quoi?" Il m'avait dit [collègue intervenant psychosocial] ah, c'est « *cute* » tu veux prendre soin d'elle, tu es dans le « *caring* ». (Inf 2 ligne 268-271)

Elle explique ensuite comment elle s'était sentie : « J'étais insultée, je me sentais ridiculisée » (Inf 2 ligne 306). Elle nomme plus loin que, selon elle, ces attaques n'étaient pas dirigées vers elle spécifiquement comme personne ni vers elle comme infirmière : « je n'ai jamais senti, je ne pense pas que j'avais d'ennemi vraiment. Je ne pense pas que c'était une attaque envers moi personnellement ou envers le *nursing*. Non, je pense que c'était plus en termes d'approche ». C'est plutôt le reflet du besoin d'étouffer les valeurs et les approches que les infirmières incarnent : « Oui. Définitivement un mépris au niveau du soin. » (Inf 2 ligne 408). Une autre participante explique comment elle devait moduler son discours et son approche pour exister dans ce milieu : « Tu ne peux pas être toi-même et vouloir donner des soins et parler de soins, tu fais rire de toi. » (Inf 4 ligne 261-262). Un autre exemple est donné par l'infirmière #7 :

Moi, ils [les collègues – intervenants psychosociaux, agents de sécurité, possiblement autres membres du personnel infirmier] me niaisaient, j'étais madame

éthique et cela me faisait avoir beaucoup de négativité de la part de mon équipe parce que je n'étais pas capable de laisser passer ces affaires-là [interventions ou propos inadéquats]. (Inf 7 ligne 435-438)

Nommer les écarts place l'infirmière dans une zone de conflit avec les collègues. Conséquemment l'infirmière en conflit avec ses collègues [intervenants psychosociaux, agents de sécurité, parfois autres membres du personnel infirmier] vit nécessairement de l'isolement dans son rôle. Elle se retrouve en marge du soutien de ses collègues. Selon le vécu phénoménologique des participantes de cette étude, les techniques utilisées envers les infirmières peuvent aussi être plus musclées alors qu'elles peuvent être menacées de représailles par leurs collègues.

#### *Menacés*

Les participantes de cette étude tentent sans relâche de réaliser leur rôle selon les standards établis. En œuvrant dans le milieu, elles peuvent être témoin de situations inadéquates envers la clientèle qui a commis des agressions contre des tiers, ces tiers étant des soignants dans une certaine proportion. Si ces infirmières dénoncent, elles peuvent appréhender être victimes de représailles tel que confié par l'infirmière #4 :

J'ai vu ça ramasser un patient dans un coin de la console [poste du personnel] et user de trop de force. Cela n'avait pas besoin d'être comme ça. Ça je trouvais ça, mais tu sais, c'est un milieu fermé, et si tu parles et qu'ils [les intervenants] te prennent de travers, tu vas faire ton travail mais tu ne seras pas à l'aise. (Inf 4 ligne 246-249)

L'infirmière #4 mentionne même avoir entendu des collègues se faire menacer directement : « j'ai déjà vu ça et déjà entendu ça, "si tu es mal pris parce qu'il se désorganise, on n'ira pas t'aider" ». (Inf 4 ligne 60-62). Les menaces peuvent aussi être associées à des règles informelles de gestion du plancher. Considérant que les intervenants

psychosociaux sont en nombre supérieur aux infirmières, qu'ils investissent les activités de la vie quotidienne des patients dans l'aire de vie des patients et que leur présence (compte-tenu de la notion d'intervenant physique) est obligatoire pour que l'infirmière intervienne auprès des patients, ils peuvent exercer un contrôle sur la présence (ou non) de l'infirmière auprès des patients. Deux participants confirment avoir été empêchés d'accéder aux patients dans l'aire de vie :

Les premiers temps j'suis rentrée à \*\*\*\*\*, on m'a empêché d'aller l'autre bord [traverser du côté patient, dans l'aire de vie], je lui ai dit et bien malheureusement pour vous autres la personne qui va m'empêcher de traverser du bord des patients n'est pas au monde. (Inf 3 ligne 376-378)

(...) je me suis fait dire par un vieil intervenant psychosocial sur le plancher, « toi mon petit jeune là, tu ne traverses pas sur mon plancher », excusez je suis en responsabilité de \*\*\*\*\* ici, et j'ai un job à faire, pis je vais traverser sur ton plancher. (Inf 10 ligne 549-552)

Ce déséquilibre numérique favorise aussi un pouvoir plus grand sur l'approche préconisée et les soins aux patients agresseurs :

Si tu avais des intervenants psychosociaux sur des unités qui agissaient de façon carcérale, souvent les infirmières faisaient pareil. Elles suivaient le mode d'emploi des intervenants psychosociaux, parce qu'il faut dire que les infirmières ont été en minorité. (...) oui, [les infirmières] c'est [encore] en minorité. (Inf 4 ligne 53-58)

#### *Allégeances tiraillées et zones de conflits*

Dans le discours des participantes, la notion de eux/nous revient fréquemment. Ce clivage est présent entre différents groupes. Des exemples sont présents dans leur vécu phénoménologique entre le groupe des soignants et les gestionnaires : « des attentes au niveau de la direction et de la gestion (...) qui ne sont pas en adéquation avec le travail infirmier ou l'établissement d'une relation thérapeutique idéale » (Inf 1 ligne 133-139), entre le groupe des infirmières et les autres membres de leur équipe : « Il faut vraiment

que tu ailles le monde de ton bord [si tu veux soigner]. » (Inf 2 ligne 38); et entre les équipes soignantes et les patients :

À l'inverse, parfois, il y a des patients qui vont protéger des employés (...) Et ces patients-là, on [re]devient très reconnaissant envers eux et ça ne devrait jamais l'être parce que ce n'est pas leur rôle [de protéger le personnel]. (Inf 1 ligne 549-552).

Reconnaître l'humanité d'un patient agresseur générerait l'amenuisement des barrières entre le eux et le nous :

(...) une certaine reconnaissance et parfois, il y en a qui venait justifier en disant « ben, il est capable d'empathie, il est capable de défendre tu sais quelqu'un tout ça » donc (...) Il a comme mit un pied dans le nous. (Inf 1 ligne 562-570)

Les conflits d'allégeances sont nombreux mais essentiellement, les tensions entre les groupes proviennent des perceptions en regard de l'approche clinique (le soin) et l'approche carcérale (la sécurité) :

Tu n'es pas à l'aise parce que tu sens qu'il faut que tu sois d'un bord ou de l'autre. Tu sais du côté des soins tu te fais dire ben là [ça ne marche pas de même], et si tu es trop carcéral et bien... (Inf 4 ligne 252-254)

Le vécu phénoménologique des participantes de cette étude recèle des tensions. L'exercice du soin dans le milieu peut être source de conflits causés par les tensions entre le soin et la sécurité. L'infirmier #10 mentionne que : « souvent les enjeux sécuritaires, les enjeux cliniques eh, ça se confrontent » (Inf 10 ligne 61) tandis que l'infirmière #11 identifie que : « [la dualité sécurité vs soins] créer des tensions au niveau de l'équipe » (Inf 11 ligne 406).

Les sources de tension entre les infirmières et la gestion/direction sont quant à elles d'un autre ordre. Elles proviennent plutôt de l'impression d'endossement de l'approche

dominante en raison de constats d'inaction de la direction en regard des pratiques inadéquates dans le milieu, du manque de soutien lorsque les infirmières dénoncent ces situations, de la présence de déception et d'amertume d'être placées dans ces conditions par la direction. Les infirmières peuvent avoir le sentiment d'être envoyées au front au nom de leur code de déontologie sans le support des instances pour essuyer les conséquences de leur signalement ou pour atténuer les mortifications que subies leur pratique professionnelle dans le milieu. La direction compte énormément sur l'imputabilité individuelle des infirmières embauchées spécifiquement pour injecter l'approche clinique dans le milieu. Ce faisant, elles se font ostraciser par la direction même qui les emploie pour leurs qualités professionnelles tel que décrit ci-après par l'infirmière #5.

L'infirmière #5 explique les difficultés qu'elle rencontre lorsqu'elle doit expliquer à ses collègues (non professionnels de la santé) sa responsabilité envers le patient et l'imputabilité qui lui est associée :

Quand j'ai quelque chose à dire et que j'explique mon imputabilité [d'infirmière] là-dedans, je ne dis pas que ça passe toujours, je ne dis pas que c'est une culture [le soin] qui est vraiment acceptée, mais il faut le faire parce que nous on a une imputabilité. (Inf 5 ligne 315-318)

Ces explications ne sont pas toujours suffisantes pour contrer le discours sécuritaire dominant souvent associé au sentiment de peur que les intervenants peuvent ressentir face aux patients agresseurs. Ces explications peuvent aussi être compliquées par la présence de conflits latents entre les rôles (infirmières, intervenants psychosociaux, agents de sécurité) : « C'est sûr que ça peut mal tourner [une discussion avec un collègue à la suite

d'une agression] parce qu'il y a comme une espèce de (...) De tension [entre les titres d'emploi] alors tu sais, c'est particulier. » (Inf 8 ligne 244-247). Que l'infirmière fasse un retour sur une intervention inadéquate auprès des membres de son équipe-unité ou qu'elle doive le faire auprès des agents de sécurité qui n'appartiennent pas à son équipe directe, les défis rencontrés pour l'infirmière sont tout aussi nombreux:

Ben oui [c'est compliqué de faire un retour sur une intervention inadéquate avec des gens qui ne sont pas du personnel de l'unité], on n'a pas de lien. C'est compliqué aussi [de faire un retour sur une intervention inadéquate avec un membre de mon équipe] mais pour des choses différentes. (...) Le lien [avec ton collègue] tu ne veux vraiment pas le perdre et vraiment pas te le mettre [ton collègue] à dos parce que tu passes tes journées avec, alors c'est vraiment « touché » [délicat]. (Inf 7 ligne 175-183)

La clientèle desservie en psychiatrie légale de niveau de sécurité maximale est accueillie, tout comme les infirmières, dans un environnement où de fortes tensions existent. Les patients apportent dans leur vécu des antécédents de violence envers autrui qui teintent la manière dont les soignants perçoivent les patients et le risque dans leur environnement. Parallèlement, le personnel porte les séquelles des traumatismes primaires et secondaires passés. Conséquemment, une permanence du risque et une omniprésence de la violence affectent l'analyse que les soignants font, quotidiennement, de leur environnement. L'analyse du risque que présente le patient pour eux, les soignants, a préséance sur l'analyse du risque qu'eux, les soignants, peuvent présenter pour les patients. La posture professionnelle de l'infirmière encaisse différentes formes d'agressions de différentes sources qui affectent l'espace que l'infirmière est en mesure d'occuper pour actualiser son rôle professionnel et sa vision clinique. Ces éléments contextuels sont exacerbés lorsque des agressions surviennent sur des soignants de l'établissement par des patients

hospitalisés et ravivent des pratiques chez les soignants qui peuvent varier sur un continuum de qualité des soins, des soins de qualité difficiles à prodiguer pouvant devenir non conformes et parfois impossible à réaliser par les soignants. La prochaine catégorie présente, dans un premier temps, les caractéristiques des agressions à partir desquelles les infirmières attribuent un sens à l'événement et, dans un second temps, les conséquences primaires et secondaires sur les infirmières de ces agressions commises sur des collègues de travail.

## **5.2 L'agression et ses conséquences**

La catégorie « 5.2 L'agression et ses conséquences » comprend les thèmes « 5.2.1 Caractéristiques de l'agression », « 5.2.2 Conséquences primaires sur le vécu de l'infirmière », « 5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique » puis « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins » et est présentée dans la figure 4 ci-dessous. Dans le thème « 5.2.1 Caractéristiques de l'agression », les sous-thèmes sont les facteurs de l'étiologie attribuée au comportement d'agression, la cible de l'agression (employés ou pairs), les facteurs contributifs entourant l'agression et l'aspect choquant de l'événement. Ces facteurs influencent tant les pensées que les soignants ont à l'égard du patient que les sentiments ressentis. Les conséquences sont quant à elles le plus souvent proximales aux événements. Néanmoins, dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude, certaines conséquences durent dans le temps entraînant d'autres formes de conséquences qui sont secondaires à l'agression initiale.

### 5.2.1 Caractéristiques de l'agression

#### *Étiologie*

Toutes les participantes sans exceptions mentionnent cet exercice d'attribution de l'étiologie du geste comme influençant le traitement de l'événement par les infirmières et les autres collègues : « La raison de l'agression est quand même importante au sens où si quelqu'un est complètement en trouble psychotique, décompensé, j'ai l'impression que les gens vont avoir tendance à être plus empathique que [un trouble de comportement]. » (Inf 7 ligne 360-362); « Je pense que je vais répéter ce que bien des gens disent-là, c'est qu'il y a une différence entre l'agression vraiment de quelqu'un de psychotique et l'agression comportementale. » (Inf 5 ligne 181-184); « Je pense qu'il y a deux sortes d'agression. Il y a l'agression d'un patient qui est conscient [de ses actes] et l'agression d'un patient qui est (...) psychotique. Les équipes ne réagissent vraiment pas de la même façon. » (Inf 11 ligne 260-264). L'infirmière #11 énonce que sa réaction à elle aussi est influencée par l'étiologie de l'agression :

Quand c'est un patient que c'est [l'agression] plus comportemental et que c'est une agression voulue, les équipes sont vraiment plus, et tu sais même de mon côté aussi c'est plus difficile pour moi quand c'est un comportement que lorsque que c'est un patient qui est psychotique. (Inf 11 ligne 264-267)

L'ensemble des participants et participantes conceptualise l'étiologie de la violence comme étant psychotique ou comportementale et mentionnent que la réaction du personnel envers le patient agresseur diffère en fonction de l'étiologie de la violence. Il faut absolument que le personnel soignant arrive à trouver une raison pour ces comportements violents, une raison qui va leur permettre de poursuivre le soin. À chaque

<b>5.2 L'agression et ses conséquences</b>	
<b>5.2.1 Caractéristiques de l'agression</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Étiologie</b></li> <li>• <b>Cible</b></li> <li>• <b>Facteurs contributifs</b></li> <li>• <b>Choquant</b></li> <li>• <b>Tout le monde le sait</b></li> </ul>	
<b>5.2.2 Conséquences sur l'infirmière et ses collègues</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vécu cognitif</b></li> <li>• <b>Vécu émotif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuissance vs contrôle</li> <li>• Culpabilité vs sérénité</li> <li>• Colère vs clémence</li> <li>• Peur vs confiance</li> <li>• Dégoût vs empathie</li> </ul> </li> <li>• <b>Vécu professionnel</b></li> <li>• <b>Vécu traumatique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatisme individuel</li> <li>• Traumatisme d'équipe</li> </ul> </li> </ul>	
<b>5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le patient écope</b></li> <li>• <b>Contre-transfert</b></li> </ul>	
<b>5.2.4 Conséquence sur la qualité des soins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soins conformes</b></li> <li>• <b>Soins conformes mais difficiles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la sécurité et des ressources requises</li> <li>• Discours du risque</li> </ul> </li> <li>• <b>Soins non conformes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de compassion et attitude carcérale</li> <li>• Interventions coercitives et punitives</li> <li>• Soins et relation utilitaires</li> <li>• Irrespect et abus envers le patient agresseur</li> <li>• Soins désincarnés</li> </ul> </li> <li>• <b>Soins impossibles</b></li> <li>• <b>Transformation du soin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insidieuse</li> <li>• Temporelle</li> </ul> </li> </ul>	

Figure 4. Catégorie 2 : L'agression et ses conséquences

fois qu'une infirmière réitère l'importance de soigner ces patients agresseurs, en martelant qu'il faut les soigner, c'est que l'étiologie de l'agression a été identifiée et est considérée acceptable. Ce traitement cognitif de la situation amène une réponse différente de la part du personnel. L'agression en elle-même n'est jamais acceptable, mais quand l'étiologie est de nature psychotique, ces patients-là ne sont pas transférés d'unité à la suite de leur agression.

Comprendre ce qui génère la violence et ce qui compose la dynamique de violence est d'ailleurs une compétence attendue de l'infirmière en milieu psycho légal tel que mentionné par cet infirmier: «

Quand moi je leur apporte [aux collègues] que eh bien non, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, ça prend du jugement, ça prend une évaluation, et pour cela, il faut communiquer avec le patient. » (Inf 10 ligne 141-143). Il existe néanmoins des écarts dans

la compréhension clinique du geste qui peut être attribué par certains cliniciens à la maladie et catégorisé par d'autre tel un agir comportemental :

On ignorait la maladie (...) Fait que souvent ça été jugé sur des comportements, tu sais « il fait exprès, il veut le trouble », mais il n'a pas fait exprès là parce que s'il t'a agressé, c'est parce qu'il te prenait pour le diable là et il a peur du diable. (Inf 4 ligne 108-114)

Dans ce cas de figure ci-haut, il y aurait aussi une recatégorisation consciente ou inconsciente du geste permettant au soignant de se distancer du patient agresseur. Il devient alors difficile de développer ou de maintenir un lien thérapeutique avec ces patients :

Quand c'est vraiment de la maladie mentale, c'est plus dans notre spécifique, dans ce qu'on est habitué mais quand c'est plus comportemental il n'y a pas de formation [en soins infirmiers] là-dessus non plus, comment agir avec quelqu'un qui a des troubles de comportement ça devient plus compliqué [d'avoir ou de maintenir un lien thérapeutique]. (Inf 1 ligne 334-337)

Ces patients génèrent de la peur et de la colère dans le contexte où le cadre juridique d'application des mesures de contrôle pour ces patients ne cadre pas avec la dynamique clinique de violence tel que l'identifie la participante #1 :

Ils [ces patients] vont savoir quoi dire, comment agir, ils vont feeler doux [se conformer] pendant quelques jours, une semaine, deux semaines et là les contentions c'est vrai que ça devient difficile à justifier si on se fie à la loi parce qu'on ne veut pas que ça devienne punitif mais en même temps, on ne sait pas, il y a un côté très imprévisible de cette personne-là alors comment est-ce que c'est possible d'assurer une certaine sécurité tant pour le patient que pour l'équipe mais avec quelqu'un qui dit qu'il va très bien et qui se conduit comme quelqu'un qui va très bien, qui n'a pas perdu contact avec la réalité, ni rien. (Inf 1 ligne 351-357)

Lorsque l'étiologie de l'agression est associée à la maladie, cela permet aux infirmières d'expliquer plus facilement l'agression et de la dépersonnaliser en identifiant les éléments contextuels de la dynamique de violence : « Et la maladie, ça joue aussi là-dedans [dans

le contexte de l'agression]. On ne sait pas ce qui s'est passé dans sa tête, ce qui a déclenché ça [l'agression]. » (Inf 9 ligne 243-244). Dans une composante liée à la maladie, la cible de l'agression n'est pas préméditée, même si elle peut être intentionnelle dans le monde psychotique du patient : « Parfois ça l'arrive [l'agression]. Ce n'est même pas envers lui, ce n'est même pas ciblé, mais il [le travailleur] était au mauvais endroit au mauvais moment et c'est lui qui a mangé le coup. » (Inf 8 ligne 264-267).

Lorsque la raison pour l'agression, l'étiologie du comportement agressifs est acceptable pour le personnel, alors le personnel a plus de facilité à accepter les agressions qui se sont produites, même si cela les traumatise. Il y a une acceptation et on peut penser qu'il y a moins de contre-transfert. Quand ce n'est pas acceptable, alors il peut vraiment y avoir beaucoup de contre-transfert. À ce moment-là, les soignants ne peuvent plus travailler avec le patient agresseur et il est transféré d'unité.

### *Cible*

Quelques participantes mentionnent un autre aspect qui influence la réaction du personnel celui du lien avec la victime : « Peut-être que si c'est un collègue très, très, très proche, peut-être que [ma réaction et mes soins au patient agresseur] ce serait différent, mais à chaque fois, bon, c'étaient des collègues que je connaissais sans être amis proches. » (Inf 6 ligne 98-100). Lorsque la victime est un autre patient, l'impact sur les travailleurs pourrait être mitigé en fonction de la gravité de l'agression. Ainsi, si un travailleur est agressé de manière mineure l'impact du trauma secondaire sur les travailleurs est plus grand que si c'est une agression mineure identique sur un autre patient.

Je pense que ça va dépendre peut-être de la gravité de l'agression. Quand ce sont des agressions graves (...) ça je pense que oui. Je pense que la crainte, je pense que c'est quand même pareil. En revanche, il y a parfois des agressions, du chamaillage, une bataille. Il y a un patient qui va saigner du nez et cela va être « tout » entre guillemet, je ne suis pas sûr que ça a les mêmes atteintes. (Inf 1 ligne 514-520).

La participante explique cela par un fossé (déjà abordé brièvement dans le thème « 5.1.3 Postures professionnelles » dans le sous-thème « Allégeances tiraillées et zones de conflits ») qui est présent et même imposé entre les soignants et les patients dans l'approche dominante du milieu : « (...) une séparation entre le nous et le eux (...) l'équipe de soins va beaucoup se refermer sur elle, donc devient un noyau très, très solidaire, très dur. » (Inf 1 ligne 524-529), une réaction de protectionnisme des barrières du groupe dominant. L'infirmière #1 décrit comment, selon elle, le fait que la victime soit un autre patient au lieu d'un soignant permet aux soignants de se sentir moins menacé par l'agression :

Il y a comme un niveau, c'est [que] la cible du patient ce n'est pas le personnel, ce sont les patients alors c'est sûr qu'il y a peut-être [un] niveau de crainte plus bas. (...) vu que le patient frappe un autre patient, on se sent peut-être moins visé donc oui il va peut-être y avoir ce pardon-là, peut-être plus facile. (Inf 1 ligne 540-549)

Néanmoins, devant une agression majeure, le fait que la victime soit un autre patient ou un travailleur importe peu. Dans ce contexte, l'appréhension générée par la pensée « cela aurait pu être nous » influence grandement le sentiment de sécurité des travailleurs (l'aspect cognitif est discuté plus longuement dans le thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues - Vécu cognitif).

### *Facteurs interpersonnels contributifs*

Les caractéristiques des collègues sont identifiées à quelques reprises comme influençant la dynamique de violence du patient agresseur. Ces informations sont données de manière parcimonieuse par les participants et participantes qui les dévoilent. La distance avec l'agresseur étant un élément important permettant d'aborder cet aspect de l'agression. En effet, ces éléments sont rapportés par des infirmières, participantes de l'étude, qui ne sont plus aux soins directs aux patients. Ces participantes ont quitté l'établissement (infirmières 2 et 4), sont devenues des gestionnaires (infirmières 8-9-10) ou encore des conseillères (infirmière 5 et 7). Ces participantes abordent des éléments contributifs aux agressions qui proviennent d'éléments interactionnels entre les soignants et les patients tel que leur positionnement physique dans l'espace conforme aux règles sécuritaires durant l'interaction, l'attitude et les comportements des soignants, les connaissances et les compétences des soignants. L'infirmière #2 déplore que les règles de positionnement devant une ouverture de porte de chambre n'aient pas été respectées par l'infirmière victime de l'agression :

[Ce] qui m'a surpris en premier et je ne veux pas dire que c'était la faute de l'infirmière, ce n'est vraiment pas ça mais j'ai, tu sais je me disais, ayoye moi je n'aurais jamais fait ça [l'intervention comme cela] (...) mais en même temps je veux dire tu sais une patiente qui a toutes ces mesures-là [de sécurité et de contrôle], me semble tu ne restes pas justement dans [l'ouverture] la porte [pour faire tes soins]. »  
(Inf 2 ligne 145-152)

Dans cette situation, le discours de dangerosité de la patiente propagé dans l'établissement occultait les éléments contributifs interactionnels relevant du soignant victime de l'agression tel que de s'être exposé par mégarde. L'infirmier #10, gestionnaire, et

l'infirmière #5, conseillère, apportent des exemples où les soignant s'exposent par leur attitude à être des déclencheurs d'agression de la part des patients :

Si le patient est traité comme un numéro, s'il est traité comme un, comme un patient qui est en détention [cela peut influencer la dynamique de violence]. Les milieux [de détention] peuvent être « *rough* » là, pour y avoir été souvent parce qu'on collabore avec eux, mais je pense que, tu sais c'est là que ça fait toute la différence [pour la gestion du risque de violence] la façon [dont] tu travailles avec ton patient dans l'accompagnement au quotidien. (Inf 10 ligne 106-111)

Ces attitudes sont discutées entre les soignants car elles augmentent la vulnérabilité de tous face aux patients sensibles à la provocation, que cette provocation soit perçue ou avérée : « Il m'est déjà arrivée aussi de dire s'il y a quelque chose qui arrive, je ne veux pas intervenir avec toi. Ça m'est déjà arrivée, parce que la personne coupait dans les interventions, à voulait juste sauter dans (? *incompréhensible*) [le tas]. » (Inf 5 ligne 303-305). Deux infirmières gestionnaires nomment la difficulté pour les soignants d'identifier qu'ils puissent être un élément contributif ou déclencheur à une agression :

Il n'est pas facile de réaliser que l'on a une part à jouer [directe ou indirecte] dans l'agression du patient : « Ouein, on ne l'a pas vu ». Cela se peut qu'il [le patient] n'ait pas eu de signe [précurseurs au passage à l'acte], tu sais on a déjà vu cela du zéro à cent, mais le pourcentage [d'agression] de zéro à cent, il est faible. (Inf 3 ligne 210-212)

Par ailleurs, parmi les participantes soignantes au chevet, il semble plus facile de nommer le rôle que l'infirmière joue à prévenir les agressions par la connaissance fine du patient et les compétences infirmières :

Il y a un sentiment de culpabilité parce que on aurait voulu être là. On l'avait transféré [récemment], on se demandait est-ce qu'il y a quelque chose dans le rapport [inter-unité] qu'on aurait dû dire, il y a tu quelque chose qui n'a pas été fait adéquatement dans la transmission d'information... (Inf 1 ligne 248-254)

Dans ces circonstances, le personnel infirmier se permet d'exprimer ouvertement leur sentiment de culpabilité et de remise en question. Nonobstant l'étiologie, la cible ou les facteurs contributifs de l'agression, le choc est toujours présent et ne s'amoinerait pas vraiment avec le temps.

### *Choquant*

Malgré la capacité à comprendre ou à expliquer l'agression, et précurseur à toute compréhension, l'aspect choquant est transversal à tous les participants : « En premier je trouve ça gèle parce que le patient qui a fait ça je le connaissais, on venait de le transférer [récemment], donc je savais très bien qui était ce patient-là. » (Inf 1 ligne 248-249). L'infirmier #10 décrit une situation particulièrement grave alors que tous ont été profondément troublés, traversés par un sentiment de perte de contrôle total sur la situation : « j'ai senti un désarroi total (...) j'étais complètement impuissant (...) c'est comme si l'horloge s'était arrêtée » (Inf 10 ligne 378-381). L'infirmière #12 reprend le thème du temps qui s'arrête, exprimé par l'infirmier #10, et le décrit ainsi : « On dirait que tout autour arrête. (...) Je n'ai jamais réalisé qu'il y a quelqu'un qui est passé derrière moi, donc j'étais vraiment focus. On dirait que cela efface le temps. » (Inf 12 ligne 40-44). L'aspect désorganisé de l'expérience est mentionné par quelques-uns : « Quand cela m'est arrivée [d'être témoin d'une agression] c'est vraiment chaotique. Personne n'a le temps d'en parler vraiment. C'est vraiment juste comme on éteint les feux à gauche, à droite. C'est vraiment plus tard qu'on se parle tous ensemble. » (Inf 8 ligne 101-104). Le stress et l'adrénaline que la situation génère sont aussi présents dans les récits des participants: « Ce n'est jamais le *fun* [d'être témoin d'une agression sur un membre du personnel]. (...).

Ça va très vite, c'est flou, mais tu sais le côté *go*, préparation de médication, injection, contention, on dirait que le mode autopilote embarque. » (Inf 8 ligne 53-56). De manière générale, les participants décrivent comment les témoins d'une agression sont profondément bouleversés : « Quand quelqu'un est vraiment comme blessé beaucoup, on a beaucoup de gens qui pleurent. Le personnel est vraiment sous le choc et ça pleure. » (Inf 11 ligne 340). Cette première phase du vécu phénoménologique est associée aux pleurs et à la colère. Cette étape de gestion de crise et de l'urgence laisse peu de place à l'analyse de la situation, plusieurs mentionnent l'aspect chaotique et intense. C'est ensuite, lorsque la situation est maîtrisée, que les soignants devront gérer les retombées de l'agression sur leur vécu : « C'est plus après que, que l'émotion descend que parfois c'est plus difficile. » (Inf 8 ligne 59).

### *Tout le monde le sait*

Une autre caractéristique des agressions sur des soignants est que « tout le monde le sait ». L'exposition secondaire au récit entendu dans le cadre de ses fonctions est bien décrite par l'infirmière #1 : « Absolument pas, je n'ai pas vu [l'agression], ce n'était pas sur mon unité et c'était le *shift* [quart] de soir, moi je travaillais de jour à cette époque-là mais j'en ai entendu beaucoup parler par la suite [dans l'hôpital]. » (Inf 1 ligne 242-243). L'histoire de l'agression se propage dans l'établissement à très grande vitesse : « [C'est bien] évident que j'entendais parler quand il y avait des agressions [dans l'hôpital], parce que... oui, oui le monde en parle vraiment beaucoup. Ça se propage vite là, d'unité en unité. » (Inf 2 ligne 228-231); « [La nouvelle de l'agression se diffuse] très rapidement. Certainement, quand ça se produit à l'intérieur du quart de travail, je suis pas mal certain que tout le

monde dans [l'établissement] le sait que cela s'est produit. » (Inf 9 ligne 214-215). L'histoire de l'agression a des conséquences sur le patient qui devient pris à partie par le personnel selon l'infirmière #4 : « Le patient est ciblé. Si on change le patient d'unité, c'est sûr que s'il arrive sur une autre unité, on a l'histoire, on a l'agression. » (Inf 4 ligne 143-144). La communication ne se limite pas aux communications officielles tel qu'au point de transition dans les soins. Elle s'étend aux conversations de couloirs dans l'hôpital et à l'annonce de l'agression sur Facebook™ par l'apparition d'un ruban noir :

Il y a un ruban qui apparait (...) sur "Facebook™" [le compte de l'accréditation syndicale des intervenants psychosociaux, de agents de sécurité mais aussi du personnel infirmier]. Le ruban noir ça veut dire qu'y a eu une agression dans l'établissement. (Inf 11 ligne 242-246)

Pour les protagonistes du discours dominant, cet affichage confirme et renforce la dangerosité et le risque de la clientèle. Ce faisant, c'est un moyen de pression additionnel pour contrer le discours du soin et tend conséquemment à l'invalider. L'onde de choc de l'agression s'étend alors à l'ensemble des travailleurs de l'établissement, même si ceux-ci n'ont aucun lien ou aucune raison clinique d'accéder à ces informations. Cette situation entraîne donc des répercussions sur le nombre de victimes et sur l'exposition et l'accumulation du trauma, chez les soignants, secondaire à l'exercice de leur rôle professionnel dans l'établissement. Le contact direct avec la violence débute au sein d'une portion d'une équipe unité, s'étend ensuite de manière indirecte (à travers le récit de l'agression) à l'ensemble de l'équipe unité puis à l'ensemble du personnel. La portée du trauma change, un trauma individuel initialement chez quelques individus devient donc

collectif (cette notion est reprise plus loin dans le thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues - Vécu traumatique).

### **5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues**

Le thème des conséquences est composé des éléments reliés aux cognitions de l'infirmière et à son vécu subjectif, ses émotions ou celles constatées chez ses pairs. Il est extrêmement difficile d'utiliser une approche catégorielle pour classer d'un côté le vécu cognitif et de l'autre le vécu émotif car ces deux aspects sont interreliés. Dans une approche transactionnelle du stress et de l'adaptation, les pensées précèdent les émotions et une même situation peut être perçue comme causant de l'adversité chez l'un mais pas chez l'autre. De plus, pour ceux qui perçoivent cette adversité dans la situation, l'un peut utiliser des stratégies d'adaptation qui le maintiendront en déséquilibre et possiblement en souffrance tandis que l'autre peut utiliser des stratégies d'adaptation qui entraînent un retour à l'équilibre pré situation adverse ou même un retour à l'équilibre à un niveau supérieur de fonctionnement (croissance). Le traitement cognitif de l'information accompagné de la réaction émotionnelle seront ensuite adjoint à des stratégies d'adaptation permettant des résultats différents chez les personnes impliquées. Dans ce thème, le vécu cognitif, émotif, socioprofessionnel et traumatique sont présentés.

#### *Vécu cognitif*

Proximal à l'événement, les participants dévoilent peu de contenu cognitif, de pensées associées à l'agression. Ils nomment l'aspect choquant, stressant et de gestion de crise. Les premières pensées associées à l'agression découlent de l'annonce de l'incident à

travers l'établissement. Trois participants, 2 hommes et 1 femme, dévoilent un contenu associé aux pensées qui sont générées à l'annonce d'une agression. L'infirmière #8 l'exprime ainsi : « C'est sûr, tu as tout le temps une espèce de petite méfiance, de, tu sais, cela va tu m'arriver à moi cette fois-ci? » (Inf 8 ligne 169-170). L'infirmier #9 le partage ainsi :

Quand on apprend qu'un employé est blessé, c'est sûr et certain qu'on se dit tous que cela pourrait être nous. On a aussi une pensée pour la personne qui est blessée, parce qu'en soit ce sont nos collègues, ce sont des gens qu'on côtoie, ça peut être nous. (Inf 9 ligne 218-222)

Ces pensées sont étroitement liées à la notion de proximité et de connaissance les uns les autres dans l'établissement : « En général, ce sont des personnes que je vais connaître, avec qui j'ai déjà travaillé. C'est toujours un peu choquant de savoir [qu'un tel] a été blessé ou bon, il a été frappé. » (Inf 6 ligne 82-84). Une autre participante le nomme sous l'angle des actions pour se protéger de cette vulnérabilité alors que le réflexe de tous à la suite d'une agression est de resserrer les mesures de sécurité chez tous les patients de l'établissement, de se protéger contre cette vulnérabilité : « Quand qu'il arrive un incident comme ça, que ça [l'information de l'agression] se propage [dans l'hôpital], tout le monde ressert la vis, c'est comme un rappel de, il ne faut pas baisser les gardes, vraiment. » (Inf 2 ligne 235-236).

### *Vécu émotif*

Durant l'agression, le stress est très élevé, les émotions sont vives et les réactions physiologiques sont fréquemment les pleurs et la colère. L'infirmière #3 indique que les réactions de pleurs sont observées habituellement chez le personnel féminin :

Ah oui [il y a des employés qui pleurent]. Ça shake [tremble], ça pleure, oui, oui, et puis c'est correct, tu sais la tension tombe, toute l'adrénaline d'avoir vu ou d'être intervenu. Et je te dirais plus les filles que les gars, ils se gardent une petite gêne-là. (Inf 3 ligne 341-343)

L'infirmière #8 décrit l'ambiance particulière qui règne à la suite d'une agression, l'hébétude que les soignants peuvent vivre :

Parfois il y en a [des intervenants] qui sont en colère, qui pleurent, ce sont vraiment les émotions... Il y en a qui ne s'en rendent même pas compte, ils ne comprennent pas ce qui se passe. C'est vraiment particulier comme ambiance. (Inf 8 ligne 104-107)

Dans la vague déferlante d'émotions qui suit l'agression sur un collègue, la culpabilité et l'impuissance sont aussi étroitement associées à la peur et la colère initialement :

Cela [l'agression d'un patient sur un employé] leur fait vivre [aux employés] des émotions. Il y a un collègue qui a été touché, il y en a qui ont effectivement de la colère (...) les gens se sont sentis coupables, impuissants, « on aurait pu intervenir différemment, comment se fait-il qu'on ne l'ait pas vu venir...? » (Inf 10 ligne 271-275)

À la suite de l'intervention, il y en a qui se mettent à brayer [pleurer], il y en a qui se mettent à être fâchés, c'est pour cela qu'on s'en parle. Ceux que je vois qu'ils sont « *too much* » [trop intenses en émotions], je les amène prendre une marche juste pour respirer, parler, verbaliser. (Inf 5 ligne 420-426)

L'infirmière #11 tente de décrire ses émotions lorsqu'elle est témoin d'une agression sur un collègue :

On se sent toujours un peu bouleversé, on se sent aussi sur l'adrénaline qui monte, c'est quasiment une douleur qu'on vit par en dedans parce qu'on voit nos collègues, on voit tu sais des gens qui se font blesser (...) ça brasse beaucoup d'émotions. On reste un peu fébrile quelque temps après. (Inf 11 ligne 53-59)

Le stress et l'anxiété liée à l'impuissance devant une situation qui dépasse notre contrôle sont présents dans le vécu phénoménologique de l'infirmière #10 :

Quand ça nous arrive [d'être témoin de l'agression d'un patient sur un collègue] je ne pense pas que personne ne peut dire qu'on « *feel* » [se sent] bien quand cela arrive. Cela génère une anxiété intérieure parce qu'il y a une situation qui dépasse notre contrôle. (Inf 10 ligne 207-209)

La réaction de l'entourage affecte aussi les émotions du personnel soignant. Les participantes identifient des situations où l'agression n'est pas perçue avec le même niveau de gravité par certains membres de l'équipe : « J'ai l'impression que peut-être que l'agression était un peu banalisée (...) » (Inf 11 ligne 118) ; « peut-être [que] les personnes avant d'avoir vécues des agressions sont un peu nonchalantes, laissent ça [les règles sécuritaires] de côté. » (Inf 5 ligne 173-174). L'infirmier #9 exprime comment il est difficile pour lui de concilier les impératifs de son travail et le vécu subjectif de ses collègues à l'égard du patient agresseur:

Si quelqu'un me dit qu'il a peur d'un patient et moi [à la suite de mon évaluation clinique] je m'en vais le sortir [de son isolement], c'est [perçu] un peu comme si je disais [à ce collègue] : « ce n'est pas grave si tu te fais agresser ». (Inf 9 ligne 329-331)

L'infirmier reçoit une attribution négative de la part de ses collègues, comme si réaliser son rôle professionnel invalidait le vécu de ses pairs.

Les sentiments exprimés par les infirmières à la suite d'agression sur des collègues de travail sont nombreux. Certaines expriment leur sentiment sous forme négative et d'autre sous forme positive. Ce que certaines expriment avoir pour l'un, par exemple de la culpabilité et des doutes envers soi-même et ses compétences, est exprimé par une autre comme ayant une confiance en elle-même ou une absence de doute. Les sentiments ont donc été regroupés en binôme complémentaires afin de refléter ce vécu.

**Impuissance vs contrôle.** Le sentiment d'impuissance est probablement l'élément le plus difficile à vivre pour les soignants qui entendent le récit d'une agression sur un collègue. Ce sentiment se retrouve dans le vécu phénoménologique des infirmières # 3-5-6-9-10-12. Plus la situation est surprenante, plus elle va causer de la désorganisation et inférer un sentiment d'impuissance tel que décrit par l'infirmier #10 lorsqu'il a été témoin d'une situation très grave :

(...) ça été le chaos total, le chaos, et je me rappelle très bien où est-ce que j'étais assis dans la console avec mes équipes [au moment des événements], tout le monde était en panique et là, tu sais [dans un moment comme celui-là], tu te sens complétement impuissant. (Inf 10 ligne 388-390)

L'infirmière #3, à titre de gestionnaire, est à même de proposer une hypothèse quant à la réaction des employés au moment d'apprendre les détails de l'événement. Elle explique que les gens présents ont davantage l'impression d'avoir pu agir durant l'événement, d'avoir été là pour leur collègue, comparativement à ceux qui apprennent la nouvelle de manière secondaire :

Oui, j'ai vu cela plus souvent qu'autrement. Je ne pourrais pas dire [comment j'explique cela] parce qu'honnêtement, hum (...) Ben je pense que c'est peut-être une question d'impuissance. D'être obligé de gérer l'impuissance après. C'est peut-être plus long [de gérer le sentiment d'impuissance] que d'avoir l'impression que tu as fait tout ce que tu pouvais. (Inf 3 ligne 305-311)

Le vécu de l'infirmière #1 est similaire : « Il y a un sentiment de culpabilité parce qu'on aurait voulu être là. » (Inf 1 ligne 251). Dans le vécu de l'infirmier #6, la présence de stupéfaction et de recherche de compréhension, de donner un sens à l'événement, de pouvoir l'associer à la dynamique clinique de l'utilisateur est présent : « Souvent on va demander qui c'est? C'est quel patient? C'est commun, on veut, même moi, tu sais, on

veut savoir ben voyons, c'est qui qui a frappé? » (Inf 6 ligne 94-95). L'infirmier #6 exprimait par ailleurs que selon lui, il y a toujours un contexte aux agressions. Cette posture permet de ressentir plus de contrôle sur la situation et par le fait même moins d'impuissance. L'infirmier #9 partage les réactions des collègues [intervenant psychosociaux et agents de sécurité] à la suite d'une agression :

Eh bien, on te rend responsable, comme si l'imprévisibilité de la psychiatrie reposait sur tes épaules. (...) C'est comme si de prendre la place [d'] infirmière [qui te revient pour l'évaluation du risque] et les gens [autres membres de l'équipe] ont l'impression qu'on leur enlève leur place, donc tu deviens responsable. (Inf 9 ligne 343-350)

Dans ce vécu, les collègues intervenants psychosociaux et agents de sécurité se considèrent exclus de la prise de décision (même si consultés) quant au niveau de risque que peut représenter un patient et les mesures appropriées pour gérer le risque (les mesures de contrôle relèvent de la responsabilité professionnelle du personnel infirmier). Ce faisant, ils ne doivent pas se sentir en contrôle de la situation et par conséquent vivre un sentiment d'impuissance face aux conséquences appréhendées, sur eux-mêmes, de la violence potentielle des patients. Présents au quotidien auprès de la clientèle, ils seront les premières victimes des gestes agressifs et violents des patients, le cas échéant. Le blâme est porté sur leur collègue infirmier qui est en position d'autorité décisionnelle envers le patient et la situation. L'infirmier #9 rappelle la nature systémique du travail en psychiatrie et des déclencheurs interactionnels des agressions qui sont évacués par les collègues dans une réaction de blâme d'un bouc émissaire :

(...) « S'il m'arrive quelque chose, cela va être ta faute. » Mais ce n'est pas ma faute. On travaille en psychiatrie, c'est la faute de l'environnement, de notre travail

et tout ça. En quelque part, il est peut-être en partie responsable [lui-même] aussi.  
(Inf 9 ligne 350-354)

Tel que mentionné dans le sous-thème portant sur les facteurs interpersonnels contributifs aux agressions (thème 5.2.1 Caractéristiques de l'agression), il est plus facile de porter ce regard lorsque nous sommes extérieurs à l'événement ou de porter ce regard sur les autres que de tourner le regard vers soi.

Toutefois, il est intéressant de noter que chez certaines infirmières le sentiment d'impuissance est absent. Le vécu phénoménologique de ces infirmières présente plutôt une description de contrôle dans la situation. Les infirmières sont en actions, elles appliquent les étapes du protocole en cas d'agression :

[Au moment d'une agression] c'est l'urgence, donc vraiment dans mon cerveau comment je le ressens, c'est que le temps vraiment se ralenti et je vois les interventions, je regarde ce qu'il y a à faire (...) on dispatch [dirige les interventions]. (Inf 5 ligne 410-417)

Il en va de même pour l'infirmier #10 qui explique sa préparation mentale pour faire face à ce genre de situation d'urgence : « Je veux être prêt [au moment d'une agression]. J'ai mon rôle d'infirmier à assumer, le patient à sécuriser, j'ai mes collègues à sécuriser, mais j'ai un rôle aussi d'infirmier. » (Inf 10, ligne 228-229). La préparation des infirmières à cette portion de leur rôle permet d'être en action au lieu d'être en réaction durant l'agression :

Je me répétais souvent dans ma tête [les étapes du protocole d'urgence] comme pour me préparer mentalement à ne pas geler, parce que qu'est-ce que tu ne veux pas qu'il arrive lors d'une situation d'urgence c'est d'être paralysé par la peur. (Inf 10, ligne 242-244)

Cela confère aux infirmières une préparation à la survenue d'une agression, une préparation mentale qui pourrait les protéger le moment venu : « Je suis capable de garder la tête froide quand qu'il arrive une situation [d'agression sur un/des collègues]. Je me mets en mode urgence, réactivité. » (Inf 10 ligne 217-219).

**Culpabilité vs sérénité.** Les infirmières 1-3-8-9-10 mentionne la culpabilité dans les réactions émotionnelles du personnel à la suite du récit de l'agression sur un collègue. Le sentiment de culpabilité semble particulièrement fort chez le personnel apprenant l'histoire de l'agression de manière secondaire :

Les gens [qui] étaient en congé (...) ils reviennent [au travail] et ils entendent l'histoire de l'agression et des blessés. Ils vivent une culpabilité de ne pas avoir été là, soit pour aider le collègue, ou plein de raisons, ils se sentent comme coupable. C'est fou hein? Tu es là [tu es témoin] tu te sens coupable, tu n'es pas là [au moment de l'agression], tu te sens coupable. (Inf 3 ligne 315-319)

L'infirmière #1 mentionne son vécu phénoménologique en regard de son expérience de la culpabilité. Cela lui fait vivre beaucoup de doute sur ces compétences professionnelles : « Moi personnellement c'est que [l'agression par un patient que je soignais récemment] ça mettait beaucoup le doute sur ma capacité à évaluer un patient ici et que ça dure dans le temps. » (Inf 1 ligne 256-257). Pour elle, ce sentiment cause des dommages de manière insidieuse et fini par ronger les soignants : « [la culpabilité et le questionnement sur notre rôle dans la survenue de l'agression] ça fini par nous jouer dans la tête. » (Inf 1 ligne 293). Les infirmières expriment vivre des questionnements, des remises en question à la suite des événements d'agression. Finalement, l'infirmière #8 parle de son sentiment de culpabilité qui est absent dans ces circonstances : « Non [je ne me sens pas coupable après des agressions subies par les employés]. » (Inf 8 ligne 296). On pourrait dire que

l'infirmière qui ne ressent pas de culpabilité est sereine face aux événements, la sérénité étant un état de calme, de tranquillité, de confiance sur le plan moral (Larousse en ligne, 2023).

**Colère vs clémence.** La colère est identifiée par les participantes 1-3-4-5-8-9-10-11 et 12. Certaines en parle en connaissance de cause, l'ayant vécu elle-même : « Parfois tu es fâchée. On peut être fâché, la colère. » (Inf 8 ligne 83), tandis que d'autre partage avoir été témoin de la colère de leur collègue :

Oui [j'ai l'impression que les gars souffrent quand même]. Ce que j'ai vu le plus souvent [chez les gars] post intervention, ce sont des coups de pieds dans la poubelle, tu sais, ils sortent de la console (poste), claquent la porte de la console. C'est comme « cela n'aurait pas dû arriver, mon collègue c'est fait agresser ou un autre patient c'est fait agresser », ça sort un peu en colère. (Inf 3 ligne 345-348).

La colère est visible plus facilement au premier plan chez les hommes comparativement aux femmes. Le sentiment de colère semble associé au sentiment d'impuissance ou de ne pas avoir été en contrôle alors qu'on considère qu'on aurait pu ou qu'on aurait dû l'être, tel que mentionné par l'infirmière #5: « La colère parce que souvent on a le "*mindin*g" [la pensée] que tout aurait pu être prévenu » (Inf 5 ligne 169). L'infirmière #8 exprime une situation similaire de colère face à l'impuissance : « (...) cela peut être "pourquoi", "pourquoi moi", ils vont sacrer, ils vont être en colère aussi. » (Inf 8 ligne 110-111). Dans l'exemple de l'infirmière #12, la colère est présente chez le personnel car la situation aurait pu être prévenue : « Dans cette situation-là, oui, il y en avait eu [de la colère]. Je pense que c'est un manque de communication d'équipe, le *staff* [personnel] régulier versus le *staff* non régulier. » (Inf 12 ligne 113-116). L'infirmière #5 associe la colère à la manière de concevoir les événements par les intervenants. Ainsi, la colère s'exprime davantage

chez les intervenants qui ont une vision moins compréhensive, moins clémente, des éléments ayant entraîné l'agression chez le patient, qui conçoivent l'agression de manière plus comportementale: « Non, pas tout le temps. Il y en a qui voit cela d'une autre façon, qui sont fâchés, il y en a d'autres qui ont le même '*mind*' [la même façon de penser ou de réagir] » (Inf 5 ligne 240-242). Le « *mind* » étant ici la vision clinique, la manière de comprendre et d'attribuer la violence. La colère peut être dirigée vers les personnes en autorité sur la situation, tel que le médecin, qui a un rôle décisionnel au niveau des mesures restrictives à appliquer (ou non) au patient agresseur : « parfois ça va susciter de la colère parce qu'il y avait des médecins qui étaient beaucoup plus permissifs [en regard des mesures restrictives appliquées au patient agresseur] » (Inf 1 ligne 262-263).

L'infirmier #9 mentionne que bien que les sentiments soient humains et normaux, leur expression sur les lieux de travail semble moins bien vue ou perçue dans le milieu, comme si l'expression d'émotions amoindrissait le professionnalisme du soignant qui doit toujours être en mesure de comprendre que c'est la maladie: « Tu sais le patient, on sait qu'il est malade, mais cela n'empêche pas qu'on est un être humain face à un être humain. (...) » (Inf 9 ligne 226-229). La colère est associée pour l'infirmière #12 à de l'incompréhension et à une diminution de la compassion ou de l'empathie envers ces patients, faisant encore une fois référence à une certaine norme de compréhension/compassion requise *sine qua non* chez les soignants :

Ce n'est pas comme de la colère que de l'incompréhension, où les gens, vous me direz ce n'est pas professionnel là, mais on le sait bien lui il va nous cracher dessus. On n'a pas la même compassion, empathie envers les patients. (Inf 12 ligne 158-160)

Pour l'infirmière #1, l'apparition de la colère ou la permission de laisser transparaître la colère chez un soignant, est aussi associé à une diminution de l'empathie :

Ces patients-là [qui agresse sur une base comportementale] je vais bien les soigner tout ça mais je trouve que le lien de confiance est impossible parce qu'on ne sait jamais quand est-ce que ça ne va plus lui tenter et qu'il va justement nous frapper (...). Au point de vue de l'empathie, c'est sûr qu'il y en avait moins. (Inf 1 ligne 328-332)

La colère et la rancune sont des termes présents dans le discours de l'infirmière #8. À un moment de l'entrevue elle mentionne que la rancune est présente chez les employés intervenants psychosociaux et agents de sécurité qui travaillent plus étroitement avec les patients agresseurs au quotidien : « C'est là qu'on voit plus l'espèce de rancune [chez les intervenants psychosociaux et agents de sécurité, qui sont plus proches des patients émotionnellement ou relationnellement]. » (Inf 8 ligne 203). Elle explique néanmoins que la rancune ne perdure pas très longtemps dans le temps : « Mais non, cela ne m'est pas arrivé de voir des genres de rancunes pendant plusieurs mois. Cela ne m'est pas arrivée. » (Inf 8 ligne 122). Finalement elle explique que ce serait plutôt de la peur qu'elle constate chez ces collègues : « Je ne pense pas que c'est une rancune [envers le patient], je pense que c'est vraiment la peur. Je pense que c'est vraiment de la peur (...) » (Inf 8 ligne 158-159). La participante #8 est la seule à avoir mentionné ouvertement la rancune chez le personnel. Néanmoins, l'infirmière #4 mentionne la présence de colère qui perdure : « Oui il y a beaucoup de colère. Les gens euh, oui ils sont choqués [fâchés], il a blessé un de nos amis. Ça, la colère reste tout le temps. » (Inf 4 ligne 166-167). Ainsi, elle aurait, elle aussi, détectée une forme de rancune chez ces collègues, parfois même de la haine envers le patient agresseur : « Le patient était transféré, tu le haïssais quasiment

avant qu'il arrive. » (inf 4 lignes...). La colère est fréquemment rencontrée dans le vécu phénoménologique des participantes de cette étude. La rancune et la haine, des émotions extrêmement violentes, sont pour leur part très peu présentes (nommées clairement par une participante et implicitement par une deuxième). Au vu de l'atteinte à l'intégrité physique et psychologique d'une agression sur un collègue, on peut se questionner sur la faible prévalence de ces émotions négatives dans le vécu phénoménologique partagé par les participants. Par ailleurs, on peut aussi se questionner si certaines émotions sont réellement moins présentes ou si elles sont moins acceptables socialement, qu'il soit mal vu de les identifier chez soi et chez les collègues et encore moins de les nommer, même dans le cadre confidentiel et sécuritaire d'une entrevue de recherche. Finalement, les infirmières gestionnaires identifient le besoin de prendre en charge cette colère, de traiter ce vécu émotionnel, afin d'aider les soignants à prendre du recul face à leur vécu et leur ressenti envers le patient agresseur :

Tu essaies [comme gestionnaire] de décortiquer tout ça en ramenant ça [l'agression] à la problématique du patient, à l'histoire du patient et à ses difficultés, parce qu'il y en a [des employés] qui vont vivre de la colère (...) et c'est important que ces gens-là prennent un pas de recul par rapport à ça [l'agression et la colère ressentie].  
(Inf 10 ligne 275-281)

**Peur vs confiance.** Les patients agresseurs suscitent de la peur et les participants 1-3-4-6-8-9-10 et 12 le mentionnent dans leur vécu phénoménologique. Ces patients suscitant la peur seront pris en charge de manière différente tel que mentionnée par l'infirmière #1: « C'est sûr que ce sont des patients qui après ça [une agression envers un soignant] il y a toujours une prise en charge plus craintive puis il va avoir beaucoup plus

de prudence avec ces patients-là. » (Inf 1 ligne 400-402). Les interactions avec le patient agresseur sont empreintes d'appréhension chez les témoins d'agression :

J'ai vu une agression (...). J'étais dans le poste infirmier. C'est sûr que tu as peur, tu sais j'ai comme, j'ai été, c'est impressionnant parce que tu as peur, tu ne veux pas que tes collègues soient blessés. Alors tu es plus craintive. (Inf 4 ligne 95-101)

Cette peur entraîne des séjours plus longs, évidemment, car le personnel ne peut pas être rassuré ni être rassurant envers le risque de violence que le patient présente : « Oui, oui, oui, (...) il reste longtemps à l'hôpital lui. Oui parce que c'est sûr qu'il y a de la crainte qui va s'installer. » (Inf 1 ligne 392-393). Par ailleurs, en conséquence de cette peur, les mesures restrictives vont être utilisées plus longtemps elles aussi avec ces patients : « un patient comme ça qui a agressé et qu'il y a un contre transfert, les contentions vont rester là longtemps, longtemps, avant que l'équipe ait confiance qu'on lui enlève les contentions. » (Inf 11 ligne 221-223). De plus, la peur serait identifiée chez les soignants qui adoptent des interventions plus punitives ou coercitives tel que mentionné par l'infirmière #3 et illustré ici par les propos de l'infirmière #4:

Les interactions avec les gens [patients], ce n'est plus pareil. Ils sont [les intervenants] plus sévères, ils ne sont pas gentils [respectueux]. Tu sais, je veux dire qu'ils [les intervenants] sont comme bête. Parce qu'ils ont peur, ils craignent le patient, alors ils sont plus sur la défensive. (Inf 4 ligne 155-158)

La peur peut aussi entraîner une rigidité d'application des protocoles et procédures, sécuritaires: « j'arrive [dans cet établissement] et je réalise que beaucoup de gens sont menés par la peur, l'anxiété, donc ils se réfugient derrière des procédures, derrière des façons de faire et derrière une distance avec le patient. » (Inf 9 ligne 282-287). Parfois, les collègues verbalisent leur inconfort : « J'ai déjà des gens [des collègues] avec d'autres

patient qui ont peur, qui disent là je te laisse aller aujourd'hui parce que je le « *feel* » pas. » (Inf 12 ligne 129-130).

L'infirmier #9 ne ressent pas de peur face aux patients qu'il soigne : « J'arrive à travailler avec eux. » (Inf 9 ligne 264-265) tout comme l'infirmier #10 qui énonce qu'il ne faut surtout pas être paralysé par la peur lors d'une agression sur un collègue. L'infirmier #6, quant à lui, n'exprime pas de peur, car il y a toujours un contexte aux agressions selon lui : « Non, [je n'étais] pas nécessairement [craintif de ces patients à la suite de l'agression]. » (Inf 6 ligne 103). La confiance, de pouvoir comprendre, expliquer et identifier les mécanismes de violence, est donc une antithèse à la peur pour cet infirmier. Il est intéressant de noter que les infirmiers 6-9 et 10, tous des hommes, ont une posture plus confiante face aux patients agresseurs que leurs collègues féminines.

**Dégoût vs empathie.** Certaines participantes (# 1-5-6-7-9-10) mentionnent ressentir du mépris face au patient agresseur : « C'est sûr et certain que ça, ça vient te chercher, ça vient provoquer là, de la, de la, tu sais, il y a vraiment un dégoût, un dégoût [envers le patient qui prend plaisir à agresser]. » (Inf 5 ligne 194-195). C'est une émotion qui est difficile à décrire chez ceux qui l'identifie : « c'est même un peu, je ne sais pas quoi dire, pas repoussant mais ça, ça nous heurte là dans nos valeurs même professionnelles ou personnelles. » (Inf 1 ligne 364-365). Le langage péjoratif dénoté chez des collègues, par l'infirmier #6, illustre aussi ce dégoût envers le patient agresseur : « Oui, parfois les intervenants parlent en mal des patients, 'lui je ne suis pas capable', 'lui c'est un danger public' ou 'lui c'est une ordure' » (Inf #6 ligne 193). Lorsque l'infirmier

#10 partage des actes abjects fait par les soignants sur les patients agresseurs, tel que de laisser un patient dans son urine, cela peut être une illustration de l'abjection ressentie par les soignants : « quelqu'un qui laisse un patient dans son urine, qui vit du contre transfert, qui nargue les patients (...). » (Inf 10 ligne 492-493). Le dégoût est la réaction de rejet face au patient tandis que l'empathie est la capacité de se placer dans la position d'autrui afin de le comprendre, ces deux sentiments étant complémentaires dans le vécu des participants. L'empathie devant être ravivé chez les soignants qui vivent des émotions qui repoussent les patients agresseurs de leur soin.

#### *Vécu socioprofessionnel*

Durant une agression, l'infirmière occupe un rôle d'arrière-plan, se tenant prête à administrer une médication au patient agresseur si requis : « Lorsque je vois que tout est sous contrôle [que le patient est maîtrisé physiquement] et qu'on me fait signe que c'est correct, je quitte et je vais dans la pharmacie préparer l'injection. » (Inf 12 ligne 32-33); « Lors de ces événements, j'avoue que les infirmières ont est plus en dernière ligne [en arrière-plan]. On va plus arriver quand ça va être les contentions, quand ça va être les injections. (Inf 8 ligne 187-188). L'infirmière doit s'occuper du patient qui a agressé en plus de s'occuper de ses collègues blessés :

Habituellement, par après, quand on a maîtrisé la situation, on se regroupe tous [les membres de l'équipe] dans la console [poste de travail], avant que les agents d'intervention [de sécurité] partent. Je demande êtes-vous blessés? Le nombre de fois où j'ai traité [les blessures physiques et psychologiques de] mes collègues. C'est toutes des choses qu'on a à gérer en plus d'aller faire nos notes, nos surveillances [du patient agresseur maîtrisé] et on est une seule infirmière à gérer tout cela. Et puis de donner le PRN [médicament au besoin au patient agresseur]. (Inf 5 ligne 363-373)

L'infirmière doit se comporter selon les normes et standards attendus, alors qu'elle reçoit aussi les émotions de ses collègues, agressés, sous le choc, en plus de ses propres émotions, une obligation que plusieurs participants jugent contre-intuitive et difficile.

L'infirmière #8 explique bien dans son vécu phénoménologique les besoins concurrents que les infirmières doivent adresser à la suite d'une agression : : « (...) moi aussi j'ai des émotions, mais j'ai quand même mon travail d'aller voir si tout le monde est correct. » (Inf 8 ligne 278-280). Parfois, après une agression, l'infirmière doit évaluer si un collègue (intervenant psychosocial ou agent de sécurité) est (encore) en état de travailler auprès du patient agresseur : « (...) cela m'est arrivée d'avoir une discussion avec un collègue ‘ je comprends que tu es fâché, mais es-tu encore capable de travailler avec le patient?’ » (Inf 8 ligne 237-238). Les infirmières sont préoccupées de la manière dont les autres membres du personnel vont s'adresser au patient pendant une intervention dans la salle d'isolement. Alors la charge de responsabilité des infirmières est énorme. Néanmoins, ce n'est pas l'infirmière au chevet qui doit s'occuper de ses collègues post-agression, ce rôle étant dévolu à l'infirmière gestionnaire selon le protocole post-événement.

Le rôle de l'infirmière gestionnaire est plus centré sur la gestion du personnel en situation de crise : « C'est sûr que rapidement tu n'as pas le choix dans des situations comme ça de prendre l'équipe et de faire des séances de verbalisation avec eux parce que ça leur a fait vivre des émotions » (Inf 10 ligne 270-272). Les infirmières gestionnaires s'occupent des gens sur place :

Tout le monde ensemble, on parle un peu de la situation, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui s'est produit pour que cela [l'agression] arrive [se produise], comment ils se sentent par rapport au patient. On les réfère aussi au programme d'aide aux employés. On essaie de mettre en place tous les besoins et on essaie de cibler ceux qui en ont plus de besoin. (Inf 11 ligne 90-97)

En plus elles s'occupent des travailleurs après leur retour à la maison :

Je vais aller les rencontrer [les employés, témoins de l'agression, les plus affectés], je vais les appeler [à la maison], voir comment ils vont, pour les écouter. Quand ce sont les premières agressions aussi qu'ils vivent, quand c'est des nouveaux [dans l'établissement] et que c'est leur première agression, que ce soit le commis ou que ce soit l'infirmière ou l'intervenant psychosocial. (Inf 11 ligne 319-329)

Le protocole post-événement inclus d'informer les différentes directions lors d'agression, ces dernières offrant un support administratif et du support au gestionnaire:

Ils me donnent [la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des ressources humaines (DRH)] la marche à suivre, ils démarrent les séances de verbalisation, si c'est trop grand comme événement, ils font venir le programme d'aide aux employés directement sur place. (Inf 11 ligne 352-356)

Le rôle pivot du gestionnaire pour la gestion de la situation de crise n'est pas toujours adapté à son vécu surtout lorsqu'il est lui aussi impliqué cliniquement auprès du patient :

Et en principe les gestionnaires sont installés dans leur bureau alors ils ne sont pas témoin. Le problème c'est que ce ne sont pas tous les gestionnaires qui sont dans leur bureau. Moi, j'étais une fille de plancher alors moi j'ai souvent été témoin [d'agression], ou je suis même intervenue physiquement [lors d'agression]. (Inf 3 ligne 365-371)

Cette offre de support des directions (DSI et DRH) n'est pas toujours perçue comme suffisant au vu de la crise qui se vit sur le plancher :

Je te dirais que sur le coup on [le gestionnaire] est sur l'adrénaline, faut gérer les gens, tu sais, eux-autres [la direction], ils ont l'impression qu'ils nous aident en disant « avez-vous besoin de quelque chose » et puis qu'on n'a rien qu'à leur dire si on a besoin, tu sais facile de même, hein, pis eh, ce n'est pas nous autres qui s'est fait agresser (...) (Inf 3 ligne 362-365)

La perception du support des directions en lien avec les agressions de patients sur du personnel, par le personnel impliqué ou touché par les événements, est faussée par une méconnaissance du protocole et des mécanismes enclenchés pour gérer la situation :

Le support c'était à nous [les gestionnaires, que la direction l'offrait]. Dans le sens, [la direction demandait] as-tu besoin de quelque chose, as-tu assez de monde [sur l'unité pour continuer à offrir les soins et services aux patients], as-tu besoin que j'appelle la liste de rappel, il te manque quoi? Ben non, c'est correct, on s'est arrangé, mais l'équipe (...) c'est à moi qu'il [la direction] le demande, pas au gens [aux employés impliqués]. (Inf 3 ligne 322-338)

À la fin de la journée, l'infirmier gestionnaire est sous le coup des événements et de son propre vécu : « [Malgré le support des collègues et des supérieurs] tu retournes quand même chez-vous et tu te dis tabarouette, tu sais, ça été intense. » (Inf 10 lignes 452-475).

Dans le verbatim de l'infirmière gestionnaire #3 ci-dessus, lorsque la direction demande au gestionnaire si elle a besoin de quelque chose, c'est comme si la direction demandait une permission pour se présenter sur l'unité lors d'incident grave, comme si la direction avait besoin d'être invitée pour légitimer sa présence, une présence indésirable, non souhaitée dans l'intimité de l'équipe et de ce qu'elle vit à ce moment-là. Si le gestionnaire a une lecture littérale de la question et qu'il en a vu d'autre ou qu'il est bien formé pour gérer le post-événement, il répond que non, tout est sous contrôle. Mais la perception du personnel va être que la direction n'a rien fait pour les soutenir lors des événements. Ce qu'ils ne savent pas c'est que la direction a téléphoné pour offrir son soutien mais que finalement elle s'est fait dire qu'on n'avait pas besoin d'elle. Finalement, ce que les témoins des événements peuvent être portés à croire c'est que les administrateurs ne font rien pour prendre soin des employés qui ont des traumatismes, qui

pleurent et qui partent chez eux. Cette croyance peut aussi être exacerbée par les interdits associés à la confidentialité entourant le dossier de santé et sécurité au travail des employés. Ces aspects sont aussi traumatisants, sinon plus, pour les témoins des événements parce qu'ils se sentent délaissés par la direction.

Le protocole post-événement est décrit exclusivement par les infirmières gestionnaires, aucun participant soignant au chevet ne mentionne la présence du protocole post-événement, dans le vécu phénoménologique qu'elles partagent. Les participants ne mentionnent pas, non plus, dans leur vécu phénoménologique, avoir de lieu propice pour l'expression des émotions qu'ils vivent et recevoir la prise en charge nécessaire. Tel que décrit dans les verbatims des gestionnaires ci-haut, en dehors d'une référence au programme d'aide aux employés ou d'une intervention directe de ce programme, le personnel ne semble pas savoir que des structures existent, ou bien ils ne se souviennent pas que des ressources existent. Durant le déroulement d'une situation traumatisante, les témoins et victimes ne sont pas nécessairement disponibles, émotionnellement et psychologiquement, pour penser. Parfois, la situation est tellement traumatisante que le soignant veut simplement fermer la porte sur ce qu'il vient de vivre alors que le traumatisme est bien réel et peut s'incruster et causer des dommages. Par ailleurs, certaines situations peuvent affecter l'application du protocole tel que l'absence de blessure physique chez les soignants, l'incitation à décliner les interventions offertes dans un contexte de banalisation des événements ou peut-être même par crainte d'être blâmé. Davantage d'explications entourant le protocole post-événements seraient requises afin de briser les perceptions des soignants et d'atténuer leurs craintes quant à leur prise en charge

à la suite d'un événement d'agression et les informer des mesures déployées par la direction pour mitiger les conséquences néfastes des agressions et assurer leur bien-être.

### *Vécu traumatique*

**Traumatisme individuel.** Les participantes # 3-7-8-12 expriment vivre des comportements ou être témoin de comportements chez leurs collègues qui peuvent s'apparenter à des symptômes traumatiques. L'infirmière #8 confie : « Bien sûr [cela me suit à la maison ensuite]. Oui, oui, j'en ai rêvé pendant des mois après. (...) J'ai eu de la misère à dormir pendant quelques temps. » (Inf 8 ligne 287-291). Ces situations de reviviscence sont associées à des émotions négatives qui sont drainantes pour l'infirmière : « C'était plus de revoir les scènes. Plus des petits éléments. Ce n'étaient pas des cauchemars, c'est vraiment, tu revois la scène et c'est épuisant un peu, ce sont les émotions qui sont là qui sont plus négatives. » (Inf 8 ligne 317-321). Ces symptômes et ce vécu sont transportés aussi dans la sphère familiale : « Non, je ne pleure pas mais je suis plus irritable à la maison. C'est sûr que mon côté familial en a souffert un petit peu pendant ce temps-là. » (Inf 8 ligne 323-324). L'infirmière #7 décrit l'impact d'entendre ces histoires : « Oui [c'était comme retraumatiser à chaque fois], même si c'est juste une histoire que tu entends, ça ravive l'affaire, ça ravive l'espèce de sentiment que oui, que tu portes » (Inf 7 ligne 277-278). Les sursauts et l'état d'hypervigilance sont notés par des participantes : « Il y avait [des employés], oui que tu sais, tu voyais qu'au moindre petit cri, tu les voyais un petit peu sursauter. » (Inf 3 ligne 293-295) ; « Oui, les gens sont aux aguets tout le temps. » (Inf 12 ligne 107). Les récits d'agression entendus par les collègues activent chez les soignants ayant été eux même victime directe d'une agression, une

reviviscence : « Ceux qui ont été agressés ont de la difficulté à faire la part des choses et ça [d'entendre parler ou de voir une agression] leur fait parfois revivre leur propre agression. » (Inf 3 ligne 39-41).

**Traumatisme d'équipe.** Quand un membre d'une équipe se fait blesser, il y a une cassure, une fragilisation, qui se produit chez les employés : « alors s'il y en a un là-dedans [parmi nous] qui se fait blesser ou qui s'en va en \*\*\*\*\* [arrêt de travail] ou quelque chose comme ça, ça fragilise beaucoup, beaucoup l'équipe. (Inf 1 ligne 524-529). Une notion de communauté est présente dans le milieu d'étude. Les liens interpersonnels sont intenses. Il y a presque une continuité entre les corps, entre les humains. L'infirmière #1 mentionne quelque chose d'intrigant :

C'est encore plus vrai [de se sentir coupable] si hum, moi je travaillais de jour donc le patient qui allait bien et là on apprend que de soir il s'est passé quelque chose, donc notre équipe qu'on a rencontré à quatre heures à qui on a donné un rapport et bien finalement il s'est passé de quoi le soir avec le même patient (...) (Inf 1 lignes 279-282).

C'est comme si le rapport entre les travailleurs était incarné. La personne qui subit le trauma secondaire se considère comme étant une extension de la victime. Combiné à la transmission rapide de l'information dans tout l'établissement, les publications sur Facebook™ (5.2.1 Caractéristiques de l'agression – tout le monde le sait), le resserrement des mesures par tous envers tous les patients à la suite d'une agression, la connaissance de la victime (5.2.1 Caractéristiques de l'agression – cible) ou de l'agresseur (5.2.1 Caractéristiques de l'agression – choquant), autant de moyens de rester connectés et interconnectés et d'indices que les répercussions des agressions sont très fortes à travers tout l'établissement. L'équipe peut ainsi s'étendre jusqu'à la collectivité entière de

l'établissement. C'est un traumatisme d'équipe, un traumatisme collectif, et non pas simplement un traumatisme de la personne qui a été agressée. C'est toute l'équipe qui est défaite. Cette interconnexion entre les corps, entre les soignants, explique aussi le sentiment d'impuissance et de culpabilité étendu au travers l'organisation.

### **5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique**

Dans ce thème, deux sous-thèmes interreliés sont présents, soit « le patient écope » et « le contre-transfert ». L'un représente le résultat sur la relation thérapeutique et l'autre le phénomène qui se déroule.

#### *Le patient écope*

Dans le discours de toutes les participantes, sans exception, le patient agresseur écope à la suite de l'agression : « Je ne pense pas qu'on a le même regard empathique envers les patients à l'hôpital [général] qui décompensent versus ici [dans notre milieu]. » (Inf 12 ligne 164-165). Selon l'infirmière #12 citée précédemment, les patients écoperaient même simplement en étant admis dans l'établissement. Les répercussions ne sont pas nécessairement conscientes chez le personnel. Pour la participante #3, le patient est brimé dans son parcours thérapeutique par les réactions punitives des soignants:

C'est quoi l'apprentissage que nos patients font dans ce temps-là [en présence d'intervention punitive] ? Pas grand-chose. Ils [les patients] se rebellent, ils ne sont pas contents, ils finissent par perdre encore plus parce qu'ils réagissent au fait qu'on [le personnel clinique] les a brimés. (Inf 3 ligne 102-104).

L'infirmière #4 stipule que la qualité des soins est différente : « Ils n'ont pas [la même qualité de soins]. » (Inf 4 ligne 162). L'infirmière #5 énonce qu'il y a des impacts dans le soin et que le lien thérapeutique des soignants avec le patient agresseur est affecté par

l'agression : « Est-ce que le soin, il peut y avoir des impacts dans le soin? Oui. Est-ce que les intervenants ont envie d'aller [vers le patient], d'être plus courtois ou discuter avec la personne? Beaucoup moins. » (Inf 5 ligne 256-259). L'infirmière #8 décrit les différents cas de figures possibles à la suite de l'agression. Selon son vécu phénoménologique, la qualité de la relation entre le patient et les soignants est affectée. Elle a vu des soignants capables de poursuivre les soins et d'autres en être incapables. Elle nomme comment il est difficile de poursuivre chez ceux qui poursuivent :

Eh bien, je ne peux pas croire que ce n'est pas [la relation entre le patient et les employés] affecté [par l'agression]. J'ai déjà eu des collègues qui ont été capables de retravailler avec ces patients-là et [qui ont été capables] de passer par-dessus. Parce que tu sais, en théorie, ils sont malades [ces patients]. C'est dur de ne pas rester accroché et en même temps on est ici pour les aider, mais je peux comprendre qu'il y en a qui ne sont pas capables. (Inf 8 ligne 117-121)

Il est particulier de constater les différentes formulations associées aux impacts sur le patient et sur la relation entre le patient et les soignants. Ci-dessus, l'infirmière #8 s'exprime par la négative: « je ne peux pas croire que », tandis que l'infirmière #11 énonce avec certitude : « C'est sûr que [l'agression du patient sur un soignant] cela brime le plan de la relation thérapeutique. » (Inf 11 ligne 143). L'infirmier #10 pour sa part, s'exprime de manière hypothétique : « Ça [l'agression] pourrait effectivement, bien oui [affecter la relation que l'employé a avec le patient]. » (Inf 10 ligne 284). Ces différentes formulations informent sur le caractère insidieux des conséquences sur la relation thérapeutique entre le patient agresseur et les soignants en plus d'illustrer une répercussion qui n'est pas bien vue de nommer en raison des codes formels qui régissent la pratique infirmière. Le retrait de la réciprocité et de la bienveillance, de la connexion entre le patient et l'infirmière est

un exemple de frontière que l'infirmière établie lorsqu'elle est trop affectée par l'événement ou si ses pairs sont trop affectés par l'événement. Une limite est placée à la transgression du lien thérapeutique ou du lien de confiance.

### *Contre-transfert*

La notion de contre-transfert revient continuellement dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude. Le contre-transfert est une réaction émotionnelle du soignant face au vécu du patient. L'infirmière l'énonce ainsi : « L'agression du patient envers le staff [le personnel] crée un contre-transfert du staff envers le patient. » (Inf 7 ligne 384-385). Ce contre-transfert s'identifie par les comportements et réactions des soignants envers le patient. Pour certains, il y a des indices de contre-transfert envers un patient durant les réunions d'équipe :

Ce qu'il [le psychiatre] voit c'est si on fait moins de rencontres avec le patient. Il le voit dans les réunions d'équipe, dans l'envie du staff de contenir [reprendre par application de contention] et de garder en chambre le patient. » (Inf 7 ligne 511-514)

La souffrance des infirmières de cette étude est alimentée par deux sources. La première est la proximité et l'exposition à des collègues souffrants et ayant des réactions négatives envers le patient agresseur. La seconde source provient de leur position déontologique délicate et inconfortable étant donné leur rôle au sein de l'équipe :

Dans le contre-transfert, dans le quotidien auprès du patient, ça les psychiatres ils ne le voient pas et ils ne peuvent pas intervenir là-dessus. (...) Le psychiatre sait ce qui se passe, tout à fait. Mais après cela, il n'y a personne qui supervise, dans le soin au quotidien sur le plancher. Après cela, les couteaux peuvent voler bas et personne ne les voit [à part nous]. (Inf 7 ligne 519-532)

C'est ce que l'infirmière tente d'exprimer dans le verbatim ci-dessus, alors qu'elle mentionne que « personne ne les voit » ces gestes et ces interventions contre-transférentielles, inadéquates envers les patients (agresseurs), à l'exception d'elle-même comme infirmière et, de manière sous-entendue, des infirmières en général. Ce vécu émotionnel du soignant ne devant pas, dans le meilleur des mondes, être redirigé sur le patient lors des interventions. Ce genre de réaction contre transférentielle réduit la qualité de l'intervention, voire annihile ses vertus thérapeutiques.

#### **5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins**

L'infirmière #1 énonce avec conviction que les émotions du personnel soignant affectent immanquablement la qualité des soins :

Il ne faudrait pas mais c'est sûr que ça [les émotions du personnel soignant envers le patient agresseur] doit les affecter [la qualité des soins] que je le veuille ou non, ça doit faire un filtre [en]vers le traitement du patient, c'est sûr, sûr, sûr. (Inf 1 ligne 370-371).

Elle explique ensuite comment la compréhension (rationalisation) de l'agression, son étiologie, affecte la qualité des soins. En fait, elle l'explique tel une double cascade soit que l'étiologie de l'agression affecte la capacité à mobiliser l'empathie et la capacité à mobiliser l'empathie affecte la qualité des soins :

(...) quelqu'un qui est psychotique, il y a comme une empathie, on va dire « il est vraiment malade », tu sais c'est quasiment « pauvre lui-là », et l'autre que c'est plus au niveau comportemental, il n'y a pas cette empathie-là. C'est parfois [plus] difficile de comprendre pourquoi [la personne dont la violence est comportementale] a pris ce chemin-là. (Inf 1 ligne 372-375).

L'infirmière #2 explique comment elle souhaite prendre soin de la patiente sans banaliser ou minimiser le risque :

Je le sais qu'il y en a un réel risque, je le comprends tu sais, mais je ne parle pas de genre demain matin y faire passer la journée dehors (...) je ne sentais pas, pas du tout une volonté [de soigner la patiente] (Inf 2 ligne 281-291)

Ce que l'infirmière énonce est la difficulté de soigner la patiente, la difficulté de désapprouver la violence tout en soignant l'humain auteur de cette violence. Les collègues souffrant de STS attribuent fréquemment l'acte du soin à une minimisation ou une banalisation de l'offense. Il devient extrêmement difficile pour eux de distinguer le geste de son auteur. Dans cette section, seront présentés des exemples de qualité des soins. Ces derniers sont présents selon un continuum perçu de conforme à non conforme en passant par conforme mais difficile d'y parvenir et sous-optimal. Les soins sont parfois aussi impossibles à réaliser.

### *Soins conformes*

Les infirmières 5-6-9-11-12 mentionnent, dans leur vécu phénoménologique, le besoin de gérer leurs émotions afin de se dégager un espace de neutralité, un espace où elles ne se laissent pas envahir par les émotions que la gestion de violence suscite inmanquablement chez elle.

J'essaie de rester le plus neutre possible [pour prendre soin de ces patients agresseurs là après l'acting out]. (...) Je pense que c'est possible [de rester neutre après ça] (...) moi je peux être « *caring* » en étant neutre je crois. (Inf 5 ligne 197-200)

Cet espace leur permettrait de maintenir des soins infirmiers conformes envers les patients agresseurs. Elles expliquent aussi que cela deviendra plus facile avec le temps ce qui leur permettra d'assouplir la bride ultérieurement. Certaines expliquent ne pas constater d'impact sur leur pratique envers les patients agresseurs : « Pour avoir travaillé avec des patients que je savais pertinemment qu'ils avaient blessé des collègues, ça n'a rien changé

[à mes soins] honnêtement, pour ma part en tout cas. » (Inf 6 ligne 96-98). L'infirmière #5 réfère au respect des protocoles et des principes guidant l'application des mesures de contrôle comme exemple de soins conformes :

Un autre patient que lui aussi il frappait, mes collègues [agent d'intervention] demandent « est-ce que tu veux qu'on l'attache, veux-tu qu'on l'injecte ? » et je regarde le patient, je lui dis, tu collabores maintenant, en ce moment est-ce que tu as fini ? Il pleurait comme un gros bébé, un grand garçon qui là, finalement, il était comme un gros bébé parce qu'il se rendait compte que ce qu'il avait fait, cela n'avait rien de *fun*. (Inf 5 ligne 208-215)

L'infirmière #11 pour sa part mentionne la coupure émotionnelle qu'elle exerce afin de maintenir des soins conformes :

Non [ce n'est pas difficile de soigner le patient quand il vient d'agresser un collègue]. Je fais vraiment comme une coupure là, on a nos soins à faire. J'essaie de ne pas, parce que si on entre dans l'émotion, je n'arriverai pas là. Je fais vraiment une coupure, et je me dis j'ai un soin à aller faire à cette personne-là et oui, il vient peut-être d'agresser, mais il y a eu une problématique et il faut le régler. (Inf 11 ligne 70-74)

Elle explique comment elle tente de distinguer l'empathie et la compassion de l'approche douce et maternelle :

Je vais dire [au patient agresseur] ce que je vais faire, mais à ce moment-là, je ne serai pas tant dans le *caring*. Je ne serai pas enveloppante mettons. Je vais avoir une petite retenue. Je vais dire ce que je m'en viens faire, je vais rester calme, adéquate. (...) C'est une intervention [avec la sécurité]. (Inf 11 ligne 79-86)

Cette scission étant possible compte-tenu que l'empathie passe par les propos (dimension cognitive) et pas seulement par les manifestations externes reconnues comme maternelles.

*Soins conformes mais difficiles*

Plusieurs participantes, les infirmières 1-2-3-4-8-9-11, apportent dans leur vécu phénoménologique des exemples de soins prodigués de manière conforme mais avec son lot de difficultés. Pour l'infirmière #8, les soins sont plus difficiles mais demeurent cohérents avec ses impératifs déontologiques :

D'aller faire les soins à la personne qui a agressé, tu sais, c'est difficile mais tu sais, moi je suis capable de le faire. C'est que moi, pour moi, ben je respecte mon code [de déontologie] et je suis encore capable de faire les soins dont la personne a de besoin. » (Inf 8 ligne 213-216)

Deux difficultés se présentent aux infirmières soit « l'augmentation de la sécurité et des ressources requises » pour administrer les soins et « le ressac du discours du risque » avec lesquels elles doivent composer.

**Augmentation de la sécurité et des ressources requises.** Les infirmières décrivent comment les mesures sécuritaires s'intensifient envers les patients agresseurs dans le milieu : « à chaque fois que tu vas vouloir aller faire un soin, ça va prendre vraiment beaucoup de sécurité et d'agents de sécurité tout ça donc c'est (...) plus lourd-là à organiser les soins autour de ces patients-là. » (Inf 1 ligne 411-414). Elles sont conscientes que les mesures de sécurité s'intensifient autour de ces patients et que cela impacte la distribution des ressources disponibles : « ce sont des patients qui auraient peut-être besoin que les ratios d'employés soient augmentés parce que ce sont souvent des patients qui ont besoin de plus de soins ou plus de surveillance ou d'observation » (Inf 1 ligne 404-406). La lourdeur des mesures de sécurité allonge aussi le temps que les interventions prennent auprès de ces patients :

[C]e n'est pas le personnel [de l'unité] qui met les contentions [à ces patients-là], ça va être les agents de sécurité [qui se trouvent hors de l'unité] (...) donc il y a des délais de dix, quinze, vingt minutes pour qu'un patient soit déplacé, ce qui engendre vraiment de la frustration chez le patient aussi. Lorsqu'il va moins bien et qu'il demande de rentrer en chambre et qu'on doit l'informer « et bien il faut que tu attendes quinze minutes » c'est tout pour pas l'aider justement. (Inf 1 ligne 435-446)

L'infirmière #2 tempore ses propos sur la disponibilité de ses collègues à s'occuper de la patiente en regard des ressources disponibles : « c'était une patiente parmi quatorze sur l'unité avec plein d'autres patients problématiques, tu sais, je veux dire ce n'était pas comme s'ils étaient sept personnes à s'occuper juste d'elle » (Inf 2 ligne 107-108).

**Ressac du discours du risque.** Le discours du risque peut être exacerbé chez l'infirmière elle-même ou porté par ses collègues de travail. Cette participante exprime la manière dont le doute teinte ses évaluations cliniques subséquentes :

La prochaine fois qu'on va évaluer un patient et qu'on va se dire oui il doit être prêt à passer sur une autre unité, [car] il va mieux, et bien on va toujours se rappeler de cet incident-là, et on va faire comme ouien, Est-il vraiment prêt ? En sommes-nous vraiment sûr ? (Inf 1 ligne 264-269)

Ce doute, tel qu'exprimé par la participante #1, est projeté sur tous les patients dont l'infirmière s'occupe et est donc non spécifique au patient agresseur lui-même. De plus, un glissement se produit chez les soignants alors que l'infirmière #3, aussi gestionnaire, dénote des interventions qui deviennent plus punitives:

Eh bien pas de ne pas [vouloir] soigner [le patient] mais d'avoir de la difficulté à prendre une distance et parfois que leurs interventions étaient, elles étaient un peu teintées de la crainte qu'ils avaient [envers le patient], dans le sens où on notait des fois, tu sais des interventions qui étaient peut-être un peu plus punitives que cliniques. (Inf 3 ligne 71-74)

L'approche de certains intervenants embauchés pour leur qualités cliniques manifestent se modifie : « Des gens [des intervenants] (...) manquent de flexibilités, ils sont rigides. »

(Inf 9 ligne 181-186). Cette rigidité s'exprime par de la réticence ou de l'opposition de certains membres de l'équipe qui freinent la volonté de progresser dans le plan d'intervention des patients agresseurs, tel que vécu par l'infirmière #2, citée précédemment, qui reçoit continuellement une fin de non-recevoir de ses collègues compte-tenu de la dangerosité perçue de la patiente ou encore dans le prochain exemple, d'une personne de référence qui tente de faire progresser le plan de son patient :

Une personne de référence [d'un patient agresseur suscitant du contre-transfert] voulait amener son patient ailleurs [être créatif pour atteindre les objectifs cliniques du patient] et passer [proposer] une activité guitare, et le patient était « contentionner » [sous contentions] sur une chaise [fixée au sol] et là tu avais une partie de l'équipe qui disait bien non, c'est bien trop dangereux. Il fallait [alors] déconstruire en quoi c'est dangereux et essayer de les amener vers des objectifs communs. (Inf 10 ligne 356-360)

Le discours du risque devient fort et omniprésent auprès de la clientèle. Le problème est lié à la perception d'une absence de réponse chez certains collègues à la souffrance des soignants victimes de STS dans leur rôle de soignants et au développement d'une forme de cristallisation, de rigidité, face aux patients agresseurs qui empêche l'accès aux soins requis par leur état de santé. Les émotions sont étroitement liées aux pensées, mais les pensées ne sont pas toujours le reflet de la réalité actuelle de la situation. Ainsi, un patient qui a déjà agressé peut susciter de la crainte et un des défis des soignants sera d'identifier si les craintes sont fondées dans l'action actuelle du soin : « il y avait des patients que les gens [soignants] décrivaient toujours comme, on ne le sait pas on a l'impression [qu'ils sont dangereux] » (Inf 3 ligne 386-387). Le vécu émotionnel des soignants pouvant aussi être déphasé avec l'état clinique actuel du patient tel qu'exprimé par l'infirmière #11 :

Le patient est collaborant, on n'a pas rien [de motif] pour le contentionner [placer sous contentions]. Mais tu sais je leur parle, je comprends, je comprends ta souffrance, je comprends ce que tu sens mais selon la loi on n'a pas le droit de le faire. On ne sera pas capable (...) de justifier qu'on le contentionne [le place sous contention]. (Inf 11 ligne 399-101)

Peu importe la raison sous-jacente à cette obstruction du soin, envers les soins, les infirmières doivent tout de même y faire face et trouver des stratégies, tel que l'écoute active et la validation du vécu, afin de soigner le patient agresseur.

### *Soins non conformes*

Les infirmières 1-2-4 expriment clairement que selon elles, les soins offerts aux patients agresseurs sont non conformes : « Non [je n'ai pas l'impression que ces interventions-là amélioreraient sa condition de santé] parce que moi je n'ai vu que du déclin. » (Inf 2 ligne 369); « Sous optimal ça c'est sûr, [la qualité des soins au patient agresseur] qu'est sous optimal. » (Inf 1 ligne 453); « Non, il [le patient agresseur] n'a pas la même qualité de soins. Non, parce que les gens ont peur et ils ont pleins de préjugés (...) » (Inf 4 ligne 149-152). Les soins non conformes sont qualifiés de soins sous-optimaux et peuvent se manifester par « (...) des délais d'intervention accrus, une faible offre d'activité et une approche clinique qui n'est pas adaptée aux besoins de ces patients-là » (Inf 1 ligne 456-461). De manière générale, les participantes qualifient les soins de non conformes en l'absence de compassion et en présence d'une attitude carcérale ; lors d'interventions coercitives et punitives ; en présence de soins et de mise en relation à visée strictement utilitaire ; lors de l'octroi de soins désincarnés ; en présence d'irrespect et abus des patients et en présence d'une déshumanisation des patients. Ces éléments sont présentés ci-après.

**Absence de compassion et présence d'attitudes carcérales.** Comme l'établissement a une visée hospitalière tout en ayant la capacité de recevoir et détenir des patients ayant des statuts légaux de détention, beaucoup d'énergie est fournie par les infirmières afin de prévenir le glissement dans le langage d'une approche du soin vers une approche carcérale. Dans les deux exemples fournis ci-après, le glissement vers le carcéral se produit et dénote des soins non conformes pour ces patients. L'infirmière #4 décrit, dans son vécu phénoménologique, avoir été témoin de situation choquante pour elle : « Il n'y avait pas d'empathie, pas de compassion, moi je trouvais que c'était traiter [les patients] comme des détenus, comme si on était en prison, même si à \*\*\*\* [l'hôpital] on nous disait que ce n'était pas une prison. » (Inf 4 ligne 46-48). L'infirmier #10 donne un exemple de commentaire adressé au patient qui est associé à la notion de temps de détention, le langage carcéral étant appliqué aux patients dans le milieu : « tu es ici pour faire ton temps » (Inf 10 ligne 493). Malgré les efforts des infirmières, le glissement est constaté vers l'approche carcérale.

**Interventions coercitives et punitives.** Le déplacement du choix des interventions centrées sur les besoins du patient vers les besoins et préoccupations centrés sur les soignants indique un aspect non conforme des soins. En effet, les mesures restrictives doivent toujours être utilisées dans le meilleur intérêt du patient et non afin de satisfaire les besoins des soignants :

Alors jusqu'à la prochaine évaluation, le patient est en mesures restrictives [mesure de contrôle : isolement sans/avec contentions], il [le patient] attendait de savoir ce qui était pour arriver avec lui, mais il fallait que les équipes soient prêtes. Comment

ça que ce sont les équipes qui décident est-ce que le patient est prêt. Là je ne pourrais pas te le dire. (Inf 3 ligne 123-125)

Dans l'extrait ci-dessus, les intérêts du patients et les motifs acceptables pour recourir aux mesures de contrôle dans le réseau de la santé sont complètement occultés en faveur du besoin des soignants soit le sentiment de sécurité. Bien que les soignants aient le droit d'évoluer dans un environnement sécuritaire, l'absence de discussion sur les besoins du patient et le risque réel qu'il représente ne sont pas acceptables. L'infirmière #4 présente un exemple associé à une ré-hospitalisation d'un patient chez qui les mêmes mesures étaient réappliquées sans évaluation clinique : « Oui, il y avait plus de sécurité [avec le patient agresseur lorsqu'il était réhospitalisé]. Sans considérer son état quand il arrivait un an ou six mois après. » (Inf 4 ligne 127-128). La visée punitive est inacceptable dans le réseau de la santé pour l'application des mesures de contrôle, c'est néanmoins le résultat qui se produit lorsque la dimension clinique est occultée au profit de préserver le sentiment de sécurité chez le personnel. L'absence de réponse aux besoins du patient placé en isolement est un autre exemple de règle officieuse présente dans le milieu qui illustre des soins non conformes tel qu'exprimé par l'infirmière #4 précédemment (thème 5.1.3 Postures professionnelles):

Un patient qui ne va pas bien, qui est à la salle d'isolement, qui demande de voir quelqu'un pour parler, c'était comme une punition, alors il ne fallait pas s'en occuper. (...) Il fallait ignorer et ne pas répondre aux demandes. (Inf 4 ligne 42-45).

Le recours à l'usage de la violence auprès des patients agresseurs est un autre exemple de soins non conforme dont les infirmières peuvent être témoins dans l'exercice de leur fonction: « C'est le patient décompense dans la salle commune, commence à frapper un peu partout, les agents de sécurité interviennent de manière physique, possiblement

parfois de manière abusive, en réponse à la première agression. (...) C'est comme un cercle vicieux. » (Inf 7 ligne 386-389). Une autre technique présente dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude est la coupure émotionnelle dans la relation avec le patient, la présence d'une relation à visée utilitaire uniquement.

**Soins et relation à visée utilitaire uniquement.** La relation thérapeutique peut être jugée impossible à établir avec certains patients agresseurs dont l'étiologie de la violence est catégorisée comme comportementale : « Justement la relation thérapeutique va être beaucoup plus difficile à établir, voire impossible parfois avec ces [patients]. Il y en a une mais elle ne va être pas, pas très en profondeur. » (Inf 1 ligne 360-362). L'infirmier #9 décrit ainsi le type de relation utilitaire qui peut se produire auprès des patients agresseurs :

On ne connecte peut-être pas avec leur vécu réellement mais plutôt dans du fonctionnel. C'est l'heure des douches, c'est l'heure du repas et c'est l'heure de la médication et c'est l'heure de rentrer dans ta chambre. Quand je te parle, tu me réponds, je te demande d'être poli. (...) Ça devient un peu froid, un peu détaché. (...) On est loin de l'alliance thérapeutique oui. (Inf 9 ligne 300-305)

L'infirmier #9 souligne l'aspect mécanique, automatisé du travail, la perte de la dimension humaine du soignant. Un aspect important associé aux soins utilitaires est le bris au niveau relationnel, le retrait de la dimension de connexion et de réciprocité dans l'interaction : « Les gens restent comme ... ils font les soins de base mais (...) avec une coupure émotionnelle. » (Inf 11 ligne 145-147). Cette coupure est déclenchée par l'aspect émotif de l'agression sur un collègue : « Ils vont vraiment se couper au niveau des émotions, justement parce que c'était leur confrère, leur consœur, qui a été agressé. Cela vient jouer émotivement. » (Inf 11 ligne 148-151). Les soins utilitaires seront offerts pour que les

besoins physiologiques soient répondus : « Le lien thérapeutique va être coupé un peu. Cela va vraiment juste être les soins de base souvent qui vont être donnés. » (Inf 11 ligne 157-158). Les infirmières éprouvent un malaise dans ce type de situation : « Je trouve que c'est limite. C'est vrai qu'il y a un minimum qui est fait mais sommes-nous supposées juste faire le minimum? (...) ça *surf* justement sur cette limite-là au point de vue éthique. » (Inf 1 ligne 479-483). Bien que l'infirmier #6 trouve difficile de se positionner en lien avec des soins d'une qualité sous-optimale, il est néanmoins capable de décrire des changements dans la relation avec le patient qui prend un caractère utilitaire ou minimaliste :

Peut-être la personne [l'intervenant] va l'ignorer [le patient] ou ne va pas lui parler, ne plus faire des jeux de table avec le patient. Mais cela se fait toujours de manière discrète. Ce n'est pas comme ah moi je ne te parle plus [pas directement exprimé au patient], mais plus comme eh bien moi ce patient-là j'aime mieux ne pas discuter avec lui, rester utilitaire plus ou moins. (Inf 6 ligne 122-124)

Les soins offerts deviennent désincarnés dans la vision de plusieurs participantes.

L'infirmière #2 rapporte une perte d'espoir, un désabusement face à la clientèle :

Je pense qu'ils n'y croient pas [aux soins]. Tu n'y crois plus que tu peux soigner ou améliorer la situation quand tu es rendu à dire des choses comme ça [ah c'est *cute*, tu veux prendre soin d'elle, tu es dans le *caring*], pour une chose simple comme, [permettre à une patiente d'] aller prendre l'air dehors. (Inf 2 ligne 409-411)

Le chaînon manquant est parfois associé à l'absence de philosophie de soins : « Il n'y a pas de philosophie, il n'y en a pas de philosophie [de soins] à \*\*\*\*\* (...) il n'y en a pas, il n'y en a pas (...) c'est ça qui n'était pas le *fun*. » (Inf 4 ligne 257-261). L'infirmière illustre bien, dans son propos, la force du discours dominant, un discours qui opprime systématiquement les éléments en faveur d'un discours de soins infirmiers. Force est de

constater que malgré les mises en garde, les efforts et les stratégies déployés par les infirmières, le contre-transfert est toujours présent malgré les mécanismes mis en place pour l'identifier et le contrer : « c'est sûr qu'il y en a [du contre transfert] toujours un peu quand même. » (Inf 11 ligne 177). La présence de contre-transfert impacte les soins qui deviennent désincarnés :

Je rappelle aux équipes que je comprends ce qui est arrivé, je comprends que c'est difficile parce que c'est quelqu'un de notre équipe qui a été blessé, mais (...) il faut quand même qu'il [le patient] ait ses soins et il faut quand même qu'on reste adéquat [avec lui]. (Inf 11 ligne 182-182).

Certains soignants vont néanmoins exprimer ouvertement des manques de respect et avoir des comportements abusifs envers les patients agresseurs.

**Irrespect et abus sur les patients agresseurs.** Différentes formes de manque de respect, d'abus et de violence exercés sur les patients agresseurs sont identifiés dans le vécu phénoménologique des infirmières, participant à cette étude. Il est à noter que ces manquements sont soulevés uniquement par des infirmières ayant quitté le chevet tel que les gestionnaires, les conseillères et celles ne travaillant plus dans l'établissement. L'infirmière #7, conseillère, l'exprime ainsi : « L'espèce d'humour crasse et des mauvais traitements répétitifs qu'on voyait qui n'étaient pas juste les agents de sécurité mais aussi des intervenants psychosociaux. » (Inf 7 ligne 270-272). L'infirmier #10 explique : « (...) il fallait que je parte. J'étais tanné, j'étais dans les mesures disciplinaires avec des employés qui ont eu des gestes, des gestes non éthiques envers la clientèle, et ça, dans mon livre à moi, ça ne passe pas. » (Inf 10 ligne 490-494). L'infirmière #4 ne travaille plus dans cet établissement et partage cet exemple : « Il est fou, ils vont me croire moi

[comme intervenant] plutôt que la personne [le patient], ça j'ai entendu ça. Jouer sur la maladie du patient (...) je trouve ça effrayant. » (Inf 4 ligne 272-274). La distance par rapport au rôle de soignant au chevet est une variable primaire dans la capacité de nommer les choses, non pas tant que les soignants directs ne les perçoivent pas mais bien parce que les soignants directs ne sont pas en position de dénoncer sans vivre des représailles de la part de leurs pairs.

L'utilisation d'un langage péjoratif (discuté précédemment thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues – Vécu émotif) pour parler de ces patients fait aussi partis des exemples de manque de respect tel que présent dans le verbatim de l'infirmière #8 et de l'infirmier #6 : « Des grands [malades] (...) Souvent, ça fait ‘ah, pas lui’, ‘ah je l'ai connu sur telle unité’, ‘vous allez voir, c'est ci, c'est ça’, parfois c'est [le discours] négatif. » (Inf 8 ligne 147-152); « Oui, parfois les intervenants parlent en mal des patients, « lui je ne suis pas capable », « lui c'est un danger public » ou « lui c'est une ordure » (Inf 6 ligne 193-194, cité précédemment thème 5.2.2). Les préjugés envers les patients agresseurs sont aussi présents dans la description des participants de cette étude : « Je pense que quand les patients agressent, ils ont l'étiquette [de dangereux] en partant. Il a agressé, il est dangereux. » (Inf 4 ligne 188-189); « c'est sûr qu'il y a de la crainte qui va s'installer. Il a un statut ce patient-là après ça [l'agression]. » (Inf 1 ligne 393).

Les infirmières qui restent en fonction dans l'établissement et qui occupent des rôles de conseillères ou de gestionnaires maintiennent l'espoir d'agir sur la qualité des

soins offerts aux patients agresseurs. Les infirmières qui ont démissionnées, par ailleurs, ne toléraient plus d'être témoin, jour après jour, de la qualité sous-optimale des soins qui étaient prodigués aux patients agresseurs.

**Patients déshumanisés.** Sans parler qu'il ait été témoin de déshumanisation des patients par le personnel, cet infirmier insiste sur le besoin d'humaniser, d'être très humain : « ... avec un patient au centre, il y a un humain là... » (Inf 10 ligne 102), « il faut avoir un contact très humain » (Inf 10 ligne 103), « ... être traité comme un humain... » (Inf 10 ligne 108), « ... parce qu'on [les infirmières] aime l'humain... » (Inf 10 ligne 503). Tourner au ridicule le soin ou l'infirmière contribue non seulement à marginaliser les infirmières mais révèle aussi un mépris pour le soin et l'approche humaniste qu'elles incarnent. Ce dénigrement révèle le statut inférieur du patient agresseur, une forme de déshumanisation envers ce dernier. L'infirmier #9 constate comment certains soignants se distancent des aspects humains de leur rôle : « Ils se centrent sur leur rôle formel, un peu le rôle qui serait d'expertise, pour se détacher de leur rôle de soignant, peut-être [se détacher] des choses qui sont plus humaines dans [leur rôle]. » (Inf 9 ligne 291-293). L'infirmière #4 décrit comment les patients agresseurs n'étaient pas considérés comme des patients, comme des humains à part entière : « Ce que je trouvais étrange c'est que ces personnes-là [en provenance des pénitenciers] on ne les considérait pas vraiment. (...) C'était comme si c'était [l'hôpital] la vraie prison. » (Inf 4 ligne 13-14). L'utilisation d'un langage ordurier ou animalier est aussi une manière de déshumaniser le patient agresseur et de se distancer du vécu émotionnel associé aux agresseurs. L'administration de soins minimaux respectueux sont à risque de disparaître. Cependant, mêmes ces soins de base

peuvent être compromis par des actes dégradant auprès de la personne ou l'absence de soins tel que l'ignorance des besoins du patient. Les soins peuvent donc aussi devenir impossible à donner pour certains soignants.

### *Soins impossibles*

L'infirmière #8 ne donne pas d'exemple de soins non conformes. Pour cette participante, les soins sont plus difficiles à donner mais sont conformes. Néanmoins, elle conçoit que dans certains contextes, il n'y a plus rien à faire avec le patient, les intervenants ne sont plus capables de le soigner.

[Les patients ne sont] pas tout le temps [transférés après une agression]. Je crois [que les transferts] c'est quand c'est vraiment problématique. Il y a eu un cas sur mon unité où le patient a été transféré finalement, mais il y avait eu plusieurs, plusieurs agirs [violents] et il n'y avait plus aucune alliance thérapeutique avec aucun membre de l'équipe, le médecin, cela ne fonctionnait plus. Je pense que dans ces contextes-là, quand il n'y a plus rien à faire, ils vont l'envoyer sur une autre unité pour essayer de rebâtir quelque chose [de clinique et de thérapeutique]. (Inf 8 ligne 126-133)

La volonté de soigner, la compassion, l'espoir et un profond respect pour l'humain sont intrinsèques à la relation thérapeutique. Lorsque ces éléments sont absents des interactions avec les patients agresseurs, la définition même du soin est inexistant pour les infirmières.

L'infirmière #2 le présente ainsi dans son vécu phénoménologique :

C'est là aussi que je sentais qu'il y avait comme un clash. Ce n'est pas une espèce d'instinct maternel en moi qui dit qu'il faudrait qu'elle fasse un petit peu d'activités physiques là. C'est comme, ça fait un an et demi [qu'elle a des mesures de contrôle très restrictives], elle a pris cent cinquante livres, elle est pâle (...), ce n'est pas sain, ce n'est pas eh [clinique]. Non [elle n'était pas soignée]. Donc c'est ça qui est triste. (Inf 2 ligne 306-312)

Ce décalage entre la vision du soin et la réalité du quotidien génère des tensions profondes et de la souffrance pour les infirmières. Les infirmières #7 et #12 décrivent des situations où les soins sont impossibles :

Euh [le discours autour de moi à la suite de l'agression d'un employé par un patient] est très négatif et une mise à distance par rapport au patient, rupture du lien thérapeutique par rapport au patient. (...) Ils [les employés] ne veulent plus le rencontrer, ils ne veulent plus trop s'en occuper. (Inf 7 ligne 348-353)

[En présence de contre-transfert] on ne pas offrir les soins de façon équitable envers tous et chacun. Tu vas aller faire un jeu de table avec une patient pour l'évaluer mais l'autre tu vas dire bien elle on s'en fout elle dit n'importe quoi-là. (Inf 12 ligne 226-228)

L'ultime illustration des soins qui deviennent impossibles à offrir est le départ des soignants à la suite d'une agression : « Il y a des gens qui se sont fait agressés et qui ne sont jamais revenus, et c'est correct. J'ai toujours dit que si j'avais subi une grosse agression que probablement je ne serais pas retournée [au travail]. » (Inf 4 ligne 234-236). Les soins deviennent aussi impossibles lorsque les soignants, sans nécessairement une agression directe récente comme déclencheur, sentent qu'ils ne peuvent plus continuer de travailler auprès de cette clientèle : « il y a des gens qui n'étaient même pas là, qui ne travaillaient pas cette journée-là et ils sont partis en maladie [après avoir entendu l'histoire de l'agression]. » (Inf 4 ligne 232-233). Pour certains soignants qui entendent parler de l'agression sur un pair, l'ajout de cette nouvelle histoire d'agression sur un collègue devient un peu comme la goutte qui fait déborder le vase. Il y a donc une notion de temporalité dans les répercussions sur les soignants, des conséquences proximales et distales à l'événement.

### *Transformation du soin*

Le soin ne devient pas nécessairement non conforme du jour au lendemain. Selon le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude, la transformation se réalise de manière insidieuse et sur une certaine période.

**Insidieuse.** La transformation n'est pas nécessairement flagrante. Bien qu'elle soit soupçonnée, elle n'est pas nécessairement objectivée par tous : « Mais après ça [la qualité] des soins, possiblement que certaines personnes agissaient différemment mais tu sais c'est dur quand tu ne l'as pas objectivé. » (Inf 2 ligne 231-232). L'infirmier #6 l'explique ainsi : « La qualité [des soins] j'aurais de la misère à dire qu'elle n'a pas changé. Je n'ai pas vu, je n'ai pas d'exemple. Mais plus les attitudes [de certains intervenants qui changent après une agression]. » (Inf 6 ligne 119-121). L'infirmier #6 est mal à l'aise à décrire le changement dans la qualité des soins. Néanmoins, il est en mesure de voir des changements s'opérer chez les soignants. C'est, pour plusieurs infirmières (#3-4-5-8-10-11-12) une certitude tel que décrit dans le thème « 5.2.3 Conséquences sur la relation thérapeutique ».

Les infirmières toujours au chevet gardent une réserve envers les attitudes et comportements de leurs collègues, la possibilité d'être elles-mêmes victimes de ces émotions négatives est présente dans leur vécu phénoménologique : « Moi, je commence, cela fait deux mois que je suis ici, tu sais c'est dur, il n'y a personne de parfait, de ne pas juger et d'essayer. J'essaie vraiment d'accompagner autant mes patients que mon équipe. » (Inf 12 ligne 234-239). L'infirmier #6 n'exclut pas que la situation pourrait survenir,

surtout dans un contexte d'exposition répétée à la violence des patients dont il prend soin : « Peut-être que ça va arriver [que je vais changer mon approche ou modifier mes soins à la suite d'une agression d'un patient sur un collègue], je ne sais pas comment je réagirais mais à date [jusqu'à maintenant], j'arrive à faire une distinction quand même. » (Inf 6 ligne 135-136).

**Temporelle.** Tel que mentionné dans le thème « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins - Soins impossibles » le moment de cassure liée au STS n'est pas prévisible. Dans certains cas, le temps peut être un allié. Les soins peuvent être temporairement suspendus à la suite de l'agression et redevenir conformes avec le temps : « surtout au début-là [à la suite de l'agression] c'est, on ne veut pas [que cela affecte nos soins], mais c'est sûr que ce sont des soins probablement, peut-être que j'vais moins m'engager envers cette clientèle-là. » (Inf 1 ligne 384-385). Les conséquences du STS sont sournoises et imprévisibles ce qui rend plus complexe la prévention primaire et secondaire chez les soignants.

L'exposition au récit de la violence par les patients dont elles prennent soin cause un STS aux infirmières, un stress qui s'acquière à travers l'exercice de leurs fonctions dans le milieu. Les répercussions sont nombreuses tant sur les personnes, infirmières et collègues, que sur la relation thérapeutique avec ces patients agresseurs et la qualité des soins qu'ils reçoivent. Dans la dernière catégorie des résultats, les infirmières partagent avec nous les stratégies qu'elles déploient au quotidien, jour après jour, afin de poursuivre leur mission de soins infirmiers dans cet établissement et auprès de cette clientèle.

### **5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression**

Cette catégorie contient cinq thèmes. Les quatre premiers sont les stratégies identifiées, dans le vécu phénoménologique des participantes de cette étude, pour gérer les conséquences de l'agression. Ces stratégies peuvent être regroupées en quatre thèmes soit les stratégies « 5.3.1 Axées sur la rationalisation », « 5.3.2 Axées sur les émotions », « 5.3.3 Axées sur l'action » et « 5.3.4 Axées sur le système ». Un aspect aussi présent dans les données, le cinquième thème de cette catégorie, est les conséquences de l'utilisation de ces stratégies sur les infirmières qui œuvrent dans le milieu, des conséquences qui peuvent s'apparenter à des dommages collatéraux (5.3.5 Dommages collatéraux) pour les infirmières en milieux psycho légaux de sécurité maximum.

#### **5.3.1 Axées sur la rationalisation : faire la part des choses**

Les stratégies axées sur les pensées, les activités de rationalisation, permettent aux participants y recourant de recadrer les émotions ressenties dans un angle plus acceptable professionnellement et socialement. Elles sont retrouvées dans le vécu phénoménologiques des participants #1-3-5-6-7-8-9-10-11. Les stratégies cognitives permettent au soignant de trouver un juste milieu entre les pensées associées à l'agression et le vécu émotionnel qui y est associé. Elles permettent d'atténuer le vécu émotionnel troublant du soignant par le recours à des pensées qui aident à atténuer la souffrance ressentie. Peu importe les stratégies retrouvées dans ce thème, elles permettent de pondérer des éléments, de les contraster et de les départager, bref, elles permettent de faire la part des choses.

Par définition, faire la part des choses signifie être large d'esprit, de tenir compte

<b>Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression</b>
<b>5.3.1 Axées sur la rationalisation : faire la part des choses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retourner à la souffrance du patient</li> <li>• Comprendre la violence pour la prévenir</li> <li>• Se préparer à la survenue d'agressions</li> <li>• Se concentrer sur le « ici et maintenant »</li> <li>• Respecter les lois et le code de déontologie</li> </ul>
<b>5.3.2 Axées sur les émotions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliser et ventiler</li> <li>• Se distancer</li> <li>• Naviguer les impératifs de la distance</li> <li>• De la parole à l'action : Identifier et adresser le contre-transfert</li> <li>• Différences entre les soignants</li> </ul>
<b>5.3.3 Axées sur l'action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compenser</li> <li>• Résister</li> <li>• Dénoncer</li> <li>• Ignorer</li> </ul>
<b>5.3.4 Axées sur le système</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour post-événement (prévenir le STS)</li> <li>• Leadership clinique (prévenir le STS)</li> <li>• Transfert d'unité (mitiger les conséquences du STS)</li> </ul>
<b>5.3.5 Dommages collatéraux</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déception</li> <li>• Amertume</li> <li>• Dégoût</li> <li>• Retombées au domicile</li> <li>• Démission</li> <li>• Les victimes</li> </ul>

Figure 5. Catégorie 3 : Les stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression

de tout (les éléments) dans son jugement d'une situation (Larousse en ligne, 2023). Cette stratégie est utilisée par l'infirmière #3 de cette étude : « Ceux [les soignants] qui ont été agressés ont de la difficulté à faire la part des choses et ça leur fait parfois revivre leur propre agression » (Inf 3 ligne 39-41) et permet à l'infirmière d'accueillir son propre vécu émotionnel tout en dégagant un espace pour considérer le vécu du patient et les impératifs du rôle professionnel qu'elle doit tenir auprès de lui. Toutes les stratégies de ce thème permettent à l'infirmière de faire la part des choses, que ce soit en

retournant à la souffrance du patient, en comprenant la violence pour mieux la prévenir, en se concentrant dans le « ici et maintenant » et en respectant les règles et les lois.

### *Retourner à la souffrance*

Retourner à la souffrance des patients est une stratégie cognitive qui est utilisée par quatre participants (#1-6-7-8). Ils recourent à cette stratégie afin de raviver leur empathie envers le patient agresseur. L'infirmière #7 explique son rationnel ainsi :

Si tu remontes à la racine, ce sont exactement les mêmes traumatismes, c'est juste que [pour nos patients] c'est une forme extériorisée. Toute leur agressivité, ils la dirigent vers autrui alors qu'ailleurs, [chez d'autres clientèles] c'est plus une forme tournée vers soi [suicide, auto-agressions]. (Inf 7 ligne 481-484).

Il est très important pour les infirmières de chercher une explication à la violence, une étiologie, qui leur permettent de se syntoniser sur le vécu des patients: « De mon côté, de comprendre ce que la personne vit pour rester empathique. » (Inf 6 ligne 41-42). Il serait inconcevable de soigner un patient que les infirmières conceptualiseraient comme uniquement malicieux. D'ailleurs, nourrir l'empathie envers certains patients s'avère plus difficile : « En même temps, tu essaies d'être empathique, de comprendre que ces gens-là [les patients] sont ici parce qu'ils sont tellement malades et cela fait partie de leur problématique cette agressivité-là. Tu sais, c'est vraiment difficile. » (Inf 8 ligne 86-90). Cette stratégie permet de contraster le vécu émotionnel du soignant avec celui du patient agresseur : « J'ai une technique pour raviver mon empathie quand il y a un patient complètement agressif, désagréable et qui sollicite énormément, je retourne à la source. Je retourne à son histoire psychosociale, le pourquoi il est rendu-là. » (Inf 7 ligne 489-492). L'empathie ainsi ravivée permet de faire la part des choses et de dégager pour l'infirmière, dans le cadre de ses fonctions, un espace de clémence et de compassion, dispositions requises afin de prodiguer des soins conformes aux patients agresseurs.

Lorsque l'infirmière est en mesure d'être avec le patient et de l'accueillir dans l'entièreté de son être, incluant l'horreur, l'abject et la détresse qu'il suscite, une reconnaissance de l'autre, une réciprocité, l'amour de son prochain, l'élimination du eux-nous sont alors possibles.

### *Comprendre la violence pour la prévenir*

La stratégie cognitive comprendre pour prévenir est identifiée dans le vécu phénoménologique de quatre participants (#3-5-6-10). L'attribution de sens du geste permet aussi de ressentir un plus grand contrôle sur la situation, plaçant le soignant en action afin de prévenir un prochain agir agressif chez le patient: « On va soigner la maladie ça va l'empêcher d'agresser encore. » (Inf 3 ligne 38). Ainsi, des infirmières de cette étude utilisent la stratégie de comprendre l'agression actuelle afin de prévenir une prochaine agression. C'est aussi ce que l'infirmier #10 prône lorsqu'il mentionne le besoin de dépersonnaliser l'agression : « Le patient a agressé parce qu'il a une problématique (...) il faut le dépersonnaliser même si ça peut être difficile. » (Inf 10, ligne 254-256). Les soignants doivent soustraire l'identité de la victime de l'équation, doivent dépersonnaliser le geste, afin de porter un regard plus neutre sur la dynamique de violence du patient. On peut aussi en comprendre que le geste d'agression ne doit pas définir l'identité du patient en lui-même. C'est ce que l'infirmière #5 explique lorsqu'elle exprime le besoin de condamner le geste d'agression mais non le patient en lui-même :

Mon collègue d'expérience m'avait dit que la meilleure phrase qu'il faut dire à un patient ou à une patiente qui a commis un geste c'est « toi je te pardonne, ton geste je ne le pardonnerai jamais ». C'est de dire toi, l'individu que tu es, je te pardonne,

mais ce n'est pas un geste qui sera acceptable n'importe où. Alors que je l'ai utilisé à plusieurs sauces. (Inf 5 ligne 252-255).

Un peu de la même manière que l'école de pensée qui promeut que la maladie mentale ne définit pas la personne, la personne est plus que la maladie mentale tout comme le patient est plus que son geste de violence à l'égard d'un soignant.

Finalement, plusieurs participants expliquent la gymnastique intellectuelle et émotionnelle qu'ils effectuent lorsqu'ils sont informés d'une agression sur un collègue. Dans cet exercice, vient dans un premier lieu le sentiment de choc, d'horreur ou de blâme puis, en second lieu le recadrage cognitif requis pour continuer à soigner ces patients. Les infirmières #1 et #9 expliquent comment elles appliquent ce processus à elles-mêmes : « Là, après ça [la culpabilité et le sentiment d'impuissance] on essaie de se raisonner un peu (...). » (Inf 1 ligne 255-256); « On va chercher à blâmer [le patient] parce que c'est peut-être un mécanisme de défense [de notre part]. Après ça, on rationalise, on sait que la personne [le patient] est malade. Tu sais, parfois, c'est juste la première réaction. » (Inf 9 ligne 229-232). L'infirmier #10, aussi gestionnaire, explique comment il accompagne les membres de ses équipes dans cette démarche :

Oui, ça passe par plusieurs phases. Des phases de culpabilisation, mais parfois d'envoyer la culpabilité sur d'autres tu sais "on vous l'avait dit qu'il était dangereux et vous n'avez pas mis les mesures [restrictives qu'on demandait]". Souvent de combler le vide et de trouver un coupable, c'est souvent dans les réflexes de l'homme. C'est de déconstruire ça, de ramener cela à la clinique. (Inf 10 ligne 409-429)

Le traitement cognitif du passage à l'acte agressif, comprendre la violence, permet aux infirmières de se préparer à la survenue d'une agression.

*Se préparer à la survenue d'agression*

À l'occasion, des participants expliquent tenir des pensées un peu plus fatalistes tel que : ils sont là pour cela, il ne faut pas oublier dans quel milieu on est, ou encore, cela fait partie des antécédents. Ce type de propos est tenu par les participants 1-4-6-7-8. L'infirmière #7 explique comment l'agression d'un patient envers un soignant fait partie de son travail et qu'elle s'y prépare en conséquence : « (...) ils [les patients] sont là pour ça. On a une idée qu'on est un soignant dans ce type de contexte-là, alors on a une sorte d'appréhension ou de connaissance que c'est dans l'univers du possible. » (Inf 7 ligne 115). Ces pensées ne sont pas utilisées de manière à se sentir impuissant face à la survenue d'une agression mais plutôt à se préparer à en vivre une. L'infirmier #6 utilise la même stratégie cette fois associée aux antécédents des patients soignés dans l'établissement :

Parfois, ça va être un patient, on le sent beaucoup plus fragile, il décompense, est-ce qu'il ne prend plus sa médication? Est-ce qu'il a consommé [des substances/drogues]? Alors parfois, cela amène des situations, pas que c'est compréhensible, mais on se dit bon, ça fait partie des antécédents. (Inf 6 ligne 105-108)

L'infirmière #1, pour sa part, se rattache à la mission et la clientèle du milieu, tel que le stress et les déclencheurs que les patients peuvent vivre durant leur hospitalisation : « il ne faut pas oublier dans quel milieu on est et que peut-être juste le transfert d'unité pour ce patient-là c'était un élément très fragilisant-là » (Inf 1 ligne 258-260). La mission de l'établissement et la responsabilité sociale qui y est rattachée servent de base cognitive pour l'infirmière #4 :

Je dis toujours qu'on a la responsabilité sociale de ces patients-là quand ils retournent en société. Si on n'a pas bien effectué notre travail, ce sont des gens qui

vont en payer le prix parce que ça [la violence du patient a] mal été évaluée. (Inf 4 ligne 219-221)

Finalement, l'infirmière #8 partage que ce sont des choses qui arrivent : « (...) avec le temps, regarde ce sont des choses [les agressions] qui arrivent dans les milieux. » (Inf 8 ligne 302-303). Les infirmières doivent garder l'équilibre entre se préparer en se projetant dans le futur tout en s'assurant de se concentrer sur l'état clinique actuel du patient.

*Se concentrer sur le « ici et maintenant »*

Deux participants énoncent la stratégie cognitive de se concentrer sur le « ici et le maintenant ». La connaissance du patient est un facteur essentiel pour la gestion du risque de violence qu'il présente : « il y a des intervenants qui vont dire "j'aime mieux ne pas savoir [les délits violents]", moi j'aime mieux savoir parce que c'est [l'antécédent de l'agression] le facteur de récurrence le plus élevé. » (Inf 9 ligne 257-259). Dans la même foulée, il explique qu'il fait fi des antécédents pour se concentrer sur le moment présent :

Quand j'ai la personne devant moi, j'essaie de mettre ça [les antécédents d'agression] de côté, de mettre ça un peu en « back-up » et de me concentrer sur ici et maintenant. Ce qui est rassurant, ce qui ne l'est pas dans son état actuel, parce que l'état fluctue, on est en psychiatrie et ça fluctue beaucoup. (Inf 9 ligne 260-263)

Il effectue donc une gymnastique intellectuelle complexe pour à la fois connaître les antécédents tout en ne se laissant pas guider par le passé mais rester centré sur l'état clinique actuel. L'infirmière #1 utilise la même stratégie lorsqu'elle mentionne: « (...) essayer de voir ici maintenant et dans le futur qu'est-ce qu'on peut faire avec eux pour les accompagner et améliorer leur situation. » (Inf 1 ligne 94-96). Les infirmières effectuent donc une danse en trois temps, elles considèrent le passé, elles adressent le présent et elles se préparent pour le futur.

*Respecter les lois et le code de déontologie*

Le respect des lois et du code de déontologie revient à quelques reprises comme un garde-fou dans la pratique clinique des infirmières. Trois participants mentionnent que ces éléments guident leur pratique auprès des patients agresseurs, soit les participants 7-10 et 11 : « Les infirmières ont un code de déontologie, elles ont un ordre professionnel, ce qui fait une grande différence aussi par rapport à d'autres types d'emplois » (Inf 10 ligne 513-515). Il est intéressant de noter que le recours à des facteurs externes tel que la loi ou le code de déontologie ne sont discutés que par des infirmières qui ont quitté le chevet : l'infirmière #7 étant conseillère et l'infirmier #10 et l'infirmière #11 étant gestionnaires.

En dernier lieu, certaines stratégies sont difficiles à classer dans une simple catégorie. Nous terminons ce thème avec un exemple de stratégie à la jonction entre les stratégies axées sur la rationalisation et les stratégies axées sur les émotions. Ici, l'infirmière #3, aussi une gestionnaire, explique l'accompagnement qu'elle offre aux travailleurs afin que ces derniers arrivent à combiner leur vécu subjectif (émotion) avec une lecture objective et factuelle (rationnel) de la situation de l'utilisateur qui les inquiètent:

C'est correct que vous ayez des impressions, mais cela ne justifie en rien qu'on mette le patient en mesure x [de contrôle]. Ça, ce n'est rien qu'un senti [une émotion], alors dis-moi, tu sais, trouves moi des mots pour l'identifier ton [res]senti. (Inf 3 lignes 388-390)

Les impressions et les émotions perturbent la possibilité de dégager une vision clinique plus objective. L'exercice consiste donc à procéder à une analyse de la situation où dans un premier temps, les craintes et les inquiétudes des soignants sont accueillies, pour

ensuite servir de levier pour décoder cette crainte comme un signal de quelque chose et non comme une finalité en soi ou comme un élément figeant la vision du soignant.

### **5.3.2 Axées sur les émotions**

Les stratégies axées sur les émotions sont les plus difficiles à démêler les unes des autres. Elles sont par conséquent plus difficiles à présenter de manière catégorique. De plus, une certaine redondance des extraits peut être observée dans ce thème et reflète l'étroite proximité entre les pensées et les émotions. Un verbatim de participant peut avoir été présenté dans le thème précédent (5.3.1 Axées sur la rationalisation) pour traiter de l'aspect cognitif et peut être repris dans ce thème afin d'expliquer l'aspect émotionnel. Dans ce thème, les sous-thèmes suivant ont été regroupés ensemble : verbaliser et ventiler, se distancer, naviguer les impératifs de la distance, de la parole à l'action : identifier et adresser le contre-transfert et, finalement, différences entre les soignants.

#### *Verbaliser et ventiler*

Verbaliser est une technique utilisée par le personnel soignant. C'est une stratégie importante aux yeux des infirmières comme l'expriment les infirmières #6 et #12 de cette étude : « je pense que c'est important d'écouter ses collègues et de faire verbaliser » (Inf 12 ligne 225) ; « les gens ont besoin de ventiler. » (Inf 6 ligne 194). Les infirmières peuvent aussi avoir besoin de verbaliser au sujet des patients tel que partagé par l'infirmière #7 : « C'est exprimé aussi parfois par le personnel infirmier [les propos négatifs envers le patient agresseur]. Mais je pense que c'est plus pour débriefer dans la console [poste des infirmiers], dans les bureaux. » (Inf 7 ligne 404-405). C'est une technique qui permet

d'exprimer à voix haute un malaise dans son rôle de soignant face à un patient agresseur, d'extérioriser le vécu cognitif ou émotionnel associé. L'infirmière #3 décrit l'effet bénéfique sur le soignant d'exprimer à voix haute leur vécu émotionnel : « Parfois juste le fait de verbaliser eux-mêmes s'entendaient dire, bon ça n'a pas d'allure mon affaire mais c'est quand même comme cela que je me sens » (Inf 3 ligne 52-53).

Que les émotions soient latentes ou exprimées ouvertement, de fortes émotions, tel que la colère, peuvent devenir envahissante et perturber la capacité de soigner de manière adéquate le patient. Bien que les émotions tiennent une place importante dans le vécu phénoménologique des infirmières, elles ne sont pas souvent le sujet d'intérêt en milieu de travail, comme l'exprime cette infirmière alors qu'elle dit n'avoir jamais réfléchi à la question :

Comment je me sens [quand je dois faire des soins à un patient à la suite d'une agression commise sur un collègue] ...? Je ne me suis jamais vraiment posé la question. Tu sais, j'ai mon travail à faire, alors c'est machinal, il y a moins un côté émotif et en même temps ils [les patients agresseurs] sont malades. (Inf 8 ligne 73-75)

Les émotions font toutefois partie des éléments qui sont pris en considération par les gestionnaires lorsqu'une équipe se réunit, après un événement d'agression, et verbalise sur leur vécu :

Oui, on verbalise beaucoup [en équipe après l'événement]. (...) Tout le monde ensemble, on parle un peu de la situation, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui s'est produit pour que cela arrive, comment ils se sentent par rapport au patient. On les réfère aussi au programme d'aide aux employés. (Inf 11 ligne 90-95)

La verbalisation post-événement permet de recadrer les faits et de normaliser les réactions émotionnelles possibles pour les soignants après un stress intense vécu tel que celui

découlant d'une agression. Les émotions sont normales après un événement d'agression et la première étape consiste à prendre conscience de ces émotions pour dans un second temps, permettre à la personne de les gérer (en activant ses stratégies d'adaptation) afin de revenir en homéostasie.

Néanmoins, ce ne sont pas tous les soignants qui ont cette opportunité de ventiler et de verbaliser sur les lieux de travail tel que mentionné par les infirmières #7 et #8 : « à la maison, c'est tout ça qui se brasse-là [l'agression dont j'ai été témoin], j'*over think* [sur analyse] la situation pendant quelques jours et un moment donné ça finit par se digérer. » (Inf 7 ligne 229-231); « C'est moi-même [qui prends soin de moi après l'événement] à la maison. » (Inf 8 ligne 284). Bien que les émotions surviennent dans le cadre du rôle professionnel de soignant, elles sont le plus souvent prises en charge et traitées de manière personnelle, chacun pour soi.

### *Se distancer*

Les émotions peuvent être dérangeantes pour le soignant. Ce dernier peut ressentir le besoin de mettre une distance envers ses propres émotions ou envers le patient qui suscite ces émotions. D'ailleurs un travail important à la suite d'une agression consiste à identifier les éléments cliniques (rationnels) pour aider les intervenants à prendre du recul, prendre une distance face aux émotions :

Tu essaies [comme gestionnaire] de décortiquer tout ça en ramenant ça [l'agression] à la problématique du patient, à l'histoire du patient et à ses difficultés, parce qu'il y en a [des employés] qui vont vivre de la colère (...) et c'est important que ces gens-là prennent un pas de recul par rapport à ça [l'agression]. (Inf 10 ligne 275-281)

Selon l'infirmière #1 la distanciation permettrait au soignant de se protéger et de poursuivre les soins au patient agresseur :

(...) une façon pour la personne qui agit comme [cela envers le patient agresseur] de se protéger elle-même, puis justement d'un point de vue, soit affectif ou d'un point de vue relationnel tout ça, ça va être une façon de se protéger (...) [ce] qui n'est probablement pas la méthode la plus adéquate mais qui va justement permettre à la personne de continuer d'évoluer dans un milieu comme ici. (Inf 1 ligne 472-476)

Cependant, c'est un mode de protection qui peut être préjudiciable aux patients et à la capacité, chez l'infirmière, d'offrir des soins de qualité au patient. Deux formes de distanciation sont identifiées dans le vécu phénoménologique des participants soit la distanciation passive et la distanciation active.

**Distanciation passive.** Une distance prise de manière inconsciente est une distance nommée ici passive. Le soignant ne fait pas de choix conscient menant à l'installation de cette distance. Il est tributaire des éléments contextuels auxquels il répond de manière automatique. Le glissement dans une relation utilitaire, tel que présenté dans le sous-thème « Soins non conformes - soins et relation à visée strictement utilitaire » (du thème 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins), est un exemple de distanciation passive chez les soignants. La nécessaire distance associée aux mesures sécuritaires et à l'organisation du travail sont aussi des exemples de distance imposée par le contexte et pour laquelle l'infirmière en subit les conséquences sur sa pratique. Bien que les mesures sécuritaires soient appliquées de manière consciente, leur impact collatéral sur la mise à distance émotionnelle chez les soignants est considéré ici comme passif. Cette distance est bienvenue initialement mais comme l'ont exprimé les infirmières précédemment ces

mesures sécuritaires et la distance avec le patient deviennent contraignantes pour la construction d'une relation thérapeutique avec le patient, le développement d'une confiance mutuelle et d'une réciprocité (briser le eux vs nous). Les participantes de cette étude ont par ailleurs longuement expliqué les efforts qu'elles doivent déployer dans leur rôle professionnel pour contrer les entraves associées aux mesures sécuritaires et les conséquences de cette distance sur la capacité à créer un lien avec les patients.

Le soignant est tributaire de ses émotions envers le patient agresseur. L'infirmière #8 explique comment, au début, elle ressentait de la méfiance envers le patient. La pensée qui l'habitait alors était « Cela vas-tu m'arriver à moi cette fois-ci? ». Alors que la connaissance du patient augmente, la crainte diminue :

Au début [quand j'ai dû soigner le patient agresseur qui venait d'être transféré sur mon unité] j'avais peur. C'est sûr, tu as tout le temps une espèce de petite méfiance, de, tu sais, cela vas-tu m'arriver à moi cette fois-ci? Mais on dirait que quand tu prends le temps de connaître le patient, cela s'atténue un peu. (Inf 8 ligne 169-171).

Finalement, toutes les réactions contre-transférentielles inconscientes font aussi partie de la dimension des stratégies contribuant à établir une distance avec le patient mais de manière inconsciente ou passive.

**Distanciation active.** La distanciation active est faite de manière consciente par le personnel infirmier. C'est un exercice réfléchi et contrôlé qui permet à l'infirmière d'endiguer le flot d'émotions intenses afin de pouvoir agir et intervenir dans la situation : « Donner des bons soins aux patients même si on est dans les émotions, c'est de mettre une distance professionnelle où est-ce qu'on peut agir même si on a mal, même si on est sous le choc. » (Inf 5 ligne 433-436). C'est un exercice rationnel à la base mais qui permet

de gérer l'aspect affectif ou émotionnel de la relation avec le patient agresseur et des obligations de soins auprès du patient. L'infirmier #10 l'explique ainsi :

Je me suis toujours fait une espèce de carapace (...) le fameux contre-transfert tu peux l'avoir, c'est sûr, quand le patient il agresse un de tes collègues, un de tes amis, mais toi il faut que tu restes professionnel là-dedans, il faut que tu voies au-delà du geste d'agressivité. (Inf 10, ligne 249-253)

Comme l'indique l'infirmier #10, l'exercice sur soi n'est pas de ne rien ressentir face à la situation d'agression sur un collègue mais d'être prêt et préparé à voir au-delà du geste. L'action de nommer le besoin de prendre une distance, au patient agresseur ou à son équipe, est aussi un exemple de distanciation active. L'infirmière #5 le nomme au patient. Elle agit de manière consciente et contrôle la distance qu'elle impose au patient : « Je vais dire à la patiente ou au patient "ça va me prendre du temps, je vais être là pour toi si tu as des questions, je vais être là pour toi mais là j'ai besoin d'un certain recul" ». (Inf 5 ligne 223-225). Le nommer aux collègues, être conscient et contrôler la distance que l'on établit avec le patient, est aussi la stratégie utilisée par un collègue de l'infirmière #12 : « Par exemple, je reviens d'un congé de trois jours, [le collègue qui me dit] "cette patiente-là m'a ciblé donc moi je ne suis pas bien aujourd'hui, j'aimerais ça que ce soit toi qui s'en occupes". » (Inf 12 ligne 132-133). Tel que nous le verrons (thème 5.3.3 Stratégies axées sur l'action), la capacité de nommer le besoin de se distancer suscite des comportements compensatoires chez les collègues, ces derniers pouvant pallier temporairement pour un collègue trop affecté émotionnellement.

Une autre forme de mise à distance est identifiée chez l'infirmière #4. Dans le langage qu'elle utilise, elle identifie le personnel et les intervenants, en disant *les gens*.

Elle ne réfère jamais à eux en termes de collègues ou des professionnels, comme s'ils étaient indignes de ce nom ou de leur profession. Elle les compare même au public alors qu'elle dit « ben c'est ça le problème du public » (Inf 4 ligne 170), alors qu'elle est en train de parler de ses collègues et des autres intervenants. Il y a donc une mise à distance entre elle et les autres membres du personnel, comme si elle n'en faisait pas partie. Le fait qu'elle ne travaille plus dans l'établissement depuis un certain temps y est sûrement pour quelque chose. Une mise à distance de ses collègues ne peut pas être possible tant que l'infirmière est activement en interdépendance avec ses pairs et que des représailles sont possibles. L'infirmière #4 exprime ainsi le besoin de se dissocier du vécu émotionnel négatif associé au milieu, à ses pratiques et à ses instigateurs/protagonistes. Une technique qui reflète à la fois la violence du milieu et les moyens tout aussi extrêmes de s'en dissocier. Il est à noter que bien que cette forme de distanciation soit décrite dans le sous-thème adressant la distanciation active, d'aucune façon les données ne permettent de placer cette forme de distanciation dans une catégorie plus qu'une autre.

#### *Naviguer les impératifs de la distance nécessaire et néfaste*

Les infirmières mentionnent le rôle de la distance dans leur pratique auprès de cette clientèle. La distance est identifiée tantôt comme une entrave ou comme étant néfaste, tantôt comme une protection allant jusqu'à une distance salvatrice ou parfois tel une distance bienfaitrice. Appliquer une distance dans certaines circonstances de l'exercice du soin est donc un moyen pour les infirmières de contrer le STS.

**Distance préjudiciable/néfaste.** D'abord, la distance est néfaste selon les infirmières. Sont néfastes pour les infirmières les éléments qui les éloignent des patients et qui impactent la création d'un lien thérapeutique tel que la distance imposée 1) par des ratios infirmières/patients (1/18 à 2/21) : « (...) dans le ratio entre le nombre de patients, le nombre d'infirmières. (...) L'infirmière qui est là [seule pour 18 patients] n'a pas tant de temps à offrir à un patient. » (Inf 9 ligne 71-81), 2) par les requis administratifs parfois nombreux : « on a beaucoup aussi de charge au niveau bureaucratique, (...) on rajoute tout le temps plus de formulaires, plus de papier que c'est toujours l'infirmière qui doit remplir, ce qui nous éloigne énormément de notre clientèle » (Inf 1 ligne 130-132), 3) par les règles sécuritaires (référence thème 5.1.2 Entre opposition et intégration de la sécurité et des soins), et 4) par le rôle qu'elles ont au sein de l'établissement (référence thème 5.1.3 Postures professionnelles). Cette mise à distance est d'autant plus difficile pour les infirmières à accepter alors qu'elles constatent que d'autres collègues, dont les intervenants psychosociaux, ont cette opportunité d'être sur le plancher et ont cette proximité souhaitée et, conséquemment, la connaissance étroite des patients qui en découle : « Ce sont les intervenants psychosociaux qui ont ce contact de proximité avec le patient (...) et cela a été un petit deuil pour moi parce qu'on le perd ici, on n'a pas cette proximité-là tout le temps avec les patients » (Inf 1 ligne 155-159).

**Distance protectrice.** Vient ensuite la distance telle une protection. Après l'agression, une mise à distance avec le patient est parfois ressentie comme nécessaire, ce faisant les soignants vont au minimum et ils interviennent uniquement auprès du patient pour les besoins fondamentaux (thème 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins - Soins

non conformes - soins et relation à visée utilitaire uniquement). Cette distanciation nécessaire leur permet de s'adapter au chamboulement vécu et leur permet peut-être d'éviter le contre-transfert tel que présenté dans la section précédente.

**Distance salvatrice.** Il y a aussi la distance comme bienfait. À quelques reprises, des participants disent que le fait d'être moins proches des patients leur permet peut-être un regard plus objectif sur ces derniers et sur les agressions qu'ils ont commises. Ils ne sont pas aussi attachés à la situation et au patient, ils sont moins impliqués émotionnellement et relationnellement. Une distance qui est néfaste à certains égards devient une distance dont ils retirent peut-être des bienfaits. C'est aussi ce que mentionne les infirmières lorsqu'elles expliquent le lien qui unit les soignants entre eux et la différence que cela fait de connaître ou non la victime (voir verbatim infirmier #6, thème 5.2.1 Caractéristiques de l'agression - Cible). Il en va de même entre les infirmières soignantes et les infirmières gestionnaires alors que l'infirmière #3, aussi gestionnaire confie : « Tu sais moi, en étant plus à distance avec les patients, eh bien cela me permettait peut-être d'être plus objective face à ce qu'eux-autres [les employés] tentaient de dire [face à leurs impressions envers un patient inquiétant]. » (Inf 3 ligne 395). Jusqu'à un certain point, c'est une distance qui les protège aussi du trauma secondaire et du stress associé.

**Distance indispensable.** L'infirmière doit être en mesure de recevoir les émotions des patients :

Aussi, (...) en grande majorité ce sont des patients qui ont des histoires terribles, où est-ce qu'il y a eu beaucoup d'abus, de violence depuis qu'ils sont tout petits donc

il faut être capable de recevoir ça quand ils vont nous en parler, ça ne sera pas de façon sympathique et dans la dentelle, ça va être vraiment, des fois ils vont nous crier dessus, ils vont pleurer, on va être confronté à leur désarroi, et il faut accepter qu'on est impuissant par rapport à ça, et c'est de juste accepter et d'être capable d'accueillir cette souffrance-là, ces sentiments-là sans les juger. (Inf 1 ligne 86-92)

Cet aspect du rôle de l'infirmière est très actif. L'infirmière doit traiter le vécu affectif du patient agresseur et s'assurer de se remettre disponible à en recevoir de nouveau lors de son prochain quart de travail:

On est dans un job où les valeurs c'est important, où l'implication, nous [les infirmières de psychiatrie] on est notre outil de travail. C'est important d'être comme à « *fresh* » quand on est en train de travailler, d'être capable de recevoir la souffrance des patients. (Inf 7 ligne 231-237)

Plusieurs éléments structurant en milieu psycho légal sécuritaire permettent de créer une distance entre le soignant et le patient agresseur mais aussi entre le soignant et ses propres émotions. Cette distance est identifiée comme néfaste par le personnel infirmier initialement mais permet aussi de créer un espace où l'implication émotionnelle est diminuée à un niveau contrôlable pour le soignant permettant de poursuivre les soins aux patients agresseurs. Cependant, l'exercice de se distancer de ses émotions n'est pas banal. Il est difficile de traiter ses émotions et de s'en distancer alors même que comme soignants, les émotions sont indispensables pour connecter avec le patient agresseur.

Pour se couper ou se distancer de ses émotions, mais pas de toutes ses émotions, mais bien de celles qui touchent le vécu de l'infirmière, une sorte d'abnégation temporaire est nécessaire afin de se centrer sur le vécu du patient. L'infirmière met en veilleuse certains aspects affectifs personnels pour prioriser et raviver les aspects affectifs, dirigés vers le patient et ses besoins, tel que requis dans son rôle professionnel. L'abnégation se

définit comme un sacrifice volontaire de soi-même, de son intérêt (Larousse en ligne 2023). L'abnégation rejoint les propos de la participante #4 qui mentionnait l'aspect vocationnel de la profession infirmière ou à tout le moins, la vocation qui est requise pour soigner la clientèle d'un milieu psycho légal sécuritaire.

Ce que les participantes veulent dire, lorsqu'elles affirment ne pas avoir de difficultés à soigner les patients, ce n'est pas qu'elles ne ressentent pas d'émotions négatives ou que les gestes des patients ne suscitent pas de réactions chez elles, mais plutôt qu'elles arrivent à les tenir en brides afin d'exercer leur rôle selon la vision attendue. La capacité à prendre une distance face aux réactions et aux émotions que nous ressentons dans l'interaction avec le patient agresseur tient une place prédominante dans le discours des infirmières quant à la possibilité de prodiguer ou non des soins à ces patients. Cette transaction émotionnelle est complexe puisque la coupure émotionnelle complète empêche l'actualisation d'une relation thérapeutique et que certaines formes de distance sont néfastes pour la relation thérapeutique. Les soignants doivent être en mesure de filtrer leurs émotions afin de rester connecté sur les émotions du patient et son vécu. C'est ce que l'infirmier #6 exprime lorsqu'il dit que certains collègues sont capables de faire abstraction des émotions négatives qu'ils ressentent face au patient agresseur : « J'aurais tendance à dire oui que du personnel (...) justement sont capables de faire abstraction de ça [et de continuer à soigner le patient]. » (Inf 6 ligne 144-147). Comme cet infirmier l'exprime, cela va au-delà d'une philosophie, cela passe par un travail actif sur soi. À ce moment, le soignant prend activement une distance avec le patient agresseur qui suscite un vécu émotionnel pénible qui entrave sa capacité à offrir des soins selon les normes

attendues. Les soignants doivent être sensibles à ce que le patient génère comme réactions et émotions pour ultimement nourrir les pensées et les émotions qui suscitent l'empathie, la clémence et la compassion tout en encapsulant les émotions négatives que le patient peut susciter.

Naviguer les impératifs de la distance, celle qui est nécessaire et celle qui est néfaste, est important puisque la distance entre l'infirmière et son patient est antinomique à la définition même de la relation thérapeutique ou de la relation de confiance. Cela génère de la dissonance et crée une souffrance chez l'infirmière, une souffrance tellement grande que certaines décident de quitter le milieu. Les tensions chroniques entre la sécurité et le soin avec une balance nettement positive du côté de la sécurité (et de la coercition) entraînent aussi le départ du chevet. Néanmoins, la distance procure un effet protecteur en regard des situations contre-transférentielles car l'infirmière est ainsi moins exposée. L'infirmière s'assure une objectivité accrue pour évaluer les situations, pour assurer une éthique du soin et pour distinguer les émotions néfastes de celles à cultiver.

*De parole à action : Identifier et gérer le contre-transfert*

L'infirmière #5 explique que les équipes ne sont pas habituées de parler du contre-transfert, de ce que cela leur fait vivre, de ce que cela leur fait faire : « ... ce n'est pas répandu parmi les équipes de soins » (Inf 5 ligne 259). Néanmoins, c'est présent, c'est l'éléphant blanc dans la pièce. La gestion du contre-transfert semble par ailleurs faire partie intégrante du rôle du gestionnaire et est particulièrement saillant dans les propos de l'infirmier #10. Il explique comment il peut être témoin des changements dans l'approche

clinique des soignants de son équipe. Une des caractéristiques du contre-transfert est la difficulté pour le soignant qui en vit de l'identifier par lui-même, les changements étant le plus souvent inconscients :

Oui, cela m'est arrivé [de devoir intervenir auprès d'employé en contre-transfert à la suite d'une agression]. Quelquefois la personne s'en rend compte mais quelquefois plus ou moins. Ça peut être dans le ton, ça va être qu'il est plus directif avec le patient, tu le vois qu'il y a des changements un peu de relation [avec le patient]. (Inf 10 ligne 313-317)

Lorsque le contre-transfert est identifié, l'infirmier gestionnaire peut intervenir auprès du soignant affecté.

Ça s'adresse [des situations de contre-transfert d'un employé envers un patient en prenant] la personne en « one on one » [en individuel] dans mon bureau et je la fais verbaliser [sur comment elle va] et je l'amène graduellement vers son type d'intervention qui diffère d'auparavant. (Inf 10 ligne 315-322)

Ces changements dans l'approche clinique ne sont pas nécessairement souhaités et une souffrance peut y être associée : « En lui faisant des reflets et en l'amenant vers ça [les changements observés], je m'en rappelle très bien, cet employé-là il était parti à pleurer dans mon bureau et il s'en voulait d'être comme ça. » (Inf 10 ligne 324-326). Selon l'infirmier #10, les soignants sont pour la plupart en mesure d'identifier que le vécu émotionnel envers le patient agresseur affecte leur prestation de soin, de le nommer et de se retirer des soins auprès de ce patient :

Je ne dis pas que tout le monde [infirmière et intervenants psychosociaux] est parfait, mais la plupart sont capables de reconnaître leurs limites, de se retirer quand ils se sentent émotivement trop dans un contre transfert, la plupart des gens étaient capables de continuer de travailler professionnellement. (Inf 10 ligne 305-310)

Néanmoins, les émotions négatives devront et doivent être prises en charge par différents moyens car il est délétère pour les soignants d'être habités trop longtemps par celles-ci :

« Il y a beaucoup de contre-transfert [chez les soignants envers le patient agresseur] (...) parce que s'ils gardent tout en dedans, le contre-transfert c'est vraiment nuisible. » (Inf 12 ligne 217-223).

L'infirmier #6 exprime un autre aspect primordial soit que bien que les infirmiers, et certains autres soignants, puissent être mieux préparés à gérer le vécu émotionnel que le patient agresseur génère, personne n'est à l'abri de vivre ces émotions négatives et de les exprimer via du contre-transfert : « [Ce type de discours dénigrant] provient de tout corps confondu. Il n'y a pas de distinction entre les infirmières et les autres employés [pour ce type de discours dénigrant]. » (Inf 6 ligne 198). L'infirmière #4 donne un exemple de comportements qui peut découler de contre-transfert: « En nursing, j'ai connu des infirmières qui n'avaient pas d'affaire-là pantoute. Elles n'avaient pas d'empathie, et pas de considération. » (Inf 4 ligne 298-300). Tous les soignants, quel que soit leur rôle, sont à risque de tenir une approche envers les patients agresseurs qui est en écart avec les normes attendues : « je ne dis pas qu'il n'y en a pas [chez les infirmières] des pommes pourrites ou des brebis égarées » (Inf 10 ligne 504). L'infirmière #12 résume bien les propos des différents participants lorsqu'elle dit : « Je pense que c'est tous les types d'emploi confondu [qui peut vivre du contre-transfert]. » (Inf 12 ligne 234). Malgré tous les efforts, la réalité est que le contre-transfert rôde constamment : « C'est sûr qu'on en a toujours un peu quand même [des gens qui vivent du contre-transfert et qui sont plus directifs, correctionnels comme approche]. » (Inf 11 ligne 176).

### *Différences entre les soignants*

Dans le thème « 5.2.2 Conséquences primaires sur le vécu de l’infirmière », il a été soulevé que dans la période post agression, il était plus fréquent de voir les hommes exprimer leurs émotions sous forme de colère (comportements agressifs comme claquer la porte ou donner un coup de pied dans une poubelle) et les femmes sous forme de pleurs. Tandis que dans le thème « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins », il a été noté que les infirmières ayant quitté le chevet pour une autre fonction dans l’établissement, de même que les infirmières ayant quitté l’établissement, confiaient plus facilement des écarts importants dans la qualité des soins comparativement aux participantes toujours au chevet. Dans cette section, nous verrons que les participants perçoivent une différence marquée entre les rôles professionnels des autres titres d’emplois (intervenants psychosociaux et agents de sécurité) comparativement aux infirmières.

Les infirmières sont particulièrement sensibilisées à la notion de contre-transfert et seraient mieux préparées à y faire face : « Mais, si on [les infirmières] dit ça [bon ben lui là je suis plus capable...], et bien il ne faut plus faire de soins au patient. C’est très important-là, tu sais si on est plus capable d’effectuer notre travail... » (Inf 8 ligne 210-212). Des différences sont notées en regard des autres groupes professionnels tel que les intervenants psychosociaux : « J’ai l’impression que [pour] les intervenants psychosociaux c’est plus difficile [de gérer le contre-transfert] que les infirmières. » (Inf 11 ligne 191). Il est difficile pour les participants d’expliquer cette différence :

Je ne sais pas comment l’expliquer vraiment, c’est très difficile de mettre le mot dessus, mais je le fais parce que c’est mon travail d’infirmière d’aller m’occuper du

patient, de m'assurer que les surveillances sont faites, [de veiller] que les plaies ne s'infectent pas, (...) je dois faire mes évaluations, mais c'est sûr que tu sais, tu as des idées qui te viennent en tête. (Inf 8 ligne 75-81)

Les hypothèses sont nombreuses sur la raison de cette différence qui est tantôt attribuée à la formation académique des infirmières : « Je vois vraiment un mode de gestion des réactions face à l'agressivité [des patients] qui est différent côté *nursing* versus d'autres professions, peut-être de notre formation. » (Inf 7 ligne 411-413); une hypothèse aussi soutenue par l'infirmière #1 « Je pense qu'en tant qu'infirmière on est comme, pas drillée [entraînée] là (...) on entre dans un quart [de travail] et on a notre travail à faire et on le fait. On a peut-être plus la capacité justement à se détacher de tout ça. » (Inf 11 ligne 191-194); tantôt attribuée à des vertus individuelles des personnes qui choisissent d'être infirmières :

Parce qu'honnêtement, les infirmières là, fondamentalement, vraiment, ça vient sûrement de notre formation mais notre personnalité aussi parce qu'on a choisi ce domaine-là, parce qu'il a quelque chose en nous, qu'on aime l'humain et qu'on a le *caring*, alors tu sais fondamentalement, c'est très rare que [des infirmières se laissent affecter par le contre-transfert]. (Inf 10 lignes 500-504)

Finalement, tel que mentionné précédemment, la différence ne consiste pas à ne pas ressentir d'émotions négatives envers le patient, la différence réside dans la capacité à ne pas agir ces émotions envers le patient :

Je vois vraiment une différence [entre la réaction du personnel infirmier vs autres intervenants à la suite d'une agression]. Je trouve que c'est moins agi. Je pense qu'on est peut-être plus sensibilisée sur le contre transfert versus d'autres quarts de métiers. On sait mettons que cela a le droit de nous habiter, que parfois ce sont des petits maudits et qu'on aurait envie de les ramasser et on se le dit ensemble mais un coup que c'est dit, quand on va de l'autre bord [sur l'unité], c'est comme *let's go* vraiment thérapeutique. (Inf 7 ligne 405-410)

Comme l'explique l'infirmière #5 (citée précédemment catégorie 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression, thème 5.3.2 Axées sur les émotions - Distanciation active), les émotions sont présentes mais elles ne doivent pas dévier l'infirmière de son objectif de soin : « Donner des bons soins aux patients même si on est dans les émotions, c'est de mettre une distance professionnelle où est-ce qu'on peut agir même si on a mal, même si on est sous le choc. » (Inf 5 ligne 433-436 citée précédemment dans ce thème, sous-thème Se distancer).

Il reste néanmoins l'hypothèse reliée au genre compte-tenu que la profession infirmière affiche les caractéristiques féminines depuis la nuit des temps tandis que les autres groupes professionnels se sont construits initialement sur les caractéristiques masculines et se sont féminisées plus récemment. La féminisation récente ferait en sorte que les autres groupes de travailleurs, que ce soient intervenants psychosociaux ou agents de sécurité, sont encore disciplinés durant leur parcours de formation académique, dans les valeurs et le fonctionnement masculin. Les infirmières se sont professionnalisées et travaillent encore très fort pour sortir de l'image vocationnelle ou d'ange gardien. Elles sont, d'un côté, socialisées à camoufler les caractéristiques incriminantes et invalidantes, selon l'esprit cartésien, masculin, reliées aux émotions et aux attributs féminins, caractéristiques qui feraient par ailleurs, de l'autre côté, leur succès professionnel.

### **5.3.3 Axées sur l'action**

Plusieurs stratégies axées sur l'action sont identifiées dans le vécu phénoménologique des participants de cette étude. Les actions compenser (pour certaines incapacités temporaires

ou permanentes des collègues), résister (aux pressions du groupe pour modifier l'approche clinique), dénoncer (des soins inadéquats) et ignorer (la qualité des soins sous-optimale) sont identifiées.

### *Compenser*

Compenser est une stratégie répandue dans l'établissement. À la base de cette stratégie est la capacité chez le soignant de nommer que c'est plus difficile de soigner le patient agresseur en ce moment : « Je pense que c'est nécessaire de nommer, moi cette patiente-là j'ai de la misère [difficulté], est-ce qu'on peut travailler en équipe versus je suis poigné là tu sais je suis pris avec cette personne-là » (Inf 12 ligne 222-224). C'est une stratégie encouragée dans l'établissement et soutenue par la gestion : « Les équipes actuelles sont capables de dire "je ne me sens pas capable de m'occuper de ce patient-là. Est-ce qu'on peut prendre ma place?" ». (Inf 11 ligne 168-170). Que la mise à distance soit active ou passive chez la personne touchée, cela n'empêche pas les autres soignants de compenser lorsque requis afin d'assurer une offre de soins et services adéquats auprès du patient agresseur:

J'aurais tendance à dire oui (...), que des intervenants (...) vont compenser [pour le collègue qui devient distant avec le patient à la suite de l'agression], je pense qu'indirectement oui. (Inf 6 ligne 144-149)

Les soignants compensent entre eux, en prenant par exemple un patient, dans leur groupe-patient (charge de cas ou *caselaod*), qui rend mal à l'aise leur collègue qui devait en prendre soin. Lorsque vient le temps d'effectuer des soins, les soignants peuvent se demander l'un l'autre d'y aller en remplacement. Les gestionnaires utilisent aussi cette

technique alors qu'ils chargeront un soignant qui réagit mieux au patient agresseur de s'en occuper plus étroitement, d'être son intervenant pivot, par exemple :

L'intervenant pivot peut changer [à la suite d'une agression ou autre situation de contre-transfert]. La personne qui s'occupait davantage du patient va changer pour une autre et généralement, les choses vont être faites de la même façon mais simplement avec quelqu'un d'autre. (Inf 6 ligne 153-156).

Avec les intervenants pivots, des plans d'actions spécifiques seront élaborés pour les soins aux patient agresseurs : « Il faut être capable de se faire des plans d'actions avec ces patients-là [qui suscite du contre-transfert], des plans d'actions plus précis, avec des personnes plus dédiées [attitrées] pour travailler auprès de ces patients difficiles » (Inf 10 ligne 335-337), il en va de même pour l'infirmière #3 :

On prenait le temps de s'asseoir avec les équipes et de parler du patient, de faire des plans précis, d'accompagner les gens, quand on avait identifié une personne de référence bien clairement, qu'on identifiait quelqu'un qui était à l'aise avec lui (Inf 3 ligne 56-59).

C'est aussi une stratégie prônée par le code de déontologie des infirmières qui doivent s'assurer que le patient recevra les soins dont il a besoin dans une situation où l'infirmière n'est pas en mesure de les prodiguer elle-même en cas de conflit d'intérêt, par exemple (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, 2016, article 24).

### *Résister*

La stratégie de résister permet à l'infirmière de poursuivre son rôle professionnel dans le milieu tout en se dégageant une marge de manœuvre au niveau éthique qui lui permet d'être confortable avec les soins qu'elle prodigue. Pour résister, l'infirmière utilise différentes approches, tel que ventiler auprès d'un supérieur immédiat afin d'avoir du soutien mais sans accepter de déclarer et de documenter officiellement l'incident

problématique dont elle a été témoin : « Si c'est plus sérieux, on ventile. J'en ai parlé un peu à la gestionnaire mais d'un autre côté tu ne veux pas rapporter tu sais. Tu veux comme une oreille mais tu ne veux pas rapporter » (Inf 7 ligne 209-210). Exprimer son désaccord de manière non-confrontante et non menaçante directement aux collègues fautifs est aussi une technique utilisée :

S'il n'y a pas personne qui a été lésée physiquement. C'est complètement inadéquat [de lancer une clémentine au visage d'un patient] mais je peux le reprendre avec humour et dire « ah, je ne veux pas voir vu ça, non, tu ne peux pas faire ça voyons-donc », passer sur d'autres choses avec une espèce de légèreté non sympathique. Moi, c'est ma carte de visite. (Inf 7 ligne 187-191)

L'infirmière distingue les situations qu'elle doit nommer à ses pairs fautifs de celles qu'elle doit dénoncer : « Je ne serais pas capable d'être muette [face à des propos inacceptables envers les patients] mais je n'irai pas dans des grosses démarches. » (Inf 7 ligne 247-248).

L'identification d'alliés sur le terrain permet aussi de résister aux pressions sur la pratique de l'infirmière : « ça prend des alliés aussi (...) ça prend des alliés professionnels, médecins, mais aussi des alliés et des gens sur le terrain-là, parce que pour changer une dynamique... » (Inf 10 ligne 157-159). C'est aussi le constat exprimé par l'infirmière #4 : « Dans le fond, pour être heureux pour travailler là, il fallait que tu t'accoquines à des bons éléments, des gens qui avaient la même mentalité que toi, qui voulaient plus un milieu de soins. » (Inf 4 ligne 73-74). Cette complicité est aussi présente entre les médecins psychiatres et les infirmières gestionnaires : « eux-autres [les psychiatres] vont me parler, ils vont dire 'j'aimerais ça que le patient évolue au niveau mettons de ses contentions', on va essayer d'envoyer l'idée à l'équipe, on va essayer de faire cheminer

» (Inf 11 ligne 486-489). Les infirmières qui utilisent des stratégies de résistance le font parce qu'elles croient encore dans le milieu et dans leur mission : « (...) d'un autre côté (...) on n'est pas pour tous sacrer notre camp [démissionner] parce qu'il va juste rester les gens coercitifs dans la place. » (Inf 7 ligne 255-257).

Des leviers externes tel que des alliés et les lois qui encadrent la pratique clinique ainsi que des motivations internes tel que les valeurs de l'infirmière et son souci envers les patients permettent aux infirmières de rester dans le milieu et de continuer à y œuvrer dans l'espoir d'être des agents du changement au bénéfice de cette clientèle.

### *Dénoncer*

Dénoncer est une stratégie encouragée par les différentes instances. Ces encouragements sont fréquemment appuyés par des obligations professionnelles, légales et éthiques : « Oui, tout à fait [quand je vois quelque chose qui n'est pas acceptable, j'ai ma responsabilité infirmière/déontologique]. Mais quand tout le monde remet le couvercle sur la marmite, hum c'est bien malaisant. » (Inf 7 ligne 216-217). Néanmoins, cette stratégie n'est pas sans conséquence pour le personnel qui l'adopte tel que décrit dans le thème « 5.1.3 Postures professionnelles ».

La dénonciation peut se faire à différents niveaux soit entre collègues de la même unité : « Je pense que c'est fait à l'interne, les intervenants psychosociaux entre eux, les infirmières entre elles, de dire qu'il y a des choses, des comportements qui ne passent pas même si par exemple il y a eu une agression d'un patient. » (Inf 5 ligne 291-293) et entre

collègues de différents services (par exemple, l'infirmière de l'unité avec l'agent de sécurité de l'équipe d'intervention) :

Moi, je suis déjà allée voir un collègue agent d'intervention pour lui parler, lui dire cette intervention-là je n'ai pas aimé ça. (...) on n'est pas là pour leur donner une punition, de tenir ce discours-là. (Inf 5 ligne 276-280)

Un phénomène d'autorégulation du groupe des soignants est aussi mentionné par l'infirmière #5 :

C'est sûr qu'est-ce qui est parlé et répandu c'est comment on va agir en groupe et de se réguler un et l'autre si on voit des choses qui ne passent pas. (...) Si admettons au sein de l'équipe d'intervention physique il y a quelqu'un qui est un peu trop « rough », il se le fait dire. (Inf 5 ligne 262-270).

Une intervention similaire est constatée chez les infirmières gestionnaires lorsque la gestion (ou les leaders cliniques) dénonce certaines interventions ou certaines approches : « je le nommais en réunion d'équipe (...) on nommait de faire attention [à cette intervention-là], de ne pas tomber là-dedans. » (Inf 3 ligne 75-79). C'est une manière d'intervenir non ciblée, une forme d'intervention permettant à l'équipe de s'autoréguler sans interventions incisives, et ce, en mobilisant les valeurs professionnelles des soignants : « il faut [les leaders cliniques] y aller vraiment de façon très généralisée [dans nos interventions] (...) Non, non [il ne fallait pas pointer personne] » (Inf 3 ligne 84). Néanmoins, passé un certain seuil, la dénonciation envers le supérieur immédiat est nécessaire : « Si c'est plus sérieux que ça [et que le patient est lésé physiquement], si c'est plus sérieux, (...) on est allé voir les gestionnaires et il y a eu une enquête disciplinaire. » (Inf 7 ligne 196). La participation même à cette étude pourrait être un moyen de dénoncer et d'être agent de changement.

### *Ignorer*

Ignorer est une stratégie basée dans l'action. Cette stratégie consiste à ignorer ou à nier que les soins prodigués aux patients agresseurs sont sous-optimaux ou inadéquats. L'infirmière #4 exprime avoir recouru à cette stratégie : « j'étais jeune infirmière fait que je n'allais pas dénoncer ça [des interventions inacceptables]. » (Inf 4 ligne 246). Le motif de non-divulgation est associé au risque de représailles tel que mentionné plus tôt dans le thème « 5.1.3 Postures professionnelles » : « je me souviens, je m'étais plaint au coordonnateur, et la fin de semaine d'après quand j'ai travaillé avec ces gens-là, ils m'ont avertie de ne plus faire ça [me plaindre au supérieur]. » (Inf 4 ligne 67-69). Or, se faisant, les utilisateurs de cette stratégie se retrouvent involontairement complices (par omission) des soins de mauvaise qualité que les patients agresseurs reçoivent :

Sur le coup [de l'intervention inadéquate] toute l'équipe on s'est jase mais tout le monde remettait le couvercle sur l'affaire comme s'il ne s'était rien passé. Moi je n'étais tellement pas à l'aise là. « Ah la force était justifiée là, la force était justifiée », et tout le monde faisait une espèce de discours vide pour s'auto-justifier qu'il n'avait rien vu. (Inf 7 ligne 211-215).

Les stratégies axées sur la rationalisation et sur les émotions sont, pour la plupart, initiées de manière individuelle et ont pour cible les tensions internes chez les soignants. Les stratégies axées sur l'action permettent aux soignants d'une même vision de se reconnaître et de s'appuyer les uns les autres. Les stratégies axées sur le système ont, quant à elles, une portée sur l'ensemble d'une équipe de soins sur une unité.

### 5.3.4 Axées sur le système

Trois stratégies de groupe ont été identifiées et regroupées dans le sous-thème des stratégies axées sur le système. Ces stratégies sont dirigées vers les équipes et ne visent pas les soignants de manière individuelle. Ces stratégies sont le retour post-événement, le leadership clinique et le transfert d'unité.

#### *Retour post-événement*

Le vécu phénoménologique de l'infirmière #3, aussi gestionnaire, est particulièrement marqué par des explications entourant le retour post-événement. Le retour post-événement consiste à revenir pas à pas sur l'événement, d'identifier les faits afin de mieux comprendre le déroulement et de prévenir la récurrence de l'événement : « On essaie de trouver pourquoi [l'agression est survenue], qu'est-ce qu'on a manqué ? Qu'est-ce qu'on n'a pas vu ? Comment on peut faire mieux la prochaine fois. » (Inf 3 ligne 222-224). Cette stratégie appliquée au groupe permet aux individus d'élaborer un rationnel et d'identifier des cibles d'actions sur lesquelles ils auraient du pouvoir dans le futur pour éviter une nouvelle agression, diminuant possiblement la culpabilité, le doute et le sentiment d'impuissance :

Ça se peut qu'il n'y ait pas eu de signes, tu sais on a déjà vu ça du zéro à cent, mais, le pourcentage du zéro à cent il est faible. (...) Ce n'est pas un standard. Alors, qu'est-ce qu'on a vu ou qu'est-ce qu'on n'a pas vu, et en post-mortem on est capable d'identifier peut-être pour prévenir une prochaine fois. (Inf 3 ligne 211-215)

Ce n'est pas un exercice simple puisqu'il peut susciter des réactions émotives négatives et intenses chez les soignants :

Ça [les retours post-événements] les équipes ne sont pas habituées. Alors quand tu tombes là-dedans [commence cette pratique] au début-là, hou! Rapidement, ils [les employés] sont sur la défensive, c'est comme, bon, c'est ça, vous [le médecin et le gestionnaire / la direction] essayer de trouver un coupable. (Inf 3 ligne 222-226)

L'infirmière #3 explique que les agressions sont peu ou pas traitées d'un point de vue organisationnel, ce qui laisse peu d'espace pour les gestionnaires de traiter à leur tour le vécu suscité par la peur, la colère ou la souffrance des membres de leur équipe : « Ils sont rarement discutés [les agressions qui surviennent dans l'hôpital], les gestionnaires et même certains médecins avaient de la difficulté à en parler parce qu'ils disaient que les équipes vont voir cela comme des reproches. » (Inf 3 ligne 115).

Le vécu phénoménologique de l'infirmier #6 qui explique que selon lui, il y a toujours un contexte aux agressions, ainsi que le vécu des infirmières #8 et #12 ne sont pas en opposition avec l'objectif de ce type d'exercice : « Je pense qu'il faut juste essayer de trouver une façon qu'on communique ensemble et qu'on essaie justement de détecter quand ça va moins bien et qu'il y a des possibilités [accrues] d'agression. » (Inf 8 ligne 178-180); « je pense que les petits retours *feedback* quand il arrive quelque chose c'est important » (Inf 12 ligne 221). Différentes pratiques de questionnements post-incident se côtoient dans le vécu phénoménologique des infirmières. Il y a le questionnement pouvant mener (ou exacerber) à une culpabilité (envers soi-même ou attribuée à autrui) tel que partagé pour l'infirmière #1 : « Il y a un sentiment de culpabilité parce qu'on aurait voulu être là. » (Inf 1 ligne 251). Il y a aussi le doute utilisé judicieusement comme lors d'exercices de pratique réflexive tel qu'exprimé par l'infirmière #8 : « C'est sûr que tu revois un peu bon, qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux? » (Inf 8 ligne 292), ou des

pratiques systémiques de gestion des risques et de retour post-événement afin d'assurer une amélioration continue des soins et des services tel que décrit par l'infirmière #3 précédemment. Dans un cas, l'activité est interne et individuelle et la posture du soignant peut devenir souffrante. Dans l'autre cas, la souffrance peut être encadrée et recadrée au courant de la démarche qui peut même découler sur des opportunités de croissance professionnelles tout comme elle peut devenir souffrante. Il peut exister une sorte de paranoïa envers la direction, alors que la direction a probablement comme objectif d'éviter que ça se reproduise, d'éviter que d'autres travailleurs soient blessés et d'aider les travailleurs souffrants. Cependant, les démarches de la direction sont plutôt perçues comme une chasse aux sorcières, la recherche d'un coupable. L'instigateur de la démarche doit donc être crédible et de confiance afin que la démarche de retour post-événement soit favorable à la guérison.

### *Leadership clinique*

Le leadership clinique est discuté brièvement par les participants de cette étude comme moyen pour contrer les conséquences néfastes découlant des antécédents d'agression des patients soignés dans cet établissement. Les infirmières peuvent s'appuyer sur l'approche clinique préconisée afin de trouver du support, moral au moins, dans l'exercice de leurs fonctions. Questionnée sur l'importance du leadership clinique, l'infirmière #3, aussi gestionnaire répond : « Ben clairement [que la direction médicale et la direction de l'infirmière-chef sont importantes, il y a un leadership là-dedans]. » (Inf 3 ligne 126-129). L'infirmière #4 en parle plus longuement dans son entrevue. Selon elle, les différences dans les climats thérapeutiques (ou non) sur les différentes unités de soins étaient associées

au leadership clinique des gestionnaires des différentes unités de soins: « Alors si tu avais un coordonnateur qui était plus centré sur les soins, c'était intéressant parce qu'on avait l'impression qu'on était dans un milieu de soins. » (Inf 4 ligne 29-30). Finalement, l'infirmière #12 mentionne les grands besoins d'enseignement qu'elle perçoit dans l'établissement : « Je pense qu'il y a beaucoup, beaucoup d'enseignement à faire. » (Inf 12 ligne 217), les leaders cliniques étant en position de fournir cet enseignement tant sur les dynamiques cliniques des patients agresseurs que sur les approches d'interventions à préconiser auprès d'eux.

### *Transfert d'unité*

Le transfert vers une autre unité du patient agresseur à la suite de l'agression d'un soignant sur l'unité d'origine est discuté par les participants 1-4-5-6-8-10-11. Dans leur vécu phénoménologique, les infirmières ont vécu soit le départ du patient agresseur de leur unité, soit l'arrivée du patient agresseur sur leur unité, ou encore ils connaissent l'existence de cette pratique dans l'établissement. L'infirmier #6 mentionne que le transfert est habituellement coordonné à la suite d'agressions particulièrement violentes : « Quand il y a un agir grave comme ça [un assaut], que ce soit [sur] un patient ou un staff, c'est vrai qu'il [le patient] va être transféré d'unité. » (Inf 6 ligne 177-178). La sévérité de l'agression et ses effets délétères sur les soignants de l'unité sont contrebalancés avec les préjudices pour le patient agresseur en termes de perte de lien thérapeutique et de perte de l'investissement clinique auprès de lui :

Tout dépendamment de l'ampleur de la situation, j'envoyais le patient ailleurs. (...) Je faisais des « *switch* » de patients (...). Ça dépendait vraiment de l'ampleur [de

l'agression] parce que c'est sûr que quand tu as travaillé une alliance thérapeutique avec une équipe et que tu es rendu à un point x, y, z, il fallait vraiment jauger. (Inf 10 ligne 287-294)

Les infirmières mentionnent qu'il n'y a pas de mécanismes formalisés et standardisés pour évaluer les transferts : « Je dirais ça va être [le transfert du patient agresseur] du cas par cas » (Inf 5 ligne 248), certaines unités ayant une clientèle et un programme tellement spécifiques que le transfert inter-unité n'était pas envisageable : « En général, oui, [les patients agresseurs] sont transférés sur d'autres unités, mais c'est arrivé à quelques reprises qu'on n'avait pas la possibilité de transférer. » (Inf 11 ligne 108-109). Les transferts sont parfois contestés, l'historique du patient agresseur précédant l'annonce du transfert : « Il y a même des gens qui s'objectaient à des transferts de patient [qui vient d'agresser sur une autre unité]. Lui [ce patient] il a agressé quelqu'un, on ne le veut pas, il est dangereux. » (Inf 4 ligne 176-178).

La qualité des soins que recevra le patient agresseur sur la nouvelle unité d'accueil va varier grandement. Les infirmiers témoins des transferts sont confiants quant aux soins que le patient agresseur recevra sur cette nouvelle unité :

Je dirais que oui [le patient agresseur va recevoir des bons soins sur l'autre unité d'accueil] parce que l'unité est habituée de recevoir les patients comme ça, qui ont commis des délits à l'interne, qui ont commis une agression à l'interne. (Inf 6 ligne 194-195).

Pourtant, dans l'expérience de l'infirmière #4, les soignants de l'unité receveuse sont méfiants et ont aussi peur du patient ce qui teinte leurs interventions auprès du patient : « (...) quand ils sont transférés, ils ne sont pas voulus alors ils [les intervenants] ne peuvent pas être très gentil avec ou compréhensif, ils ne les veulent pas, ils ont peur. » (Inf 4 ligne

180-182). Les préjugés sont présents. Le patient n'aura pas le droit à des mesures selon son état clinique et adaptées à sa dynamique de violence. Les causes souches de l'agression ne seront pas prises en compte à cette étape :

[Quand on reçoit un patient qui a agressé sur une autre unité] il y a la confiance qui n'est pas là. Il a agressé alors lui c'est [des contentions] chaise-fixe. Tout de suite il est stigmatisé à avoir un « *package* ». Ah fait attention, il a agressé. (Inf 11 ligne 255-259)

Le bris de confiance avec les soignants où s'est produit l'agression : « Je pense [que le patient est transféré d'unité] parce que ça [l'assaut] brise le lien de confiance, la relation de confiance qu'il [que le patient] a avec l'équipe. » (Inf 6 ligne 181) et l'incapacité de poursuivre une alliance thérapeutique compte-tenu des réactions de contre-transfert trop importantes chez les soignants sont sous-jacentes aux motifs du transfert :

Je crois [que les transferts] c'est quand c'est vraiment problématique. Il y a eu un cas sur mon unité où le patient a été transféré finalement, mais il y avait eu plusieurs, plusieurs agirs [violents] et il n'y avait plus aucune alliance thérapeutique avec aucun membre de l'équipe, le médecin, cela ne fonctionnait plus. Je pense que dans ces contextes-là, quand il n'y a plus rien à faire, ils vont l'envoyer sur une autre unité pour essayer de rebâtir quelque chose [de clinique et de thérapeutique]. (Inf 8 ligne 126-133)

Tel que mentionné dans le thème « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins », ces patients seront sous mesures de contrôle plus longtemps avant que la confiance ne revienne et ils vivront les mêmes enjeux que s'ils restent sur l'unité où s'est produite l'agression. Bien qu'il y ait un souci d'envoyer le patient dans un autre département, parce que les soignants de l'unité où a eu lieu l'agression ne pourront pas bien soigner le patient agresseur, il n'y a aucune évidence et il n'y a rien qui dit dans le discours des participants que le patient va être bien soigné sur l'autre unité. À partir du vécu phénoménologique

des participants de cette étude, il est même possible de confirmer que lorsque les patients arrivent sur une autre unité, ils ne sont pas nécessairement bien soignés. Les patients sont transférés pour éviter qu'il y ait du contre-transfert mais en même temps, il n'y a aucune garantie, car lorsqu'ils arrivent ailleurs, le trauma secondaire est actif aussi car les intervenants de ces autres unités sont aussi des employés de cet hôpital.

### **5.3.5 Dommages collatéraux**

Les stratégies déployées pour gérer les conséquences des agressions sur les soignants ne laissent pas les infirmières indemnes. Des répercussions secondaires affectent le personnel infirmier qui œuvre dans le milieu. Il est à noter que la majorité des participants qui expriment ces conséquences secondaires ont quitté la fonction de soignant au chevet, sont devenus gestionnaires, conseillères ou ont carrément quitté le milieu. Les résultats laissent donc croire à deux phénomènes. Le premier, que les participants à l'étude encore au chevet sont 1) non souffrants, 2) ne se rendent pas compte qu'ils sont souffrants, ou 3) ne se rendent peut-être pas compte des efforts et de l'énergie qu'ils doivent fournir pour exercer selon les standards de soins. Le deuxième phénomène, qu'il faut avoir acquis une certaine distance ou un certain détachement afin d'être en mesure d'identifier puis de dévoiler des aspects de pratique non-conforme et œuvrer à les corriger.

Il est aussi primordial de constater, qu'à travers les entrevues, les infirmières participantes à cette étude parlent de leurs collègues, de leurs réactions et des leurs avec beaucoup de bienveillance. L'infirmière #5 est bienveillante envers elle-même et indulgente : « C'est difficile [d'avoir la responsabilité du patient comme infirmière]. C'est

un gros poids qui est mis sur mes épaules. » (Inf 5 ligne 311). L'infirmière #7, tel le petit poucet, sème des éléments de bienveillance et d'amour de son prochain aussi souvent que possible :

Il y a deux pensées qui s'affrontent du genre ayoye, je ne veux pas voir ses affaires-là, je ne veux pas faire partie de ça mais d'un autre côté, il y a comme la petite flamme du « *Nursing* » qui dit si tu ne veux pas en faire partie, reste-là au quotidien en faisant des soins positifs et en étant bienveillant et empathique. (Inf 7 ligne 253-259)

Pour l'infirmière #12, son équipe occupe autant ses pensées que ses patients : « j'essaie vraiment d'accompagner autant mes patients que mon équipe tu sais. Ça j'aime ben ça faire un petit peu de *leadership* positif pour essayer d'aller chercher ce qui ne va pas » (Inf 12 ligne 241-243).

Les participants de cette étude démontrent une tolérance à la violence qui habite leur quotidien, possèdent une résilience élevée et continuent à croire à la mission de l'établissement (à l'exception des infirmières #2 et #4) et à démontrer un amour profond de leur prochain. Ils ne portent pas de blâme quant à la qualité des soins qu'ils sont en mesure de prodiguer dans le milieu. Le personnel infirmier reste avec une profonde sollicitude pour leurs collègues. Il existe néanmoins une souffrance chez les infirmières du milieu. Cette souffrance s'exprime sous forme de déception, d'amertume, de dégoût et ultimement de démission du milieu.

### *Déception*

Les participants 2, 4 et 9 tiennent des propos qui dénotent une déception par rapport au milieu. L'infirmière #4 explique :

Quand j'ai passé l'entrevue, je me disais à mon dieu, quand je vais aller travailler là il faut que je sois bonne. On en entendait parler à \*\*\*\* c'était le top du top. [Finalement] C'était effrayant, tu sais, c'était épouvantable [ce que j'ai vécu]. (...) après quelques mois, je me suis rendu compte que ouf, ce n'était pas pantoute qu'est-ce que je pensais. (Inf 4 ligne 195-199)

L'infirmière #2 dévoile un vécu tout aussi décevant :

Là-bas ils étaient dépassés, dans le pénitencier où est-ce qu'elle était, alors ils la «ship» [l'envoie] ici et, tu sais \*\*\*\*\* ça pourrait être «cool», ça pourrait être une place révolutionnaire de dernière ligne, de dernier recours où ce que tu sais on offre un traitement [de pointe] mais non c'est comme un «parking». (Inf 2 ligne 316-320)

### *Amertume*

L'amertume est un sentiment durable de tristesse mêlée de rancœur, lié à une humiliation, une déception, une injustice du sort (Larousse en ligne 2023). L'amertume transparait particulièrement dans le vécu phénoménologique de l'infirmière 7. L'infirmière explique qu'elle est en mesure de poursuivre ses soins aux patients agresseurs puisqu'elle ne développe pas d'amertume envers ces derniers. Néanmoins l'amertume s'est installée envers les actes de ses collègues. Elle est mal à l'aise de constater leurs écarts professionnels et heurtée dans ses valeurs professionnelles. Elle est amère d'être témoin et impliquée dans ces écarts :

(...) par rapport au personnel, je trouve ça [une agression envers le personnel] vraiment horrible, le personnel n'a pas à vivre ça, mais [cela] ne crée pas chez-moi mettons d'amertume par rapport aux soins [comparé à des gestes inacceptables envers la clientèle]. (Inf 7 ligne 319-322)

Bien qu'elle puisse sympathiser avec ses collègues, elle ne peut accepter leur violence envers les patients dont ils ont la responsabilité. Elle l'explique bien dans un passage de l'entrevue :

J'avais, tu as comme un deuil par rapport au milieu. Tu as à lutter un préjugé par rapport aux autres professions (...) pour ne pas faire de généralisation, pour ne pas

dire que tous les agents [de sécurité] sont de même, tu sais, pour ne pas avoir de biais négatif face aux autres personnes [agents d'intervention]. (Inf 7 ligne 222-227)

L'amertume se ressent face à la perte de confiance envers ses collègues mais aussi envers l'organisation qui l'emploie : « Oui [ça créé une] perte de confiance [dans l'organisation]. » (Inf 7 ligne 249). Cette exposition chronique à la violence du personnel et à la maltraitance organisationnelle envers les patients est un catalyseur de souffrance chez cette infirmière. Une limite professionnelle a été franchie.

### *Dégoût*

Le dégoût est aussi présent dans le vécu des participantes # 2 et #7. Le dégoût est vécu telle la contamination par procuration d'être un membre de ces équipes-là, un dégoût par association car embauchées dans ce milieu qui tolère des soins sous-optimaux.

L'infirmière #7 le nomme ainsi :

Même si c'est juste une histoire que tu entends [des gestions inadéquats ou d'abus envers les patients agresseurs], ça ravive l'affaire, ça ravive l'espèce de sentiment que oui, que tu portes (...) moi on m'a dit des affaires de même là, j'ai juste envie de prendre mes jambes à mon cou pis à sacrer mon camp parce que ça me choque dans mes valeurs profondes. Fait que, qu'est-ce que ça fait vivre, ça fait vivre un profond dégoût par rapport à ces pensées-là pis ces modes relationnels là. (Inf 7 ligne 277-285)

L'infirmière #7 explique comment le fardeau est lourd à porter alors qu'elle doit gérer les actes du patient agresseur, qu'elle lutte ensuite pour prévenir les conséquences néfastes sur elle-même et qu'elle doit encaisser le stress et le traumatisme que lui causent les gestes inacceptables (de ses collègues) envers les patients agresseurs :

(...) de porter ça de plus [des interventions inacceptables] c'est sûr que, un à la maison et deux au travail quand tu retournes, ça créé une souillure un petit peu sur le milieu de travail, sur ta profession, sur ce que tu vas faire après. (Inf 7 ligne 238-241)

L'infirmière #2 partage le traumatisme professionnel qu'elle a vécu durant son passage dans le milieu :

Même quand je vois des photos, tu sais quand ça sort dans la presse, ça me [fait], je ne sais pas si c'est du dégoût ou de la haine, mais je m'imagine quelqu'un qui a été incarcéré pendant un bout de temps, et maltraité et tout ça genre après ça quand qu'il voit la place, l'environnement où cela s'est passé y doit ressentir ça. (Inf 2 ligne 477-482)

Les infirmières sont touchées non seulement de manière directe ou primaire par le traumatisme associée à la violence des patients dans le milieu mais aussi de manière secondaire par les récits de violence partagés au quotidien entre les travailleurs et de manière tertiaire par le traumatisme associé à la violence des soignants envers les patients agresseurs et envers la profession infirmière, alors qu'elles tentent, malgré les obstacles, de soigner ces personnes selon les valeurs et standards de la profession infirmière.

### *Solitude*

La solitude transparaît dans le vécu phénoménologique des infirmières 2-7-8-10. Ces infirmières expriment la difficulté qu'elles éprouvent d'avoir accès à du soutien, de l'écoute, un lieu pour ventiler de manière sécuritaire à leur tour alors que sur le lieu de travail elles sont exclusivement le réceptacle de la souffrance d'autrui, patients et collègues : « Pis moi aussi [je vis des émotions au travail], vis-à-vis cela, câline, tu sais moi ça, c'est quand même perturbant quand tu vis des choses comme ça là. » (Inf 8 ligne 292-294).

Le domicile est le lieu identifié pour prendre soin d'elle : « Ça reste [quand tu retournes à la maison]. Ça reste, ça se ventile à la maison (...). » (Inf 7 ligne 220); « C'est

moi-même [qui prends soins de moi après l'événement] à la maison. » (Inf 8 ligne 284). Les infirmières sont elles aussi victimes de violence jusqu'à un certain point, de violence de la part de ce milieu si particulier et si difficile pour les infirmières. Elles vivent de la détresse elles aussi des situations de violence qu'elles gèrent quotidiennement : « [Après avoir géré une agression] je retournais chez nous. Et tu sais que le lendemain tu vas avoir d'autres choses à récupérer. Je faisais beaucoup d'anxiété et j'en ai passé des nuits blanches. » (Inf 10 lignes 452-475). Pour l'infirmière #8, la famille en pâtit : « Non, je ne pleure pas mais je suis plus irritable à la maison. C'est sûr que mon côté familial en a souffert un petit peu pendant ce temps-là. » (Inf 8 ligne 323-324). Il est aussi difficile pour les infirmières de ce milieu de se sentir comprises par des personnes externes à l'établissement tel que mentionné par l'infirmière #8 : « Bien oui [j'en parle à la maison] (...) mais tu sais c'est difficile je trouve quand tu n'es pas avec quelqu'un qui est du milieu, [c'est difficile] d'expliquer certaines réalités que nous avons. » (Inf 8 ligne 330-335).

### *Survie*

Les infirmières expliquent comment elles doivent choisir le moindre de deux maux, comment aucune solution n'est vraiment bonne et comment elles choisissent de se sacrifier elle-même, comme personne et comme professionnelle, afin de poursuivre leur objectif de soigner cette clientèle captive et vulnérable :

Mais bon, ça c'est la vie. On se gère. Je vis mieux avec des conflits au travail parce que je suis éthique, au moins je dors sur mes deux oreilles vis-à-vis des patients. Mais c'est toute une danse à mener avec les collègues pour être les gants blancs jusqu'aux épaules et élever la voix tout en douceur. (Inf 7 ligne 440-444)

Le langage utilisé est très fort, il est question de survie dans ce type de milieu : « Soit comme une petite force tranquille et essaie de tirer ton épingle du jeu comme tu peux. C'était plus ça ma stratégie en gros de mode survie. » (Inf 7 ligne 259-261). Elles expliquent les efforts déployés afin de trouver un juste milieu pour être confortable dans les différentes dimensions du rôle (sécurité, soins, rôle et valeurs). Elles adressent les difficultés dans leur rôle d'infirmière :

Si tu veux t'imposer à tout prix mais que tu n'es pas en collaboration, c'est sûr et certain que ça ne durera pas longtemps. Si tu ne dis pas grand-chose, ben là, ça va être difficile au niveau de ton travail. Alors, il faut trouver je pense un juste milieu de collaboration. (Inf 5 ligne 329-331)

La bienveillance est présente dans le discours des participantes : « c'est toujours d'avoir cette marge-là entre mes valeurs personnelles, professionnelles et la personne au cœur de nos soins, d'être bienveillant » (Inf 5 ligne 433-440). Éventuellement, survivre devient insuffisant et certaines infirmières quitte le chevet et parfois le milieu complètement.

### *Démission*

Lorsque toutes les ressources de l'infirmière sont épuisées, lorsque compenser, résister, dénoncer et ignorer, ne suffit plus, les infirmières peuvent choisir de démissionner. Néanmoins, la démission n'est pas toujours au sens littéral une démission de son poste dans l'établissement, cela peut être une démission de son poste au sein d'une certaine unité ou encore une démission de leur rôle au chevet. L'infirmier #10 a changé de milieu, de l'interne vers l'externe :

Moi quand je suis parti (...) de l'interne, il fallait que je parte là, j'étais tanné (...) j'étais dans les mesures disciplinaires avec des employés qui ont eu des gestes, des

gestes non éthiques envers la clientèle, et ça dans mon livre à moi ça ne passe pas.  
(Inf 10 ligne 485-491)

L'absence de lieu pour décharger ce vécu est difficile au long court et génère beaucoup de souffrance alors que chaque événement additionnel retraumatise l'infirmière : « Oui [c'est souffrant et difficile à porter au quotidien] et c'est quelque chose de récurrent et de chronique. C'est comme une petite plaie qui est tout le temps ravivé. Et honnêtement, cela m'a fait quitter l'unité. » (Inf 7 ligne 265-267). L'accumulation, l'usure, l'épuisement, la déplétion des ressources de l'infirmière, la solitude, sont autant de facteurs de démission :

C'est sûr [que] j'ai dû accumuler, tu sais c'est, tu sais ce sentiment-là de nager à contre-courant tout le temps et d'être la seule à croire que ça pourrait être autre chose (...) oui ça été [un facteur précipitant mon départ], et bien peut-être pas cet événement-là [précisément] mais, ça s'est vraiment inscrit dans [mon départ]. » (Inf 2 ligne 435-442)

Le récit des résultats de cette étude permet d'identifier une myriade de victimes de la violence dans ce milieu psycho légal de sécurité maximum, et les victimes de violence sont nombreuses. Les victimes sont, dans un premier temps, les soignants agressés par les patients et leurs collègues témoins directs de ces événements de violence. C'est le stress aigu puis l'état de stress post-traumatique. Dans un second temps, les conséquences de cette violence s'étendent aux témoins indirects des événements et ce, à travers le récit des événements violents, dans les rapports inter-quart, dans les notes au dossier, dans les rapports d'expertise, etc. C'est le stress traumatisme secondaire. Dans un troisième temps, les conséquences de cette violence apparaissent chez ces soignants, dans leurs émotions, dans leurs pensées, dans leurs actes et la qualité des soins qu'ils offrent aux patients agresseurs, une qualité de soins qui se trouve affectée par le vécu (cognitif, émotionnel et socioprofessionnel) des soignants. Les retombées de la violence sur la qualité des soins

prodigués aux patients agresseurs affectent un troisième groupe, des victimes tertiaires de cette violence : ce sont les infirmières qui sont responsables des patients et de la qualité des soins qu'ils reçoivent au quotidien. À un certain point, les limites deviennent floues et il devient impossible de savoir si c'est la violence qui affecte la qualité des soins et alimente la culture de ce type de milieu ou si c'est la culture qui dirige la qualité des soins, la culture (l'imaginaire collectif) étant constamment alimentée par de nouveaux passages à l'acte violent de patient sur le personnel soignant.

Néanmoins, les sources de trauma chez le personnel infirmier sont claires et se divisent en deux sources. De manière proximale aux événements violents, les soignants sont affectés de manière directe par le patient agresseur qui entraîne son lot de traumatismes possibles chez ces derniers. De manière indirecte ou secondaire à l'exercice de leur fonction, les récits de violence entraînent eux aussi leur lot de traumatismes secondaires chez le personnel. Dans les deux sources de traumatismes, directes et indirectes, les stratégies utilisées par le personnel infirmier pour contrer les conséquences de cette violence apportent elles aussi leur lot de conséquences bénéfiques et néfastes chez les infirmiers tel que transmis à travers leur vécu phénoménologique. Il a aussi été documenté dans cette étude, une autre source de traumatisme pour les infirmières participantes de cette étude. En effet, de manière plus distale et plus insidieuse, au long court, le constat de soins inadéquats et non conformes, la posture des soins infirmiers dans l'établissement et la culture de l'établissement suscitent, dans le vécu phénoménologique des infirmières, de nombreuses situations de mortifications, concessions et pressions exercées sur leur pratique professionnelle, de chocs de valeurs dans leur pratique clinique,

de situations de solitude, isolement, menace, représailles, ridiculisation, déception, amertume et dégoût qui occasionnent autant de possibilités de traumatisme dans leur rôle professionnel, des traumatismes silencieux et invisibles, mis en lumière et exposés au grand jour dans les résultats de cette étude.

Les infirmières en milieu psycho légal sécuritaire sont exposées à différents types de traumatisme tous interreliés à la violence perpétrée par les patients sur les soignants et les conséquences de cette violence sur le personnel. Un nouvel événement violent suscite automatiquement un discours hégémonique sur le risque que représente ces patients et se répercute sur les pratiques de soins pour l'ensemble des patients. Les dommages collatéraux et les répercussions des incidents violents de la part des patients sont nombreux et des mesures doivent être prises afin de soutenir le personnel infirmier et la qualité des soins infirmiers qu'ils sont en mesure de fournir à ces patients.

## Chapitre 6 : Discussion

L'étude de Cramer et al. (2020) sur le bien-être et la santé mentale du personnel travaillant en milieu psycho légal forensique exprime comme limite de ne pas avoir étudié la manière dont les stratégies d'adaptation utilisées par le personnel pour faire face aux événements stressants de ce type de milieu influence les soins administrés et leur qualité (Cramer et al., 2020). Cette recherche présente des données pour venir documenter exactement cette problématique.

Les différents types de traumatismes présents dans le vécu des participants de cette étude est une réalité aussi retrouvée dans l'étude de Mistry et al. (2022) auprès d'infirmières de psychiatrie légale de sécurité intermédiaire, dans l'analyse de concept de violence de Cho et al. (2023) ainsi que dans la recension des écrits portant sur les caractéristiques du personnel soignant victime d'agression de Flannery et Flannery (2023). Tout comme l'ont remarqué ces auteurs dans leurs études, il est apparent pour les infirmières de cette étude qu'elles sont exposées à une variété de situations de stress et de détresse (psychologique et émotionnelle) à haut potentiel traumatique. L'étendue de ces situations traumatiques est présentée dans la catégorie « 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire » dans le thème « 5.1.1 Omniprésence de la violence et du risque ». L'aspect cumulatif et l'apparition graduelle ou subite sont par ailleurs des caractéristiques de l'exposition à la violence qui se manifestent selon les différents concepts clés (traumatisme vicariant, fatigue de compassion, STS). Tel que le mentionnent Jang et al. (2022), il est toutefois

délicat de confirmer la causalité de la violence sur les répercussions néfastes qui s'établissent plus à long terme.

Dans le chapitre 5, les émotions vécues par les personnes (soignants – les infirmières et leurs collègues) victimes de stress traumatiques secondaires ont été présentées ainsi que les stratégies déployées par le personnel infirmier pour faire face au STS (le leur et celui de leurs collègues) afin de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations éthiques du personnel infirmier. À titre de rappel, les émotions vécues par le personnel soignant sont présentées dans le thème « 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues - Vécu émotif » et se déclinent sous forme de binôme de l'un et son contraire afin d'illustrer que les émotions présentes chez l'un peuvent être absentes chez l'autre: impuissance vs contrôle, culpabilité vs sérénité, colère vs clémence, peur vs confiance et dégoût vs empathie. Les stratégies utilisées par le personnel sont quant à elles déclinées dans la catégorie « 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression » (dont le STS). Les stratégies utilisées (axées sur la raison, les émotions, l'action et dirigées vers le système) permettent aux infirmières de prévenir les conséquences néfastes du STS sur elles-mêmes (prévention primaire), de gérer le STS lorsqu'elles y sont confrontées chez elles-mêmes ou chez leurs collègues (prévention secondaire) et de mitiger les conséquences néfastes du STS qui affectent le personnel soignant et qui s'illustrent par une qualité des soins diminuée pour les patients agresseurs (prévention tertiaire). Au stade de la prévention tertiaire, les stratégies de prévention primaires et secondaires ont échoué et les infirmières et leurs collègues sont affectés par le STS. Alors que le personnel soignant est souffrant et traumatisé par la

violence appréhendée et avérée des patients sous leur responsabilité, les infirmières tentent de mitiger le plus possible les impacts négatifs de ce trauma sur la qualité des soins offerts aux patients agresseurs. Les participants de cette étude décrivent clairement dans leur vécu phénoménologique des situations de soins partiellement conformes et même non conformes. Ces situations où la qualité des soins est sous-optimale et même inadéquate affectent à leur tour les infirmières prises dans ces contextes, témoins et mêmes auteurs de ces soins parfois non conformes. La détresse et la souffrance chez les infirmières se retrouvent décuplées et les infirmières, traumatisées ou non au préalable par le STS, deviennent traumatisées par la qualité des soins offerts aux patients agresseurs dans le milieu. Ce sont alors les dommages collatéraux présentés dans le thème « 5.3.2 Dommages collatéraux » de la catégorie « 5.3 Stratégies déployés pour gérer les conséquences de l'agression ».

Dans leur analyse de concept de violence (agressions directes) en provenance des patients, Cho et al. (2023) identifient les conséquences psychologiques comme étant les plus souvent rapportées dans les études chez les infirmières. Les infirmières nomment le retour sur l'unité suivant l'agression et le fait de devoir prendre soin du patient agresseur comme étant traumatisant, leur sentiment de sécurité est atteint et elles se sentent en danger sur l'unité. Le souvenir de ces agressions perdure et le stress associé s'accumule avec le temps. Ces souvenirs déclenchent aussi de l'anxiété dans les situations de travail similaires. Il est rare de trouver des recherches qui se concentrent exclusivement sur le trauma secondaire des infirmières en milieu psycho légal. La plupart des recherches portent sur les infirmières victimes elles-mêmes d'agression par un patient (Abu Khait et

al., 2022; Bekelepi & Martin, 2022; Cho et al., 2023; Flannery & Flannery, 2023; Hilton et al., 2022; Jang et al., 2022; Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022; Mistry et al., 2022) et aucune sur les infirmières devant prendre le relais pour les soins aux patients agresseurs après une agression sur un collègue. Ainsi, aux fins d'analyse des données de recherches et des écrits consultés, les stratégies pour gérer le trauma seront considérées même si ces dernières sont actuellement associées au TSPT.

Aucune étude ne mentionne la qualité des soins aux patients agresseurs au-delà de la mention que le trauma affecte la qualité des soins et la santé des infirmières. Pourtant, continuellement, jour après jour, des infirmières prennent le relais pour des soins à des patients ayant agressé des collègues de travail. C'est donc dans un premier temps, à partir majoritairement des écrits portant sur le TSPT chez les infirmières de psychiatrie et de psychiatrie légale que la discussion portera sur les conséquences émotionnelles et cognitives du STS pour maintenir les soins aux patients (6.1 Émotions, raisons et leurs contextes). Ensuite, un regard nouveau à travers le concept de l'abjection de Kristeva sera porté sur le vécu des infirmières ayant à prodiguer des soins à des patients agresseurs (6.2). Finalement, les stratégies que les infirmières de cette étude utilisent pour assurer des soins de qualité auprès des patients agresseurs seront discutées (6.3 Stratégies pour assurer des soins conforme aux patients agresseurs).

### **6.1 Émotions, raison et leurs contextes**

Il est généralement reconnu que certaines émotions sont dites fondamentales (joie, colère, peur, tristesse, surprise, dégoût) et que les autres émotions sont dites secondaires ou

complexes. Il est aussi reconnu que les participants peuvent être dans l'impossibilité d'identifier ou d'exprimer clairement leur vécu émotionnel, ne l'ayant même pas compris (raison) eux-mêmes, ou encore se croire (raison) dans l'impossibilité de le partager ouvertement compte-tenu des freins socio culturels présent dans les valeurs et les croyances de leur groupe socio-culturel-professionnel (Shields, 2013). Ainsi, dans cette étude, l'objectif n'a pas été de confirmer ou d'infirmer la justesse des émotions exprimées ou perçues dans le vécu des participants mais bien de tenter de dégager les éléments contextuels qui sont présents et qui affectent l'expression du vécu émotionnel des participants. Les émotions les plus discutées par les participants de cette étude sont les émotions de bases ou primaires tel que la peur (peur vs confiance), la colère (colère vs clémence), le dégoût (dégoût vs empathie), la tristesse et la surprise (choc, incompréhension vs contrôle) (catégorie 5.2 L'agression et ses conséquences, thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues - Vécu émotif). Des sentiments plus complexes sont aussi présents. Par exemple, le duo de sentiment d'impuissance vs contrôle est présent et est associé pour l'un à la peur (sentiment d'impuissance) et pour l'autre à la colère (sentiment de contrôle perçu chez l'agresseur). Finalement, le sentiment de culpabilité (vs sérénité) est aussi présent dans le vécu phénoménologique des participants de cette étude. Les émotions primaires colère et peur, prévalent, ce qui est peu étonnant compte-tenu que le trauma consiste en une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique, identitaire de la personne, et que les réactions associées sont très primitives.

Les participants de l'étude de Bekelepi et Martin (2022), infirmières sur des unités de soins aigus psychiatriques, ont rapporté un vécu émotionnel de peur, choc, colère, incrédulité (*disbelief*) suivant un vécu violent. La peur était décrite par les participants alors qu'ils se sentaient impuissants et ne savaient pas s'ils seraient en mesure de gérer la situation. Les infirmières qui œuvrent auprès de patients en milieu psycho légal peuvent ressentir de la peur envers les patients dont elles s'occupent et cette peur peut affecter la relation thérapeutique entre l'infirmière et ses patients (Jacob et al., 2009). Les infirmières ont plus de difficultés à soigner les patients qui agressent sur une base comportementale compte tenu de l'attribution négative associée (Jacob & Holmes, 2011; Jones & Wright, 2015) tout comme les participants de cette étude. Le décalage du discours du soin vers la sécurité, du risque que l'intervention présente pour le patient à celui du risque que le patient représente pour le soignant, du soin centré sur la personne à celui du soin centré sur le soignant, est documenté dans les écrits. Les infirmières en milieu psycho légal sont socialisées à voir la dangerosité chez les patients qu'elles soignent (Jones & Wright, 2015; Rose et al., 2011). Les milieux psycho légaux portent les stigmates de leur mission sécuritaire ce qui complexifie le développement de leur mission thérapeutique dont le climat de confiance et l'établissement d'une relation thérapeutique (Jones & Wright, 2015). Les croyances et les perceptions des collègues de travail influencent celles de l'infirmière et affectent l'attitude de l'infirmière, cette dernière modifiant son approche à l'égard des patients dont elle s'occupe, une influence aussi documentée par Jones et Wright auprès des étudiantes en soins infirmiers en stage (2015). Le modelage par influence débute donc très tôt dans le parcours de formation des infirmières. Lorsque les

infirmières considèrent leurs patients comme des déviants, comme dangereux ou indignes de confiance, elles adoptent des approches plus punitives (et moins thérapeutiques) des soins aux patients (Johansson & Holmes, 2022). Les stratégies axées sur la rationalisation telles que celles utilisées par les infirmières de cette étude (catégorie 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression, thème 5.3.1 Axées sur la rationalisation), par exemple « retourner à la souffrance du patient » et « comprendre la violence pour la prévenir », prennent alors tout leur sens.

La colère est associée chez les travailleurs en santé mentale à la perception de contrôlabilité des gestes chez le patient. Plus le comportement « déviant » est associé à une dimension jugée sous le contrôle du patient, plus le sentiment de colère est présent (Forsyth, 2007). De la même manière, plus l'attribution causale du comportement problématique est associée à une dimension échappant au contrôle du patient, plus les soignants sont susceptibles d'offrir de l'aide et d'éprouver de l'empathie (Forsyth, 2007). Des biais cognitifs (raison) dans le traitement de l'information chez des soignants peuvent affecter négativement la relation thérapeutique (Forsyth, 2007). Un discours dominant décrivant la violence hétéro dirigée tel une réponse traumatique, en comparaison avec une description de visée perturbatrice ou antisociale, pourrait favoriser le rétablissement des patients (McIvor et al., 2023). Chez les participants de l'étude de Bekelepi et Martin (2022), la colère chez les infirmières était associée au sentiment de violation de sa personne ainsi qu'à la croyance que l'incident aurait pu être prévenu. Des données similaires sont présentes chez les infirmières de cette étude. De plus, il apparaît avec

beaucoup de certitude que la colère est aussi associée à la transgression de la relation thérapeutique.

L'impression de ne pas être compris (raison) par la direction, par les collègues absents au moment des agressions, par les autres membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi que par le cercle social externe au milieu de travail est un vécu récurrent chez les participants de cette étude. Cette préoccupation est aussi partagée par les infirmières de l'étude de Bekelepi et Martin (2022). Des situations de clivage entre la direction et les soignants sont aussi présentes chez les participants de l'étude de Mistry et al. (2022). Le sentiment de manque de respect, d'incompréhension et le décalage entre les priorités des gestionnaires et celles des soignants sont partagés par les participants soignants au chevet de cette étude. Le clivage est aussi présent entre les soignants au chevet et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire qui ne considèrent pas suffisant le vécu traumatique des soignants (au chevet) auprès des patients agresseurs, ces derniers minimisant ou banalisant les incidents d'agression.

L'employeur est responsable du système dans lequel évoluent ses ressources. En ce sens, certaines stratégies nommées par les participantes de cette étude pour gérer les conséquences de l'agression (et mitiger les impacts sur la qualité des soins) sont orientées vers l'employeur, la direction ou les gestionnaires. Dans leur analyse de concept de violence des patients, Cho et al. (2023) expliquent que dans les écrits consultés, les infirmières nomment avoir besoin de leur organisation pour faire face. Ces dernières s'attendent que leur hôpital les soutienne dans leurs inquiétudes et se révèlent déçues du

manque de support qu'elles reçoivent. Selon leur analyse de concept, la direction négligerait les infirmières victimes d'actes de violence de la part de leurs patients et s'attendrait à ce que les infirmières endurent ces situations. Cette perception renforce la croyance des infirmières que la violence fait partie de leur travail et que c'est un phénomène normal avec lequel elles doivent vivre. Cette attitude perçue déclenche les réponses psychologiques anxieuses et le scepticisme des infirmières face à leur employeur et renforce l'utilisation des stratégies de distanciation (physique et psychologique) envers la clientèle. Contrairement à l'étude de Cho et al. (2023), les infirmières de cette étude ne nomment pas directement avoir besoin de l'employeur. Néanmoins, les réactions anxieuses, le scepticisme, le blâme et la critique des infirmières face à leur employeur sont bien présents dans le vécu phénoménologique des infirmières. Ces émotions et croyances influencent le sentiment de sécurité des infirmières, le traitement des situations de soins des patients agresseurs et conséquemment peuvent affecter la qualité des soins.

Walsh et al. (2013) étudient l'environnement carcéral et le vécu du personnel de prison qu'il soit de l'équipe du contrôle (agent correctionnel) ou de l'équipe des soins de santé (personnel infirmier). Ils cherchent des moyens de contrer les discours organisationnels et de société qui façonnent les identités professionnelles du personnel qui s'occupent des prisonniers (agents et infirmières). En effet, ces discours génèrent des mécanismes défensifs qui limitent la capacité du personnel à se développer professionnellement tant chez les agents correctionnels que chez les infirmières. Les contextes de soins (objectif du personnel infirmier) et de contrôle (objectif du personnel correctionnel) diffèrent et se confrontent en présence des rigidités du milieu, un constat

aussi présent dans les données de cette étude dans la catégorie « 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire », thème « 5.1.2 Entre opposition et intégration de la sécurité et du soin ».

Les soignants de l'étude de Mistry et al. (2022) expriment des barrières à utiliser les outils pour les supporter à la suite d'une agression et ces barrières sont aussi présentes dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude. Nous retrouvons la nécessité de poursuivre le travail (raison) (voir sous-thème Vécu socioprofessionnel, thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues, catégorie 5.2 L'agression et ses conséquences), le blâme et la critique (voir sous-thème Vécu émotif, thème 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues, catégorie 5.2 L'agression et ses conséquences), la sur-analyse (raison) et la peur d'exposer ses vulnérabilités (émotion) devant les collègues. Ces barrières sont tant rationnelles qu'émotionnelles. Par conséquent, ces barrières individuelles, personnelles, ont aussi une incidence sur la capacité des infirmières de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations déontologiques.

Les infirmières participantes de cette étude verbalisent aussi dans leur vécu phénoménologique la présence de plusieurs facteurs contextuels qui affectent la qualité des soins (catégorie 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire). À ces éléments contextuels s'ajoutent des attentes liées à leur rôle socioprofessionnel incluant l'attente de prendre en charge à la fois la situation, le patient agresseur, le(s) collègue(s) agressé(s) ainsi que l'attente de gérer les réactions émotionnelles des autres membres de

l'équipe face à l'agression. Ces attentes professionnelles des infirmières, illustrées dans la catégorie « 5.2 L'agression et ses conséquences », dans le thème « 5.2.2 Conséquences primaires sur l'infirmière et ses collègues » dans le sous-thème « Vécu professionnel » sont par ailleurs un facteur affectant négativement les infirmières alors qu'elles n'ont pas le temps de se déposer et de traiter, chez elles-mêmes, la situation d'agression et de prendre soin d'elles-mêmes. Une situation similaire a été documentée par Mistry et al. (2022) dans leur étude. Mistry et al. (2022, p. 24 traduction libre) constatent que des participants de leur étude ont décrit « un manque de perspicacité obligeant les collègues à mettre en évidence les impacts observés ou à éviter activement de reconnaître les effets (sur eux-mêmes) en se concentrant sur les collègues ». Le même constat est réalisé pour les participants de cette recherche. Cette situation confirme donc les enjeux à identifier chez soi son propre vécu. Par conséquent, le vécu phénoménologique partagé par les participants de cette étude est davantage axé sur celui perçu chez les collègues. Cette situation met aussi en exergue les (en)jeux de pouvoirs (d'influence) et les interdépendances qui régissent le quotidien des infirmières en milieu psycho légal sécuritaire, enjeux qui occupent largement le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude. Le vécu individuel des soignants, combiné aux interrelations entre les soignants impliqués, associé à l'entrelacs des implications contextuelles, contribue à la complexité de l'exercice infirmier en milieu psycho légal sécuritaire. Ces dynamiques s'expriment en contexte d'équipes tissées serrées et en situations de travail émotionnel intense et complexe qui accentuent les conséquences du STS sur le personnel infirmier et la qualité des soins. Ces éléments sont présentés ci-après.

### **Des équipes tissées serrées**

Les équipes de soins en milieu psycho légal sécuritaire sont tissées serrées et encapsulées dans une surveillance totale, à l'image du Panopticon (Foucault, 1975). Ces équipes sont tenues, par l'établissement et leurs rôles, d'appliquer des techniques et renforcer des procédures permettant de contrôler et surveiller. La nature rigide et contrôlante des aspects carcéraux/sécuritaires des milieux psycho légaux de sécurité maximum crée une illusion de certitude sur laquelle s'appuient les travailleurs dans cet environnement où le risque et les incertitudes sont omniprésents (catégorie 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire, thème 5.1.1 Omniprésence de la violence et du risque). Dans cet environnement, l'image du contrôle prévaut et ceux et celles qui tentent d'exprimer des émotions, par exemple dans le cadre d'une approche de soins infirmiers (ou dans une intervention favorisant la réciprocité, comme dans une approche humaniste ou de rétablissement) sont souvent éteints ou étouffés par le système qui perçoit les émotions ou les liens relationnels (authentiques) comme un étalage de faiblesse et un risque à la sécurité. Ces situations sont décrites dans le vécu phénoménologiques des participants de cette étude et des explications similaires ont été produites par Walsh et al. (2013).

L'étude de Jahner et al. (2023) permet d'apporter un éclairage nouveau à la notion de liens tissés serrés des équipes en milieu psycho légal. En effet, des associations intéressantes peuvent être faites entre l'isolement vécu par des infirmières œuvrant en milieu rural (ou en région éloignée) et le vécu des infirmières œuvrant en psychiatrie légale. À l'instar des infirmières en milieu rural, les infirmières de psychiatrie légale connaissent fréquemment, de manière personnelle, les collègues qui sont victimes

d'agression par un patient dont elles s'occupent. Les infirmières en milieu psycho légal sont appelées à s'occuper de leurs collègues lorsque ces derniers sont blessés par un patient. Les collègues ne sont pas des victimes anonymes pour les infirmières mais des amis, des confidents, et des personnes en qui elles ont confiance et de qui leur sécurité dépend dans le milieu, tout comme leur interdépendance dépend d'eux afin de pouvoir assurer des soins de manière sécuritaire aux patients dont elles sont responsables. Les travailleurs en milieu psycho légal tissent des liens et une petite communauté se crée au fil du temps (Hammarström et al., 2022). Les écrits de Jahner et al. (2023) au sujet des infirmières en milieux ruraux peuvent être transposés aux infirmières de milieux psycho légaux. Les aspects combinés 1) d'avoir des liens étroits en milieu forensique (avec des relations quasi communautaires) qui chevauchent 2) la probabilité d'être impliqué dans une variété d'événements traumatiques chez des personnes que les infirmières connaissent, affectent les infirmières. Leur sentiment d'obligation et de devoir envers tant leurs collègues que leurs patients entrent en conflit et peuvent rendre les infirmières œuvrant en milieu psycho légal sécuritaire plus vulnérables, et exposées à un risque plus élevé de subir des effets psychologiques et physiques du STS dans leur pratique clinique au fil du temps. Tout comme les infirmières en milieu rural (Jahner et al., 2023), les infirmières de psychiatrie légale de cette étude portent souvent seules les décisions compte-tenu non pas d'un travail en région isolée mais d'un travail isolé au sein d'une équipe interdisciplinaire. Les infirmières en milieu psycho légal sont, par le contexte socio-professionnel-culturel dans lequel elles évoluent, ancrées dans une communauté dans laquelle elles travaillent, dans laquelle elles vivent des situations intenses et

complexes, autant de facteurs contextuels qui les rendent incapables d'échapper à l'exposition et à l'impact d'événements traumatisants. Il en va de même, bien sûr, pour les autres membres de ces équipes. À l'instar des infirmières en milieu rural de l'étude de Jahner et al. (2023), les infirmières de cette étude qui sont témoins d'événements de violence physique, d'agression et de menaces sur leurs collègues ou dont elles entendent le récit de telles violences (STS), ressentent de la peur, de l'anxiété, un sentiment de vulnérabilité et un manque de contrôle sur la situation. Les conséquences de ce vécu émotionnel sur la qualité des soins pour les participants de cette étude ont été présentées précédemment (catégorie 5.2 L'agression et ses conséquences, thème 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins).

La notion d'équipe dans le cadre psycho légal forensique est aussi nommée par les participants de l'étude de Hammarström et al. (2022). À cet égard, les participants mentionnent la notion de dépendance des soignants entre eux. Cette (inter)dépendance où les interventions des uns affectent les interventions des autres est appuyée par l'importance d'être digne de confiance pour ses collègues. Cette notion a aussi été soulevée par les participants de cette étude. Toutefois, Hammarström et al. (2022) décrivent un niveau de fonctionnement d'équipe supérieur à celui retrouvé dans cette étude. En effet, les participants de l'étude de Hammarström et al. (2022) dépeignent l'unité de soins telle une communauté, qui se compose d'eux-mêmes, des patients et des autres soignants, partageant tous une communion avec un « nous » commun. Ce niveau de réciprocité n'a pas été retrouvé dans le vécu phénoménologique des participants de cette étude. La division entre le « eux/les patients » et le « nous/les soignants » est plus marquée

et les patients agresseurs sont plus rapidement *objectifiés* tel le problème. Néanmoins, le vécu des infirmières envers leurs collègues rejoint celui des participants de l'étude de Hammarström et al. (2022 traduction libre) lorsqu'ils disent : « la gestion des responsabilités est étroitement liée au fait d'être quelqu'un vers qui se tourner, d'être capable de porter les vulnérabilités des autres, d'être attentif, d'interpréter et d'atténuer les émotions des autres soignants lorsque nous les trouvons en détresse. » Cette détresse étant fréquemment celle de leurs collègues au moment d'intervenir auprès du patient agresseur. Marshall et al. (2019) dénotent comment les interactions soignants-soignants n'ont pas été relevées comme un facteur pertinent dans les études antérieures et dans les programmes visant à réduire la violence et les mesures de contrôle (programme ayant comme objectif d'améliorer la qualité des soins). Cet élément est néanmoins présent dans cette étude-ci où les participants verbalisent comment les tensions dans les approches, les aspects interrelationnels des agressions, et l'interdépendance des soignants entre eux durant les soins aux patients en milieu psycho légal sécuritaire, influencent le risque d'agression et leur capacité, pour les infirmières de cette étude, de jouer leur rôle auprès de patients agresseurs. Les infirmières de cette étude énoncent leur vécu d'interdépendance avec leurs collègues en deux volets, 1) leur besoin de rester en sécurité dans un premiers temps et 2) leur besoin de s'approcher du patient suffisamment et assez longtemps pour permettre les soins requis par son état. Ces équipes tissées serrées, où les membres sont interdépendants les uns des autres pour les actes de soins du quotidien, entretiennent ou exacerbent la construction des subjectivités (eux/nous) identifiée précédemment. Si le soi est conçu sur les bases de « eux vs nous » alors, le soi de l'infirmière a le potentiel d'être menacé. Tandis

que si le soi est conçu tel une entité relationnelle, alors le souci des autres peut être conçu dans la réciprocité, l'autre peut se soucier et s'attendre à être pris en charge (Alavi, 2005). Cette prémisse est la base pour contrer les barrières imposées par l'abject et le STS associées aux situations abjectes.

### **Le travail émotionnel**

Tel que Fernández-Basanta et al. (2023) ont identifié dans leur étude, une utilisation continue et prolongée du travail émotionnel entraîne une charge émotionnelle qui devient difficile à gérer et qui a un impact sur le contrôle des expressions émotionnelles des soignants. C'est ce qu'elles ont appelé le « coût du soin » (*cost of caring*). Selon les travaux de Fernández-Basanta et al. (2023), les infirmières doivent manœuvrer continuellement, dans un processus dynamique de pousser-tirer (push and pull) entre les soins axés sur les tâches et les soins au-delà de la technique, une danse de mise à distance et de rapprochement continuel entre elles et leurs patients. Ainsi, l'acte du soin est actualisé par une force (propre à chacune) qui stimule l'infirmière dans son rôle professionnel (ex. la vocation, le sentiment du devoir professionnel, l'humanisation). Cette force peut entraîner un coût pour l'infirmière qui déploie alors des stratégies de distanciation émotionnelle et physique pour rétablir la balance. La charge émotionnelle est ventilée par une diminution de l'exposition à la souffrance de leur patient soit par l'application d'une distance qu'elle soit émotionnelle ou physique (isolement). Le travail émotionnel implique l'application d'un masque professionnel ou le recours à un travail/rôle dit de surface. Ce travail émotionnel est aussi mentionné par une des participantes de cette étude lorsqu'elle dit « quand on traverse l'autre bord c'est *lets go*,

*super caring...* » (Inf 7 ligne 405-410, catégorie 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences des agressions, thème 5.3.2 Axées sur les émotions). Lorsqu'une dissonance est présente entre le vécu émotionnel réel et celui de surface (le masque professionnel présenté), le risque d'épuisement et de perte de sens est accru chez le personnel infirmier et affecte l'infirmière et la qualité des soins qu'elle prodigue.

Les participants consultés dans l'étude de synthèse de Fernández-Basanta et al. (2023) considéraient le travail émotionnel comme une partie fondamentale et indiscutable du travail infirmier. Une croyance aussi partagée par les participants de cette étude. L'effort associé varie d'une situation de soins à l'autre mais un point de déséquilibre peut survenir où l'effort requis est plus grand que les ressources disponibles chez les infirmières. C'est à ce moment que des actions tel que compenser, résister, dénoncer et ignorer (catégorie 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression, thème 5.3.3 Axées sur l'action) sont utilisées par les infirmières dans leur processus de soins aux patients agresseurs afin de maintenir une relation thérapeutique et des conditions de soins permettant d'actualiser leur rôle selon les standards attendus. L'infirmière doit s'efforcer de maintenir la chaîne intacte.

Walsh (2009) constate dans son étude que le besoin de s'auto-gouverner provoque chez les infirmières du milieu carcéral le travail émotionnel le plus lourd dans la mesure où ce besoin est restreint par les discours dominants de la culture carcérale. Cet état de fait illustre les défis inhérents au développement de la pratique lorsque l'on travaille dans un environnement aussi fermé, où les relations de pouvoir entre le personnel et l'institution

ont un impact significatif sur l'autonomisation du personnel et sur sa capacité à mettre en œuvre des développements de la pratique. Des difficultés similaires sont présentes dans le vécu phénoménologique des participantes de cette étude qui ne sont pas en mesure d'occuper leur rôle professionnel et d'actualiser leur vision clinique selon les standards attendus.

À l'instar des participants de cette étude, les participants de l'étude phénoménologique de Hammarström et al. (2022, p. 4 traduction libre) ont aussi partagé « l'importance de faire du bon travail lorsque les émotions ont pris le dessus, de rester neutres et de s'abstenir d'agir sur ses émotions. » Dans l'étude de Hammarström et al. (2022), les participants expliquent comment ils sont parfois incapables de gérer des émotions accablantes (négatives ou conflictuelles) durant les interactions avec les patients. Ces derniers choisissent alors de fuir la situation. Ce faisant, ils laissent le patient seul et isolé avec sa problématique, un manquement grave au rôle de l'infirmière. À l'instar des participants de cette étude, la suppression des émotions doit être réalisée de manière à rester neutre, c'est-à-dire, de manière à ne pas laisser les émotions affecter le cours de l'interaction avec le patient sous tension. Cette neutralité s'effectue tout en étant syntonisée sur ses propres émotions. L'infirmière doit être en mesure d'accueillir et d'utiliser ses propres émotions afin de recevoir le patient dans l'interaction et le rejoindre dans son vécu. Ce type d'intervention implique une forme de dévoilement de soi nécessaire pour le développement de la relation thérapeutique et la rencontre de l'autre dans cette humanité partagée, cette réciprocité. Les croyances et les perceptions (raison) ne sont pas toujours partagées durant les interactions. Néanmoins, les émotions peuvent

servir de base commune pour faciliter l'échange, elles peuvent permettre le dévoilement d'une part de soi, une part privée permettant la discussion pour régler la situation tendue ou conflictuelle entre le soignant et le patient, le reflet de vulnérabilités partagées. Auprès d'un patient agresseur, il est important « d'avoir une compréhension (raison) du vécu du patient, de démêler les expressions de la souffrance (raison) du patient et être capable d'exprimer sa confiance et d'inviter le patient à partager et à gérer ses émotions. » (Hammarström et al., 2022, p. 5 traduction libre).

### **La qualité des soins en milieu psycho légal sécuritaire reflet du (dys)fonctionnement du système**

La qualité des soins est sous-optimale en milieu psycho légal sécuritaire, des motifs personnels, individuels, interpersonnels et culturels ont été identifiés jusqu'à maintenant. Ici, les difficultés découlant du système hospitalier en lui-même sont présentées. En effet, les modes opératoires des soins infirmiers en milieu institutionnel, tel que la mouvance de la main d'œuvre et la fragmentation des soins, sont dans les faits traumatisant pour les infirmières pour qui le rôle est d'abord relationnel, un rôle qui requiert de la constance pour le développement de la connaissance de l'autre et la création d'un lien. Les techniques répressives interpersonnelles sont culturellement requises et le premier choix pour gérer le stress émotionnel, une réalité exprimée aussi par les infirmières de cette étude. Néanmoins, des efforts sont déployés pour gérer ces émotions et non pas seulement pour les réprimer ou les sublimer. Des efforts sont consentis par les infirmières afin d'affronter les expériences anxigènes (de la relation avec le patient mais aussi dans la relation avec l'équipe ou avec l'employeur). Ce faisant, la capacité à tolérer et à gérer

l'anxiété s'en trouve accru chez les infirmières. Toutefois, ces efforts sont essentiellement ancrés dans des efforts individuels sans l'appui des structures organisationnelles, ces mêmes structures organisationnelles qui blessent et traumatisent les infirmières. Les stratégies défensives déployées par le personnel soignant en centre hospitalier psycho légal de sécurité maximum favorisent une attitude « indifférente » dont les infirmières, dont celles de cette étude, se plaignent amèrement. Les infirmières se sentent anxieuses et coupables lorsqu'elles détectent de tels sentiments en elles-mêmes, et en colère, blessées et déçues lorsqu'elles les trouvent chez leurs collègues. Elles témoignent de la déception, de l'amertume, du dégoût qu'elles vivent dans leur rôle professionnel lorsqu'elles réalisent leur implication, ou leur impuissance, dans la mise en place ou le maintien des pratiques inadéquates envers les patients agresseurs (catégorie 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression, thème 5.3.5 Dommages collatéraux).

Les situations de soins abusives ou non éthiques dont sont témoins les infirmières en milieu psycho légal et le niveau de qualité de soins qu'elles sont en mesure d'administrer dans ces milieux génèrent de la détresse morale chez ces dernières alors qu'il est reconnu que les situations de détresse morale sont des indicateurs de soins sous-optimaux (Christodoulou-Fella et al., 2017) dans les milieux cliniques. Les situations de détresses morales non résolues dans les milieux cliniques sont associées tant à la détresse psychologique qu'au STS chez les infirmières de santé mentale de l'étude de Christodoulou-Fella et al. (2017). Ces conditions affectent le fonctionnement neurocognitif et le vécu émotionnel des personnes touchées. Conséquemment, la performance professionnelle dans les milieux cliniques incluant les relations

professionnelles (collègues) et thérapeutiques (patients), de même que des enjeux de communication, sont autant d'éléments de compétences touchés dans les milieux psycho légaux. Les résultats de recherche de Christodoulou-Fella et al. (2017) suggèrent que les infirmières en santé mentale présentant de la détresse sont plus susceptibles de développer des symptômes de STS liés à des situations moralement pénibles dans leur pratique clinique quotidienne (Christodoulou-Fella et al., 2017). Selon les bonnes pratiques, les décisions concernant le niveau de coercition durant une intervention auprès d'un patient agresseur doit se faire consciencieusement, en consultation avec l'équipe interdisciplinaire, tout en réduisant et minimisant au maximum les restrictions sur le patient (Paradis-Gagné et al., 2021). Pour ce faire, il est nécessaire que les membres de l'équipe partagent des valeurs et une éthique commune, un partage impossible pour plusieurs participants de cette étude (catégorie 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire, thème 5.1.3 Postures professionnelles). Le sentiment de solitude vécu par les infirmières de psychiatrie légale et le manque de compréhension chez les autres membres de leur équipe sont des obstacles à une utilisation éthique des mesures coercitives en milieu hospitalier (Manderius et al., 2023), une situation aussi présente chez les participantes de cette étude.

En résumé, les émotions et la raison sont étroitement liées et donc difficiles à diviser. Les émotions et la raison sont importantes mais les émotions sont plutôt négligées dans les milieux psycho légaux ce qui augmente les stratégies axées sur la suppression des émotions. Les interactions et les soins à des patients agresseurs suscitent de nombreuses émotions et biais cognitifs. L'absence de lieu pour déposer le vécu émotionnel et le traiter

ressort de cette étude. Dans le vécu phénoménologique des infirmières, la charge émotionnelle provient de sources multiples (celle de l'infirmière même, celle du patient agresseur, celles des collègues) et pèse lourdement sur les infirmières. Les infirmières doivent gérer cette charge émotionnelle afin de pouvoir soigner adéquatement le patient agresseur. La section 6.3 présente les stratégies pour gérer ce vécu émotionnel afin d'assurer des soins conformes aux patients agresseurs.

## **6.2 Les disciplines (de Foucault) et les institutions totales (de Goffman) telles des stratégies de distanciation de l'abject**

Holmes, Perron et O'Byrne (2006) se sont penchés sur le concept d'« abjection » afin de comprendre l'anxiété ou les défenses des infirmières contre certains patients ou situations cliniques. S'appuyant sur les travaux de Kristeva (1982), les auteurs affirment que les infirmières doivent systématiquement rejeter ou supprimer leurs propres sentiments pour être professionnelles. Lorsque les professionnels de la santé rencontrent des patients difficiles, ils doivent trouver des moyens de maintenir leur intégrité et leur subjectivité. Le contact avec des sujets dégoûtants peut violer leurs propres limites (à la fois physiques et morales).

Les disciplines de Foucault et les techniques de mortifications des institutions totales de Goffman sont autant de moyens de surveiller et de maintenir les barrières entre le propre et l'impropre, le sujet de l'objet, maintenir l'identité du soignant de l'abject. Tel que le mentionne Rizq (2013), ces techniques incluent le sacrifice et la mise en marge du personnel infirmier ainsi que la mise sous silence de l'opposition, la résistance et l'anxiété

dans le milieu de travail (de soins) qui non seulement perpétuent le discours hégémonique des leaders du risque et de la dangerosité des patients mais assure aussi une loyauté et une couverture de protection pour les groupes qui souhaitent maintenir les pratiques telles quelles, ces groupes rejetant la faute sur l'organisation (comprendre aussi la direction ou la gestion) leur permettant d'ignorer leur rôle dans la situation.

D'un point de vue organisationnel, les routines, rituels et pratiques mortifiantes des institutions totales peuvent être associés à des tentatives inconscientes de réprimer les figures symbolisant l'abject (la maladie mentale, la déviance, le risque de contamination). Ces pratiques permettent de contrôler et de définir les frontières du corps et de réguler les aspects abjects de l'expérience de la maladie mentale (les débordements, le non-respect de limites thérapeutiques et relationnelles), dans le but de sauvegarder le système et l'ordre institutionnel. Les technologies disciplinaires et les stratégies de mortifications des institutions totales sont telles des « tentatives symboliques permettant de maîtriser les sentiments inconsciemment considérés comme des rappels abjects du corps » (Rizq, 2013, traduction libre). Les patients psychiatisés, et de manière amplifiée ceux de psychiatrie légale en contexte de sécurité maximum, provoquent chez les soignants, par leur pathologie, leur violence et le risque qu'ils représentent pour ces derniers, des anxiétés dont les soignants se distanceront afin de se protéger (Rizq, 2013). Selon Kristeva, les éléments que la société considère répulsifs ou déviants sont continuellement assignés à une place en marge de la société, rejetés du tissu social, en attente de recouvrer les qualités de maîtrise du soi rationnel. L'isolement des patients agresseurs, un isolement physique

dans un premier temps puis psychologique dans un second temps, peut être associé à des tentatives de préserver le corps propre des soignants.

La société a construit le soin tel une activité nécessairement maternelle, associée à des valeurs d'abnégation, de dévotions à autrui et de vocation au rôle. Les valeurs des soins infirmiers et, par procuration historique celles de la maternité, le *caring*, l'amour du prochain, protéger ceux qui souffrent, sont néanmoins considérées comme abjectes. Les conditions requises pour actualiser le « rôle maternel », tel que la réciprocité et la proximité, sont rejetées voir interdites dans les environnements de psychiatrie légale. Les échanges émotionnels débordant du cadre, brouillant les cartes des rôles et des frontières, entachant l'ordre établi et requis pour le bon fonctionnement du service, sont non reconnus voire méprisés. Le temps requis pour soigner les patients ayant agressés un collègue est amputé, le requis de soins fréquemment ignoré ou relégué au bas de la pile des priorités, ne méritant pas de désorganiser plus avant l'ordre du service et d'impacter ses activités. Tel que le mentionne Rizq (2013), les travailleurs en santé mentale, dont les infirmières, sont placés dans un cadre normatif exigeant efficience et efficacité, un cadre phallogentrique, qui sert à réguler, réprimer, voire rendre abject et anormal les mêmes soins pour lesquels les infirmières sont embauchées. La thèse que Rizq (2013) étaye est que la maladie mentale et le sentiment de détresse psychologique, tout comme le sentiment de vulnérabilité qu'ils génèrent, sont abjects dans la société et dans les organisations. Les paramètres d'efficience et d'efficacité ne pouvant pas se permettre de s'attarder sur les émotions et les vulnérabilités des patients, une expérience qui est « rejetée au-delà du

possible, du tolérable, du pensable. Il [l'abject] est là, tout proche, mais il ne peut être assimilé. » (Kristeva, 1982 p.1 traduction libre).

Selon Menzies (1960), le besoin des membres d'une organisation de lutter contre l'anxiété vécue dans leur rôle professionnel entraîne le déploiement de mécanismes de défense sociaux qui apparaissent dans les éléments de structure, de culture et dans les modes de fonctionnement de l'organisation. Cette hypothèse permet donc de relier les techniques disciplinaires de Foucault (1975) à des stratégies ayant, au-delà de leur utilité première de gérer le corps utile chez les personnes dirigées vers ces établissements, des bienfaits chez le personnel soignant leur permettant de se protéger des réactions anxieuses, incluant des réactions face à l'abject, vécues par les soignants auprès des patients. Menzies (1960) décrit les défenses sociales développées au cours de l'histoire des hôpitaux qui sont toujours présentes dans la manière dont ils opèrent. L'étude de Menzies (1960) permet donc de voir l'autre face des mécanismes disciplinaires identifiés par Foucault alors que lesdits mécanismes ont été déployés par les infirmières, au long cours, afin de répondre à leurs réactions émotionnelles. Parmi certaines des stratégies que Menzies présente, les deux stratégies présentées ci-après sont retenues compte-tenu de leur application directe pour l'un aux disciplines de Foucault : la fragmentation de la relation infirmière-patient (la réalisation des soins selon une suite de tâches auprès des différents patients), et pour l'autre aux mortifications de Goffman : la dépersonnalisation (de l'infirmière et des patients). Ces deux stratégies réduisent le temps de contact entre l'infirmière et son patient et élimine les éléments relationnels et personnifiés dans l'acte du soin, une approche soutenue par une éthique explicite de l'époque qu'un patient doit être le même que

n'importe quel autre patient. L'approche centrée sur le patient et les soins personnalisés préconisés aujourd'hui visent certainement à changer des pratiques entraînant des répercussions néfastes sur les patients, mais qu'en est-il de l'impact sur l'infirmière qui doit toujours mobiliser davantage son vécu émotionnel afin de venir à la rencontre de l'autre et s'adapter aux patients, dans un contexte où le vécu émotionnel est méprisé et considéré sale? Ces deux stratégies (fragmentation des soins et dépersonnalisation) contribuent à éliminer les situations, les tâches, les événements et les relations (trop intenses) qui causent de l'anxiété ou qui évoquent des angoisses liées à des vestiges psychologiques primitifs (i.e. l'abject vécu par les infirmières) dans leur personnalité (réminiscences de leur personnalité qui ne sont pas conformes à l'image de la profession), la gestion des réactions primitives étant considérées comme trop dangereuses et porteuses d'un chaos ingérable. Il est déjà constaté à l'époque par Menzies (1960) que ces stratégies pour se protéger des réactions émotionnelles associées aux soins infirmiers entraînent des conséquences délétères sur les infirmières chez qui le stress et l'anxiété se trouvent exacerbés.

Le détachement émotionnel et le déni des émotions sont, quant à eux, des stratégies présentes chez les infirmières de l'étude de Menzies qui se retrouvent aussi chez les infirmières de cette étude : « L'infirmière doit développer un détachement professionnel adéquat, apprendre à contrôler ses sentiments, à s'abstenir d'une implication excessive, à éviter les identifications dérangeantes ». (Menzies, 1960, p. 103 traduction libre). Menzies (1960) conclue dans son étude que les stratégies fournies par les services hospitaliers (et toujours fournies) pour soulager l'anxiété du personnel infirmier, le système de défense

social instauré dans les centres hospitaliers, représentent l'institutionnalisation des mécanismes de défenses très primitifs dont une caractéristique principale est qu'ils facilitent l'évasion de l'anxiété mais ne contribuent aucunement à sa véritable modification ou régulation. Les mécanismes de pouvoir sur le corps, les disciplines de Foucault, sont donc imposés sur les patients en raison du besoin, chez le personnel infirmier, d'atténuer les impacts émotionnels de l'abject. Cette description peut aussi faire référence aux réactions primaires et instinctives décrite par Kristeva (1980) lors du contact avec l'abject.

Ainsi, les disciplines de Foucault peuvent être comprises tels des mécanismes de gestion de l'abject dans le tissu social, la formation des disciplines dans le but de rejeter l'abject et le diriger vers des établissements de santé afin de régler leur déviance considérée abjecte. Le *care* promu en soins infirmiers est une tentative d'inclusion de l'abject. Le discours du *care* est, dans le réseau ou chez les infirmières dans l'équipe de psychiatrie légale, la personnification du patient humain en confrontation avec la volonté de maintenir le patient abject à l'écart des soignants dans le réseau. L'institution totale et ses techniques de mortifications peuvent être comprises comme des mécanismes de gestion de personnes abjectes qui sont confiées à ces institutions. En parallèle, les techniques de mortifications appliquées sur le personnel infirmier peuvent être comprises comme un mécanisme d'acculturation des infirmières dans le but de préserver la culture de l'institution totale. Au niveau des soins infirmiers, à la suite de cette acculturation, le paradoxe en milieu psycho légal sécuritaire se perpétue alors que le personnel infirmier adhère à la fois à la norme culturelle (donc à l'objectification de l'abject de certains

individus) tout en étant régi par une norme de non-discrimination dans la profession. Le processus d'acculturation s'effectue par un traitement (violent) insistant et persistant des infirmières jusqu'à l'obtention du conformisme attendu. La place des soins infirmiers en institution totale est inversement proportionnelle à la menace que les infirmières représentent en raison de leur rôle professionnel (culture domestique) tel des porte-voix, des dénonciatrices de la maltraitance des personnes objectivées tel des abjections, la personnification de la menace qu'elles représentent par leur plaidoyer et leur critique du statut quo en institution totale. Ces tensions, conjonctions de dissonances et d'aberrations tues par les infirmières, sont en filigrane de la pratique infirmière en milieu psycho légal sécuritaire, une pratique qui devient dégoûtante au long cours chez les infirmières de cette étude. Dans les résultats de cette étude, le dégoût de sa pratique, de la pratique de ses collègues et par conséquent du milieu (le milieu tait ces situations) dans lequel elles évoluent entraînent le départ du chevet du personnel infirmier en milieu psycho légal sécuritaire.

Les infirmières en milieu psycho légal ont besoin d'un espace protecteur, en dehors de l'interaction de soins, où elles peuvent parler de leurs émotions et de leurs expériences, où elles peuvent briser le silence et trouver des moyens de penser avec dégoût. Cela signifie que dans les espaces de réflexions, elles peuvent trouver le pouvoir de reconnaître et de travailler avec dégoût, mais aussi de reconnaître le pouvoir d'être protégées. Les infirmières qui sont en mesure de reconnaître l'abject dans leur pratique professionnelle sont en mesure de reconnaître sa source (mécanismes inconscients) et peuvent apprendre à gérer les situations dégoûtantes au fil du temps (Kaiser et al., 2019). L'abjection peut

s'infiltrer dans l'institution et s'intégrer inconsciemment dans le comportement, le langage et les pratiques du personnel. Holmes et al. (2006) soulèvent le besoin urgent de briser le tabou associé à la profession en regard de l'abject. Selon eux, il est requis d'inclure cet aspect dans le discours de la profession entourant la nature du travail de l'infirmière, les caractéristiques de la relation infirmière-patient, le spécifique de la discipline infirmière, le courage et la résistance (résilience) de la profession exposée quotidiennement à l'abjection et au dégoût, et le besoin comme soignant de prendre soin de soi, face à ce défi de l'ordinaire, de l'ordre du normal et de l'habituel, minimisé et tu, au cours de la carrière des infirmières.

Ainsi, dans ce contexte, alors que le rationnel sécuritaire et la peur prévalent fréquemment dans les milieux psycho légaux, l'infirmière victime de STS vit des émotions intenses qui peuvent interférer et s'opposer aux obligations du rationnel thérapeutique, rendant inadaptés les principes éthiques conventionnels, binaires (d'autonomie), de la culture dominante dans les milieux de soins. Cet angle d'analyse du vécu phénoménologique des infirmières qui administre des soins aux patients de psychiatrie légale pourrait indiquer une piste de réflexion sur la manière de concevoir l'éthique du soin à la suite d'une exposition directe ou indirecte à la violence.

Avant le départ du chevet, plusieurs stratégies sont déployées par le personnel infirmier afin de contenir leurs réactions face à l'abject, diminuer le STS, ce symptôme de la rencontre avec l'abject. Parmi ces stratégies, le travail émotionnel (Fernández-Basanta et al., 2023) est une stratégie permettant de traiter l'abject ressenti intérieurement afin

qu'il n'affecte par les soins prodigués aux patients agresseurs. Il permet de gérer les frontières émotionnelles et les répercussions néfastes d'un traitement émotionnel (de l'abject) incomplet, inefficace ou inexistant. Des stratégies axées sur la rationalisation et d'autres axées sur l'action sont aussi présentes dans les résultats de cette recherche et sont discutées ci-après.

### **6.3 Stratégies pour assurer des soins conformes aux patients agresseurs**

Différentes stratégies ont été identifiées chez le personnel infirmier de cette étude et présentées dans le chapitre 5 sous la catégorie « 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression ». Les stratégies pour se protéger du STS sont celles axées sur la rationalisation (sous-thème 5.3.1), celles axées sur les émotions (sous-thème 5.3.2) et celles axées sur l'action (sous-thème 5.3.3). Bien que les écrits soient plus discrets sur les stratégies regroupées sous le thème des stratégies axées sur le système (sous-thème 5.3.4), il est possible de trouver dans la littérature des liens clairs entre les stratégies axées sur la rationalisation et le leadership clinique, le retour post-événement telle une stratégie axée sur les émotions et le transfert d'unité du patient agresseur telle une stratégie axée dans l'action par le système. La littérature traitant directement des stratégies pour contrer le STS est plutôt mince. Cependant, comme plusieurs recoupements peuvent être faits entre le STS en conséquence de l'agression et l'abject vécu par le personnel infirmier en conséquence des soins aux patients agresseurs, des parallèles intéressants peuvent être faits et permettent d'illustrer les stratégies utilisées pour assurer des soins conformes aux pratiques auprès d'une clientèle de patients agresseurs. Le STS et l'abjection, deux poids d'une même mesure...? Peut-être puisque le STS est le phénomène identifié dans le

contexte de travail alors que l'abjection est le phénomène intrinsèque et inconscient que vit chaque infirmière en contact avec des situations répugnantes retrouvées chez cette clientèle hautement complexe, stigmatisée et marginalisée.

### **Stratégies axées sur les émotions**

Le vécu émotionnel des infirmières en milieu psycho légal sécuritaire est affecté 1) par la culture de l'établissement, 2) par les demandes et les exigences de la relation thérapeutique avec les patients agresseurs, et 3) par le STS – la rencontre avec l'abject (qui ne vient pas uniquement des patients). Le vécu émotionnel et les biais cognitifs entraînent des conséquences sur la qualité des soins qui ont été largement décrites dans le thème « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins » et ont été appuyés par les écrits dans la discussion (6.1 Émotions, raison et leurs contextes). Parmi les stratégies axées sur les émotions, pour se protéger du STS, la compartimentation des émotions, le partage du fardeau émotionnel, la suppression ou la sublimation des émotions, le détachement émotionnel (suppression des émotions apparentes) sont identifiés. Lorsque utilisées, ces stratégies entraînent les conséquences perçues de désensibilisation, de mise à distance (physique et psychologique) et de détachement.

Tel que discuté dans la section précédente traitant du travail émotionnel, les infirmières tentent de diminuer la charge émotionnelle par différents moyens tels que par suppression ou sublimation de leurs émotions, par distanciation des situations de soins émotionnellement chargées, une distance qui peut être physique (s'isoler, éviter les situations de soins) ou psychologique, en compartimentant l'espace émotionnel (privé vs

professionnel/public), en partageant leur fardeau émotionnel et en s'abstenant d'agir sur les émotions (appliquer le masque émotionnel). Ces moyens permettent de moduler les frontières et reflètent la danse continue de gestion des frontières qu'exercent les infirmières au quotidien. La création de barrières (Fernández-Basanta et al., 2023) physiques (ex. retirer ses vêtements de travail, le trajet de retour vers la maison) permet de compartimenter l'espace émotionnel professionnel de l'espace émotionnel personnel.

Dans la théorisation ancrée réalisée par Ostaszkiewicz et al. (2016) auprès d'aides-soignants et d'infirmières œuvrant auprès d'une clientèle incontinente en centre hospitalier de soins de longues durées (CHSLD), il a été noté que l'identité personnelle des aides-soignants est significativement affectée, et ce négativement, par la nature stigmatisante de leur travail. Ces auteurs ont émis l'hypothèse que les contacts fréquents des soignants avec les déchets corporels d'autres personnes (contact fréquent avec l'objet) exerçaient une influence considérable sur leur identité en tant qu'employé, ainsi que sur leur sentiment de valeur personnelle. Les aides-soignants de l'étude (Ostaszkiewicz et al., 2016) tiennent à affirmer leur compétence pour effectuer ce qui a été appelé le « sale boulot ». Ils nient avoir des sentiments négatifs, tels que du dégoût lorsqu'ils prodiguent des soins d'incontinence. Être capable de s'élever au-dessus des émotions négatives est considéré comme un marqueur de compétence. Selon les auteurs, les aides-soignants s'engagent ainsi dans un travail émotionnel considérable pour remplir leur rôle (Ostaszkiewicz et al., 2016).

Ce que Ostaszkiwicz et al. (2016) décrivent chez les aides-soignants de leur étude est de l'abnégation, c'est-à-dire que les soignants font passer les besoins des patients avant les leurs. Il ne s'agit pas ici de ne pas ressentir d'inconfort mais de s'assurer de ne pas le présenter au patient afin de ne pas accentuer sa souffrance. Il en va de même pour les participants de cette étude qui ont dépeint à plusieurs reprises les conséquences négatives observées chez leurs collègues qui présentaient une incapacité à s'élever au-dessus de leur vécu émotionnel difficile, largement présenté dans le thème « 5.2.4 Conséquences sur la qualité des soins ». Un rapprochement similaire peut être fait pour la clientèle de psychiatrie légale qui porte à la fois les stigmates de la maladie mentale et les stigmates du crime et qui, conséquemment, sont souvent associés à des rebuts de la société. Les émotions de dégoût et d'abjection sont liées à la peur d'être contaminé et génèrent habituellement des réponses de distanciation. Les soignants peuvent difficilement échapper aux réalités de la maladie mentale, à ses impacts sur l'esprit et le corps. Les soignants doivent affronter et gérer des comportements difficiles. La suppression et la sublimation ne permettent pas de traiter le vécu émotionnel. Prendre l'angle de l'abnégation permet aux infirmières de faire la part des choses, de suspendre temporairement leur vécu émotionnel, entraînant implicitement le besoin de le traiter plus tard. C'est ce traitement différé qui est actuellement absent dans les milieux de soins psycho légaux sécuritaires. La gestion du vécu émotionnel est un prérequis incontournable pour réguler les affects et les comportements durant les soins tel que documentée dans le vécu phénoménologique des participants de cette étude.

Kaiser et al. (2019) ont réalisé une recherche narrative portant sur l'abjection auprès de 3 infirmières (dont l'auteur principale) œuvrant dans le domaine des soins palliatifs. Dans leur étude, elles ont été stupéfaites de constater que le dégoût n'est jamais directement mentionné dans leur pratique au quotidien, ce qui est surprenant compte-tenu que le dégoût est intimement associé au travail de l'infirmière. Les participants de leur étude mentionnent à quel point le dégoût est lourdement rattaché à un jugement envers le patient et que le comprendre de cette manière signifie que l'on doit être prudents avec l'utilisation de ce mot par respect pour ce qu'il peut signifier (Kaiser et al., 2019). Selon Alavi (2005) la gestion émotionnelle de l'infirmière, la présentation d'un affect contrôlé, voir absent, est une stratégie attendue chez les infirmières afin de ne jamais montrer le dégoût au patient sous leurs soins. Muggleton et al. (2015) ont aussi constaté dans leur recherche que les infirmières se sentaient mal à l'aise de parler de dégoût sur le lieu de travail. Ce silence serait lié à la position professionnelle dans laquelle on leur demande de ne pas porter de jugement dans leurs interactions avec les patients, les familles et les autres. Les participants de Kaiser et al. (2019) ressentent le besoin de cacher leurs émotions négatives, émotions qui, dans certains cas, sont liées à des sentiments de dégoût. Le besoin et l'objectif de créer un espace respectueux dans l'interaction entre le patient et les infirmières est ce qui persuade les soignants de cacher leurs sentiments de dégoût, un besoin et un objectif aussi retrouvés chez les aides-soignants de l'étude de Ostaszkiewicz et al. (2016). Cette manière de procéder peut être comprise telle une approche éthique en soins palliatifs (Kaiser et al., 2019), telle une approche respectueuse en soin en incontinence (Ostaszkiewicz et al., 2016) et telle un objectif à atteindre durant

les soins aux patients agresseurs en milieux psycho légaux sécuritaires (Hammarström et al., 2022). Même dans des situations très difficiles, en présence de situations qui évoquent le dégoût, d'un point de vue éthique centré sur le soin, les soignants ne se détournent pas de celui qui en a besoin. Au lieu de cela, les soignants assument leurs responsabilités de soins (Hammarström et al., 2022; Kaiser et al., 2019; Ostaszkiwicz et al., 2016).

La désensibilisation aux conditions de travail est répertoriée dans l'étude de Mistry et al. (2022) auprès d'infirmières soignantes dans une unité psycho légale de sécurité modérée pour des patients hommes souffrant de trouble de personnalité. Dans l'étude de Cho et al. (2023), il est rapporté que les infirmières tentent de maintenir une distance sécuritaire et se détachent de la relation thérapeutique afin de se protéger du STS. La distance sécuritaire est donc à la fois physique et psychologique. Ces infirmières deviennent détachées émotionnellement. Ils rapportent aussi dans leur analyse de concept que le personnel infirmier considère la violence des patients comme un phénomène normal faisant partie de leur travail, une croyance renforcée à la fois par le personnel infirmier senior et l'administration des établissements de santé. À cet égard, la suppression des émotions négatives est une stratégie répandue afin de maintenir une relation thérapeutique avec les patients agresseurs dans un contexte où le système envoie comme message que c'est le personnel infirmier qui est « problématique » dans une situation qui est préconisée comme « normale ». Les infirmières recourent au travail émotionnel afin de gérer leur affect et les soins qu'elles ont à prodiguer aux patients.

Le détachement est aussi une stratégie identifiée dans l'étude de Walsh et al. (2013 traduction libre) chez le personnel œuvrant en prison en réaction aux stress associés au travail dans ce type de milieu. C'est une stratégie qui peut être utilisée de manière inconsciente parfois, afin de se protéger, tant au niveau de leur identité (de protéger leur identité professionnelle et personnelle) que de leur santé (de protéger leur santé mentale). Ici, les recoupements avec le concept d'abjection sont évidents. Le détachement permet de créer une frontière au sens propre entre le travail et la maison, et au figuré en se détachant émotionnellement, sans émotions apparentes, pour s'occuper des détenus. L'expression émotionnelle manifeste est considérée comme une faiblesse dans la culture de l'institution totale et les infirmières suppriment souvent les émotions mêmes qui sont censées faire d'elles des « infirmières » afin de pratiquer en toute sécurité dans ce type de milieu. L'application rigide des procédures et des codes sont aussi associées à des stratégies défensives pour s'intégrer et s'adapter au milieu. Walsh et al. (2013) soulèvent que bien que ces stratégies puissent offrir des bienfaits en réduisant le risque individuel, ces bienfaits s'acquièrent à un prix élevé soit par l'érosion du sentiment de contrôle et de décision sur sa pratique professionnelle qui entraîne une diminution de l'engagement professionnel. C'est une stratégie qui doit être utilisée avec parcimonie puisque ce faisant les infirmières dérogent de leur vision du soin et du rôle socioprofessionnel attendu.

Les stratégies axées sur les émotions se recourent soit dans leur application ou dans leur finalité. Il est important de retenir que quelle que soit la stratégie retenue, la compartimentation, le détachement, l'abnégation, la désensibilisation, l'infirmière doit être consciente de la stratégie utilisée afin de pouvoir traiter les émotions sous-jacentes.

L'absence de lieu pour se déposer et pour traiter les émotions complique la gestion émotionnelle de l'infirmière au fil du temps. Ce retour aux sources, cette reconnexion avec son vécu émotionnel, est important afin que les stratégies axées sur les émotions demeurent un choix conscient, ponctuel, une stratégie à utiliser avec parcimonie. Une utilisation répétée blesse l'infirmière au long court et se répercute dans sa vie professionnelle, personnelle, et entraîne des dommages collatéraux tel que documentés dans le thème « 5.3.5 Dommages collatéraux » de la catégorie « 5.3 Stratégies déployées pour gérer les conséquences de l'agression ».

### **Stratégies axées sur la rationalisation**

Les stratégies axées sur la rationalisation répertoriées dans les écrits sont de 1) constater la présence de biais cognitifs, 2) de comprendre la signification de l'agression ou d'expliquer le passage à l'acte tel l'expression d'une souffrance et 3) d'attribuer les sentiments négatifs envers un processus pathologique et non envers une personne.

La croyance que certains résidents sont délibérément incontinents pour attirer l'attention du personnel, c'est-à-dire que l'incontinence a une étiologie psychosociale, est présente chez les participants de Ostaszkiwicz et al. (2016). Une attribution comportementale que les infirmières de psychiatrie légale ne manquent pas de faire elles-aussi en réaction aux agressions de certains patients (Forsyth, 2007; J. Jacob & Holmes, 2011; Jones & Wright, 2015). L'abject ne peut pas être totalement expulsé ; il laisse une trace incrustée dans l'inconscient pour provoquer un malaise. Ainsi, tous les étrangers (toutes les situations/personnes qui suscitent le eux vs nous) sont un rappel inquiétant de

la vulnérabilité de chaque corps et de sa recherche d'intégrité (Holmes et al. 2006). Le passage à l'acte qui se concrétise sous ses yeux (ou dans le récit de collègues proches qui en ont été témoins) est d'autant plus la confirmation de cette vulnérabilité. L'abject n'est plus supposé par les antécédents au dossier mais bien avéré. Les aides-soignants de l'étude de Ostaszkiwicz et al. (2016) expliquent s'élever au-dessus de tout sentiment de dégoût associé à leur travail. Il est important de s'adapter (*to cope*) mais il est aussi important d'être vu en train de s'adapter. Pour ce faire, les soignants utilisent entre autres, des stratégies cognitives tel que se bloquer mentalement et le recadrage des pensées. Le fait d'excuser les résidents d'être incontinents, c'est-à-dire de rationaliser la cause de l'incontinence à des facteurs qui échappent au contrôle des résidents, aide également le personnel dans ses interactions avec les résidents en matière de soins d'incontinence. Les patients ne peuvent pas être tenues pour responsables de leur incontinence. Néanmoins, une attribution négative est parfois accordée au comportement du résident qui agirait ainsi de manière délibérée afin d'obtenir l'attention des soignants. Cette perception est moins qu'idéale et peut porter préjudice éthiquement, une situation aussi rencontrée en milieu psycho légal sécuritaire.

Les participants de l'étude de Ostaszkiwicz et al. (2016) recourent à une autre stratégie similaire, ils attribuent les sentiments négatifs envers le processus pathologique plutôt que de l'associer à la personne. Ici, le dégoût devient limité et placé dans la maladie - le cancer - et non dans la personne. Cette stratégie leurs permet de voir les patients comme des êtres humains où les causes du dégoût disparaissent souvent à l'arrière-plan. Pour ces infirmières, il semble plus facile de faire face à l'abject lorsqu'elles éprouvent

de la sympathie pour les autres et un désir ardent de connaître les patients, les familles ou les autres. C'est dans ces moments que les infirmières regardent au-delà des frontières physiques et reconnaissent l'humanité chez l'autre. Une autre façon de contrer le dégoût est de recadrer et d'élever la nature de leur travail. La dignité des résidents est au cœur des préoccupations des participants concernant les soins d'incontinence (Ostaszkiwicz et al., 2016). Les infirmières de cette étude présentent un niveau de préparation similaire pour faire face à l'abject suscité par les patients agresseurs (thème 5.3.1 Axées sur la rationalisation).

Afin de maintenir leurs performances professionnelles, la rationalisation et l'explication de la violence par l'étiologie de la maladie sont répertoriées chez les infirmières. Les infirmières doivent croire l'absence d'intentionnalité de la violence à leur égard afin de pouvoir poursuivre l'exercice du soin auprès de cette clientèle. Cette habileté à ne pas personnaliser les comportements des patients et à les relier à la maladie, est une stratégie cognitive protégeant les infirmières du trauma secondaire (Mistry et al., 2022). Le soin auprès de patients vivant avec un trouble de la personnalité pose des défis additionnels pour les soignants qui tendent à concevoir l'agression comme intentionnelle chez ces patients ce qui accroît leur détachement et la diminution de la qualité des soins qu'ils prodiguent. À l'instar des infirmières de cette étude, les infirmières de l'étude de Mistry et al. (2022) énoncent les difficultés associées à cette clientèle, tel que le manque de connaissances, une compréhension insuffisante de la dynamique clinique de ces patients ainsi qu'une méconnaissance du niveau d'exposition traumatique de cette clientèle (des seuils pouvant même être choquants). L'agression chez certains patients

peut être une réponse à des traumatismes antérieurs et l'expression d'une détresse (McIvor et al., 2023). Comprendre que les comportements violents peuvent être associés à la maladie, aux traumatismes, ou aux gestes répréhensibles commis, fait donc partie intégrante des stratégies mises en place par le personnel œuvrant en milieu psycho légal (J. Jacob & Holmes, 2011; Maguire et al., 2022).

Non seulement les patients peuvent agresser afin d'exprimer leur détresse, mais ces patients qui agressent, qui font peur et qui traumatisent le personnel, vont vivre des interventions coercitives (isolement, contention humaine/physique, mécanique et chimique) traumatisantes à leur tour. Les coûts humains sont lourds chez toutes les parties impliquées (perpétrateur de violence, témoin de violence, victime de violence). L'incapacité des cliniciens à reconnaître les implications d'une pratique coercitive disproportionnée avec une aversion au risque, tant pour leur intégrité professionnelle que pour les opportunités et les résultats cliniques de leurs patients, est un problème qui imprègne les services de santé mentale sécurisés et médico-légaux selon Markham (2022).

Tel que mentionné précédemment, les stratégies axées sur les pensées, les activités de rationalisation, permettent aux participants y recourant d'atténuer certaines émotions difficiles, de repositionner les émotions jugées inacceptables dans un angle plus acceptable professionnellement et socialement. Dans certains cas, les croyances permettent de ne pas ressentir ou de ne pas développer de sentiments aversifs dans la situation. La rationalisation peut s'appliquer à l'étiologie du geste abject (c'est la maladie, ce sont les traumatismes antérieurs), et peut s'appliquer à l'intentionnalité du geste, c'est en

dehors de son contrôle. Le soignant peut agir sur ses croyances ou sur ses connaissances pour comprendre, expliquer les gestes ou les comportements. En présence de sentiments aversifs envers le patient, le soignant peut dévier les sentiments négatifs ressentis envers le patient dans le cadre du soin vers la pathologie. Le soignant doit être prudent avec l'utilisation de ce type de stratégie car il peut être fortement ébranlé lorsqu'il constate pour la première fois ressentir des émotions dites inadmissibles dans le cadre du soin. Il est tout aussi périlleux d'utiliser ses stratégies afin de réprimer le vécu émotionnel car la digue érigée peut se fissurer de manière inconsciente et puis céder, et causer bien des dommages. L'altération progressive et insidieuse des schèmes de références du soignant, conséquence du trauma secondaire, est malsaine et souffrante. Le soignant doit être sensibilisé et outillé pour faire face à ses symptômes et aux sentiments négatifs associés. Il doit exercer une vigie sur ses valeurs, croyances et schèmes de référence pour détecter rapidement toute altération non souhaitée. Un travail de tous les instants pour les infirmières en milieu psycho légaux sécuritaires. Un travail qui ne peut pas être laissé au hasard.

### **Stratégies axées sur l'action**

Alors que les émotions et la raison (cognition) sont gérées davantage dans le monde intérieur de chaque infirmière, plusieurs actions peuvent être entreprises par les infirmières afin d'exprimer et de démontrer, de manière concrète, leur vécu intérieur (émotions et raison). Le maintien actif de l'équilibre par l'entremise des autosoins et les actions telles que compenser pour la qualité des soins sous-optimales, dénoncer, s'adapter et ignorer, sont discutés ci-après. L'action consciente de se protéger de l'abject est aussi illustrée.

*Compenser, résister, dénoncer, ignorer*

Les participants de l'étude de Kinghorn et al. (2023) rapportent être confronté à deux types de groupes dans leur milieu de travail, le groupe du travail selon les meilleures pratiques, groupe qui fait les choses correctement, et le groupe qui est désengagé de leur rôle. Chez ce groupe, une diminution de leur présence auprès de patients et une adoption d'attitudes et de comportements pouvant être des éléments déstabilisant voir déclencheur de passage à l'acte agressif chez les patients sont observés. Avec ce deuxième groupe de collègues, le sentiment de sécurité des infirmières est affecté non pas par la clientèle mais par les collègues considérés non sécuritaires, une réalité aussi présente chez les participantes de cette étude tel que présentés dans le thème « 5.2.1 Caractéristiques de l'agression ». En présence de ce type de collègues, le risque de mesures restrictives est accru et les infirmières partagent qu'il est parfois plus facile d'ignorer (action d'ignorer) les écarts dans l'approche de leurs collègues et de faire des compromis sur leur propre pratique (action de s'adapter) afin de ne pas entrer en conflit avec eux. Il en va de même chez d'autres infirmières ayant participé à cette étude qui s'assurent de compenser (action de compenser) pour le désengagement de leurs collègues en effectuant plus que leur tâche normale afin de pallier la mauvaise qualité des soins de leurs collègues. Les infirmières doivent apprendre à gérer leur besoin de sécurité personnelle tout en manœuvrant avec les (mauvaises) pratiques en place. L'adhésion à une clique plutôt qu'à une autre est basée sur le sentiment de confiance et de sécurité chez les participants de l'étude de Kinghorn et al. (2023). Le vécu des groupes parmi les groupes est aussi présent chez les infirmières de cette étude alors qu'il est rapporté dans le vécu phénoménologique que certains groupes

dominant d'autres soit sur le plan des soins au quotidien ou sur le plan des orientations de traitement et des interventions à préconiser (catégorie 5.1 Éléments culturels du contexte psycho légal sécuritaire). Dans tous les cas, ces divergences entre les groupes font sentir les infirmières isolées et insécures ou isolées et invalidées dans leur rôle professionnel. Cet état de fait est aussi présent chez les participants de cette étude tel que présenté dans le thème « 5.1.3 Postures professionnelles ». Les stratégies utilisées par le personnel infirmier de cette étude, tel que compenser, résister, dénoncer, ignorer, peuvent créer des divergences, aggraver des conflits et exacerber des cliques au sein de l'unité. Il est donc important pour l'organisation de reconnaître l'impact de la culture existante sur les infirmières de psychiatrie légale qui intègrent le milieu ainsi que les dynamiques en place, et de fournir des stratégies de soutien qui favorisent des environnements inclusifs.

La prudence est à nouveau de mise dans ce type de stratégies. En effet, plusieurs stratégies défensives utilisées par le personnel soignant en milieux psycho légaux sécuritaires tel que 1) le blâme ou 2) la mise à distance entre les personnes que ce soit soignants-soignants, soignants-patients, soignants-direction, contribuent à perpétuer des pratiques qui peuvent être vécues tel de la violence horizontale. Il est aussi reconnu que l'agression crée un effet spiral où un type d'agression en entraîne un autre (Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022). Dans les établissements de santé, l'agressivité entre les pairs est parfois alimentée et maintenue par certaines croyances tel que « puisque nous travaillons dans un environnement intense et sous pression, les subtilités ou les finesses sont inutiles » ou « tu dois t'endurcir si tu veux durer dans le milieu » (Leźnicka & Zielińska-Więczkowska, 2022, traduction libre). Ce sont des croyances perpétuées dans

les établissements qui rencontrent les critères des institutions totales selon Goffman (1968) tel que les établissements de santé (quoique dans une version édulcorée) et les établissements sécuritaires à vocation psycho légale. Il est documenté que les comportements bienveillants et les attitudes *caring* des représentants de la direction (chef d'unité/infirmière cheffe) sont ensuite reproduits par les soignants. Ainsi, l'environnement professionnel des soignants doit refléter les approches que la direction souhaite voir ces derniers appliquer auprès de la clientèle (Peng et al., 2022). Les modèles de rôle, particulièrement ceux en autorité, sont donc des outils puissants à ne pas sous-estimer dans les milieux de soins.

#### *Autosoins*

La promotion d'un équilibre travail/vie personnelle continue d'être une pratique de base pour les infirmières œuvrant auprès d'une population en milieu psycho légal sécuritaire (Brillon, 2013; Mathieu, 2012; Mistry et al., 2022) tel que limiter les heures de temps supplémentaires, être exposées à une clientèle diversifiée et à différents services (limiter l'exposition au trauma lorsque possible, pas travailler seulement sur les unités aigues d'acuité élevée) et établir une relation avec les patients avant d'avoir pris connaissance du dossier. Le personnel infirmier doit donc planifier activement son exposition traumatique et son exposition à l'abject au quotidien afin de maîtriser la situation et les conséquences associées.

#### *Se préparer et se protéger*

À l'instar des infirmières de cette étude, les infirmières de l'étude de Kaiser et al. (2019) expliquent comment elles se sentent préparées dans leur rôle professionnel au sein de l'hospice (soins palliatifs) et sont conscientes qu'elles seront exposées à des situations dégoûtantes et ayant consciemment ou inconsciemment développées des stratégies pour y faire face. Dans leur pratique de soins, elles sont physiquement capables de contenir le corps abject en pansant par exemple les plaies ulcéreuses, une manière de masquer les frontières floues à travers le pansement. Elles peuvent aussi faire face au corps mourant (en décomposition) en utilisant des limites spatiales. Elles mentionnent quitter des espaces d'interactions remplis de sentiments forts en allant physiquement dans une autre pièce, se déplacer dans un espace protecteur où elles peuvent respirer profondément et se reposer quelques minutes. Une stratégie aussi décrite par les participantes dans le thème « 5.2.2 Conséquences primaires de l'agression » de la catégorie « 5.2 L'agression et ses conséquences ».

Wiltshire et Parker (1996) identifient l'importance pour l'infirmière qui ressent de l'abjection en prenant soin de l'abject chez son patient d'avoir un moyen d'endiguer le fardeau de l'abject. Ils présentent le rôle du rapport inter-quart, rituel entre collègues, tel un moyen de modifier le fardeau de l'abject. L'abject est rendu gérable par l'acte symbolique (transmission et dépôt, contention de l'abject) et littéral (transmission de l'information) de donner le rapport à l'équipe de relève. Le rapport inter-quart est associé à un espace transitionnel de dépôt de l'abject pour les infirmières sortantes et une préparation à la mise en service dans leur rôle auprès de l'abject par l'équipe entrante. Les mécanismes en place dans les milieux institutionnels pour reconnaître le phénomène de

l'abjection chez les soignants et les endiguer sont donc importants pour assurer le bien-être des soignants (Wiltshire & Parker, 1996). Kaiser et al. (2019) partagent leurs propres rituels après le travail. Elles ont remarqué que l'uniforme de travail les protège d'une certaine manière et tout comme prendre une douche après leur quart de travail ou mettre des vêtements différents « pour perdre leur peau protectrice » les aidaient à ne pas rapporter les expériences de l'hospice à la maison. Par ailleurs, les participantes de cette étude décrivent leur souffrance lorsqu'elles ne sont pas bien protégées et que l'abject les suit à la maison tel que mentionné dans le thème « 5.3.5 Dommages collatéraux ».

Les infirmières en milieu psycho légal sécuritaires sont exposées à de nombreuses expériences traumatiques dans le cadre de leurs fonctions. Les sources de ses traumatismes sont tantôt liées directement aux patients dont elles prennent soin, tantôt secondaires à la souffrance de leurs collègues de travail, tantôt associées au contexte socio-culturel-professionnel dans lequel elles évoluent. Ses expériences traumatiques peuvent engendrer des symptômes de STS chez ces dernières. Ces milieux sont émotionnellement exigeants, stressants et intenses, et les infirmières qui s'y engagent doivent en être conscientes. Des stratégies pour prévenir, mitiger et contrer les conséquences néfastes du stress traumatiques secondaires existent. Des opportunités de croissance post-traumatique sont mêmes possibles. Les implications pour la pratique et la recherche en milieu psycho légal sécuritaire sont présentées ci-après ainsi que les implications pour l'enseignement en sciences infirmières.

### **Implications pour la pratique**

Il est crucial de promouvoir la connaissance et la reconnaissance du STS au sein de la profession (Kellogg, 2021) et spécialement chez les infirmières en milieu psycho légal qui sont témoins de la souffrance émotionnelle et physique non seulement des patients agresseurs dont elles prennent soins mais aussi de leurs collègues dans le cadre de leurs fonctions de soignantes.

Dans un premier temps, les milieux de travail devraient se doter d'une définition de la violence qui inclus toutes les formes de violence que le personnel infirmier est à même de subir dans le cadre de leurs fonctions et, dans un second temps, se doter d'un outil afin de surveiller la violence dans leur établissement, un outil capable de mesurer à la fois la fréquence et la sévérité des actes violents perpétrés par les patients (Cho et al., 2023; Jang et al., 2022). Le personnel infirmier est vulnérable face à la violence mais aussi face au contexte et au climat dans lequel s'effectue le signalement ou le dévoilement de la violence vécue.

Les études sont unanimes, les établissements doivent fournir le support nécessaire aux infirmières de psychiatrie légale et ce support doit s'étendre au-delà de la durée conventionnelle post incident d'agression, les répercussions pouvant se faire ressentir de manière progressive et cumulative (Abu Khait et al., 2022; Bekelepi & Martin, 2022). Les milieux à vocation psycho légal sécuritaire doivent former le personnel et les gestionnaires sur les possibles effets de l'exposition à des traumatismes et sur la manière de superviser une personne exposée à un traumatisme. Les gestionnaires doivent aussi

savoir que le personnel soignant préfère les approches informelles aux structures formelles et que les conséquences traumatiques peuvent perdurer et se cumuler au-delà de la fin des programmes formels associés à un événement spécifique (Mistry et al., 2022)

Roy et al. (2022) présentent une série de stratégies afin de rendre les milieux psycho légaux plus sensibles au trauma, tant au vécu traumatique des usagers que celui des soignants. Parmi les suggestions, retenons ici 1) la création d'espaces de réflexion et de dialogue pour le personnel sur les questions des traumas et 2) la mise en place de mécanismes permettant l'expression de rétroactions, de critiques, sans peur de représailles. Les bienfaits de la supervision clinique rapportée dans l'étude de Newman et al. (2023) auprès de 7 infirmières d'un hôpital de psychiatrie légale de sécurité maximum sont 1) une communication améliorée avec leurs collègues, 2) se sentir supportées dans le développement professionnel et 3) le développement d'habitude et de techniques réflexives sur leur pratique. Les auteurs concluent que les établissements devraient favoriser et promouvoir la supervision clinique afin de soutenir les infirmières de psychiatrie légale dans leur compréhension et leur gestion des défis propres aux environnements psycho légaux sécuritaires. Le rôle des établissements est un incontournable afin de favoriser des changements systémiques en leur sein par l'élaboration, entre autres, de protocoles clairs sur les interventions préconisées afin d'assurer une application standardisée et transversale de soins sensibles aux traumas chez les patients agresseurs (McIvor et al., 2023).

La gestion de l'émotion et de sa cause, l'abjection, doit être une priorité pour les infirmières en milieu psycho légal sécuritaire. Avec cette priorité en tête, il n'est pas étonnant que les programmes de réduction du stress par la pleine conscience soient une approche probante (Bekelepi & Martin, 2022). La conscience de soi et de ses émotions, peut aider les infirmières à gérer les répercussions des incidents violents. La recherche de Bekelipi et Martin (2022) a révélé que la méditation, les techniques de relaxation et les exercices de pleine conscience réduisent considérablement le stress perçu et l'épuisement professionnel chez les infirmières psychiatriques. La pleine conscience facilite un état de calme et de communication avec les patients, principalement parce qu'elle aide les participants à maintenir un équilibre émotionnel et à ressentir moins de frustration et de colère au travail. Cette approche peut aussi aider l'infirmière à réaliser les modifications comportementales et de pratiques cliniques qu'elle adopte, plus ou moins consciemment, en travaillant dans un environnement à haute exposition traumatique. De la supervision clinique et une approche réflexive portant sur la manière dont les réactions émotionnelles et l'attribution causale affectent le comportement d'aide tant au niveau individuel que de l'équipe sont recommandées (Forsyth, 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). À cet effet, un environnement permettant d'entrer en dialogue par l'ouverture, l'inclusion et l'engagement les uns avec les autres permettrait de faciliter le développement d'une compréhension mutuelle de leur pratique (Walsh et al., 2013). Selon Walsh et al. (2013), la pleine conscience favoriserait une sensibilité aux perspectives nouvelles et permettrait de promouvoir l'ajustement et le compromis entre ces contextes (contrôle et soin). Ils promeuvent une approche qui touche l'ensemble de l'équipe (équipe du contrôle et équipe

des soins) et non seulement des interventions envers le personnel infirmier. Leur cible d'intervention est alors l'équipe tissée serrée qui promeut le discours de sécurité et de contrôle qui est attendu dans l'établissement.

Il ressortait clairement de l'étude de Pettman et al. (2020) que faire partie d'une équipe réflexive était la clé du développement personnel et clinique. Cependant, comme les professionnels sont censés signaler les problèmes de limites (*whistleblowing*) impliquant d'autres membres du personnel, cela peut créer un conflit interne chez les personnes, ces dernières soupesant leur responsabilité professionnelle avec le risque de créer des frictions entre collègues. Il semblerait donc utile d'augmenter les possibilités d'apprentissage professionnel et les espaces de réflexion ainsi que d'envisager des programmes de mentorat pour toutes les infirmières. Des opportunités supplémentaires de renforcement d'équipe et de supervision par les pairs pourraient contribuer à renforcer la confiance au sein de l'équipe de soins infirmiers et à développer des cultures ouvertes. Des réunions de discussion de cas spécialisées ou des séances de réflexion pourraient encourager des mouvements vers une incertitude sécuritaire (Pettman et al., 2020).

Il est d'une importance clinique de permettre aux soignants non seulement de discuter et d'être éduqués (raison) sur les questions concernant les patients, mais aussi d'être guidés dans la gestion des émotions conflictuelles et des vulnérabilités qui sont fréquemment exposées en psychiatrie légale (émotions). À cet effet, il est recommandé de trouver une approche qui permette un climat permissif d'autoréflexion dans les rencontres quotidiennes (Hammarström et al., 2022). Par conséquent, il pourrait être utile d'offrir un

soutien en milieu de travail concernant le travail émotionnel. Par exemple, en mettant l'accent sur l'augmentation de l'autoréflexivité, en aidant les membres du personnel à prendre conscience des émotions personnelles qu'ils ressentent au cours de leur travail et en les encourageant à évaluer comment ils gèrent ces émotions lors d'interactions difficiles. À l'instar de De Vries et al. (2022), il est possible de croire que lorsque les professionnels comprennent que trouver un moyen efficace d'exprimer leurs émotions ressenties fait partie de leur expertise professionnelle, nécessaire dans certaines situations, afin d'atteindre certains objectifs liés au travail, pourrait réduire l'effet négatif du travail émotionnel, celui de tenir un rôle en surface, sur l'épuisement émotionnel.

L'abjection peut s'infiltrer dans l'institution et s'intégrer inconsciemment dans le comportement, le langage et les pratiques du personnel. Il peut donc être utile de déployer des superviseurs externes au milieu qui peuvent offrir du soutien pour développer des identités, des discours et des modes de pensées alternatifs (Rizq, 2013). Le personnel doit être supporté afin d'apprendre à intégrer les préceptes de chaque système et d'être en mesure d'assurer des soins à la fois sécuritaires (pour le patient, eux-mêmes et autrui) tout en exerçant selon les normes professionnelles attendues et les meilleures pratiques cliniques reconnues. Pour ce faire, le personnel doit développer une vision de la sécurité qui intègre différentes dimensions telles que la sécurité environnementale, relationnelle et procédurale (Kinghorn et al., 2023). Comme les environnements imprégnés de disciplines de Foucault et d'une culture d'institution totale de Goffman peuvent influencer dramatiquement la prestation des soins, il est préconisé d'appuyer le processus thérapeutique sur la sécurité relationnelle qui passe par une compréhension extensive des

patients et sa traduction dans des soins appropriés (Kinghorn et al., 2023). Compte-tenu des taux élevés de violence au travail des milieux psycho légaux et de l'exposition aux récits des méfaits par le biais des dossiers ou des rapports inter-quart créant un taux élevé de traumatismes vicariants et de STS, le personnel intégrant ces milieux doit recevoir un accompagnement plus intense afin de comprendre et d'intégrer les connaissances et les compétences reliées aux aspects du traitement, de l'évaluation et des dimensions légales de leur travail (Kinghorn et al., 2023).

### **Implications pour la recherche**

La recherche doit se poursuivre sur tous les fronts tant au niveau des causes de la violence que de ces conséquences sur le personnel infirmier (Kellogg, 2021) et sur la qualité des soins que les infirmières prodiguent à la clientèle à la suite d'un événement violent. Selon Cho et al. (2023), les établissements doivent être proactifs envers le personnel infirmier afin de les protéger de la violence des patients. Ils restent néanmoins silencieux sur les éléments qui seraient protecteurs en dehors des manuels de sécurité et des lignes directrices, les politiques et les lois. À la lumière du vécu phénoménologique du personnel infirmier de cette étude, les facteurs interpersonnels et contextuels contributifs de la violence (ces éléments fréquemment associés à un sentiment d'impuissance chez les infirmières) doivent être étudiés en fonction du contexte et du climat dans lequel se déroule le signalement de la violence (associé à une culture du blâme) afin qu'un aspect de gestion du risque ne devienne pas un aspect traumatique pour le personnel infirmier. Les éléments sur lequel les soignants ont du contrôle et sur lesquels ils peuvent moduler leur approche et leurs interventions doivent être clairement distingués des éléments sur

lesquels ils n'ont pas de contrôle (le passage à l'acte par un patient). L'interdépendance des acteurs du soin auprès de patients agresseurs ainsi que les cascades événementielles ne doivent pas être occultées dans les retours post-incidents.

Les déficits de communication et de cohésion au sein des équipes multidisciplinaires ont été soulevés dans l'étude de Pina et al. (2022). La manière de discuter de l'ensemble des facteurs doit être sensible au trauma pour protéger le personnel qui signale ou dévoile la violence subie dans le cadre de leur fonction de soignant. La culture du blâme envers les victimes (surtout femmes) des actes de violences sexuelles et domestiques est une problématique connue et répandue dans le réseau de la santé et de la justice. La culture du blâme envers le personnel infirmier (majoritairement femmes) doit aussi être adressée, que l'infirmière soit un déclencheur intentionnel ou non intentionnel ou même aucunement un déclencheur ne devrait pas modifier le climat de la déclaration de la violence. Les conséquences sur la qualité des soins ne discriminent pas en fonction des déclencheurs du passage à l'acte agressif des patients.

De manière plus indirecte, le manque de personnel devrait aussi être adressé par les organisations puisque de plus en plus de recherches indiquent que la capacité de prodiguer des soins selon les meilleures pratiques est affectée par cette problématique chez les professionnels (McIvor et al., 2023).

Nous abondons dans le même sens que Marshall et al. (2019) dans leur recommandation d'examiner les caractéristiques de la culture organisationnelle pour déterminer les pratiques exemplaires ou les interventions visant à renforcer les relations

d'équipes interprofessionnelles dans les contextes psycho légaux. Dans un verbatim de l'étude de Marshall et al. (2019), la notion de s'unir malgré les différences de personnalités pour s'assurer que tout le monde reste en sécurité, de s'étudier afin de comprendre comment les uns les autres travaillent, de travailler ensemble malgré des différences d'approches, est un facteur clé dans la perception de sécurité chez les soignants. Le facteur travail d'équipes est un thème récurrent qui doit être exploré plus avant dans les milieux forensiques.

### **Implications pour l'enseignement**

L'inclusion des soins sensibles au trauma devrait être introduite tôt dans le parcours académique des futures infirmières (McIvor et al., 2023). Une formation complète sur les soins tenant compte des traumatismes et des espaces de débriefing psychologique après des incidents violents doivent être disponibles (McIvor et al., 2023). Les enseignantes en soins infirmiers et en sciences infirmières doivent connaître cette problématique de santé liée aux fonctions de l'infirmière et préparer les futures infirmières à y faire face (Kellogg, 2021). La formation en prévention de la violence et en gestion des incidents de violence ressortent dans les écrits (Flannery & Flannery, 2023; Pina et al., 2022). Parmi les contenus recommandés, les compétences de soins envers un patient conflictuel (aussi supporté par Maguire et al., 2022), la confiance en soi, l'affirmation, les compétences en communication, l'empathie et la gestion de la frustration en situation d'agressivité favorisent le développement d'un plus grand éventail de stratégies d'adaptation, un sentiment accru de compétences pour gérer la violence et une confiance accrue envers l'utilisation des approches psychosociales d'intervention (vs les approches coercitives et

restrictives) en situation de violence (Pina et al., 2022). Le travail d'équipe, l'élimination des hiérarchies et la cohésion d'équipes, sont aussi identifiés dans la littérature (Pina et al., 2022). Par ailleurs, Pina et al. (2022) recommandent, en fonction des meilleures pratiques actuelles, de former ensemble les équipes multidisciplinaires afin de susciter ces compétences. Cultiver les relations interpersonnelles, interprofessionnelles, est donc aussi important que de nourrir la relation infirmière-patient. L'enseignement des futurs professionnels de la santé tout comme la formation continue en cours d'emploi doivent cibler ces contenus en interdisciplinarité. Dans l'étude de Fernández-Basanta et al. (2023), le peu de formation théorique et pratique rendait difficile pour ces infirmières et étudiantes en soins infirmiers de faire face à des situations de soins émotionnellement exigeantes. Eweida et al. (2022) réitèrent l'importance de développer la conscience de soi durant la formation académique des infirmières et au cours de leur carrière ainsi que le besoin d'enseigner les stratégies pour gérer les émotions envahissantes durant la réalisation des soins. Je suis en accord, à la lumière des données de cette étude, qu'une plus grande formation est nécessaire et la mise à disposition de ressources pour faciliter cette confrontation est requise.

### **Limites**

Cette thèse de doctorat a été réalisée grâce à la participation de la chercheuse collaboratrice incluse à la suite de l'obtention de la subvention de recherche aux IRSC. Les entrevues retranscrites par une tierce personne et les enregistrements vocaux des entrevues ont été accessibles et utilisés aux fins d'analyse dans le contexte où la chercheuse collaboratrice ne pouvait pas réaliser elle-même les entrevues en raison de

conflits d'intérêts présents (entrevues réalisées par un autre chercheur). Compte-tenu que l'AIP est le devis de recherche retenu, ces aspects doivent être pris en compte car cela peut influencer la richesse de l'analyse et de l'interprétation des données qui ont été faites. En effet, Smith et al. (2009, p.82) recommandent d'écouter l'enregistrement audio des entrevues (réalisées soi-même) pendant l'analyse car cela aide à réaliser une analyse plus complète. Bien que les principes proposés par Smith ne soient pas obligatoires ni prescriptifs pour ce type de devis de recherche, ils sont néanmoins considérés comme aidants pour le chercheur novice dans cette approche et le fait que les entrevues aient été réalisées par un autre chercheur doit être considéré par le lecteur.

L'analyse des données a été teintée par la connaissance préalable du milieu et le rôle professionnel exercé par la chercheuse collaboratrice. Le souci de soutenir la pratique des infirmières pour lesquelles elle se considère en partie responsable par son rôle actuel à la Direction des soins infirmiers et ses propres expériences dans les tensions de rôles documentées dans les écrits en regard du rôle de l'infirmière en psychiatrie légale ont été à la fois des éléments ajoutant de la profondeur et de la richesse à l'analyse et des éléments teintant et diminuant la neutralité de l'analyse. Bien que sur ses gardes quant à ses préconceptions sur le vécu des infirmières consigné dans les transcriptions analysées, la possibilité que l'analyse n'ait pas été absolument neutre ne peut pas être exclue. Bien qu'en recherche qualitative, et notamment en phénoménologie, l'élimination complète des biais ou la neutralité du chercheur ne sont pas considérés comme des objectifs réalisables, cela constitue une limite de cette thèse dont le lecteur doit tenir compte. Différentes actions pourraient être entreprises telles qu'une vérification des résultats avec les infirmières de

l'étude ou encore un audit externe pour établir la fiabilité et la confirmabilité des données. Ces actions renforceraient la véracité des résultats de cette thèse et augmenteraient son utilité pour le développement du corpus de connaissances spécifiques au domaine psycholégal.

Malgré les critères d'inclusion de l'étude, il ne peut pas être exclu que les participants de cette étude aient aussi été une victime directe d'une agression par un patient durant le cours de leur carrière ce qui peut influencer leur vécu phénoménologique portant sur leur expérience de travail dans un milieu empreint de conditions de stress traumatique secondaire et affecter les résultats obtenus. Il est important de rappeler qu'il est délicat de confirmer la causalité de la violence sur les répercussions néfastes qui s'établissent plus à long terme. Il est aussi important de rappeler que, dans cette étude, l'objectif n'a pas été de confirmer ou d'infirmer la justesse des émotions exprimées ou perçues dans le vécu des participants mais bien de tenter de dégager les éléments contextuels qui sont présents et qui affectent l'expression du vécu émotionnel des participants.

Même si les infirmières ont partagé les attitudes et les pratiques non conformes de leurs collègues, sans confirmation évidente d'un lien avec leur titre d'emploi, il est nécessaire de noter que ces données sont manquantes dans le cadre de cette étude. Les infirmières ayant participé à cette étude n'ont pas confirmé avoir elles-mêmes une pratique déviante, et lorsqu'elles en parlaient, c'était toujours en fonction de leur dépendance à leurs collègues pour pouvoir approcher les patients agresseurs et pouvoir leur prodiguer des soins minimaux. Elles ont par ailleurs bien décrit comment, pour se protéger, elles

naviguaient sur un continuum de détachement de leurs émotions en situation aigüe de stress proximal à une agression récente.

Une des forces de cette recherche est de ne pas avoir limité la collecte de données aux infirmières soignantes activement au chevet. En effet, il a été possible d'accéder au vécu phénoménologique de deux infirmières ayant quitté l'établissement et à plusieurs infirmières toujours à l'emploi mais ayant quitté le chevet pour devenir gestionnaire ou conseillère. Cette diversité de profils d'infirmières est indéniablement une force pour comprendre les conséquences des stratégies utilisées par les infirmières pour faire face aux conséquences du trauma secondaire sur leur pratique, mais par-dessus tout pour faire face aux conséquences du trauma secondaire de leur collègues sur leur pratique.

## Conclusion

Les stratégies utilisées par le personnel infirmier pour contrer l'impact du STS sur la qualité des soins sont des stratégies axées sur la raison, sur les émotions, sur l'action et d'autres dirigées vers le système. Ses stratégies permettent aux infirmières de prévenir les conséquences néfastes du STS sur elles-mêmes (prévention primaire), de gérer le STS lorsqu'elles y sont confrontées chez elles-mêmes ou chez leurs collègues (prévention secondaire) et de mitiger les conséquences néfastes du STS qui affectent le personnel soignant et qui s'illustrent par une qualité des soins diminuée pour les patients agresseurs (prévention tertiaire). Au stade de la prévention tertiaire, les stratégies de prévention primaires et secondaires ont échoué et les infirmières et leurs collègues sont affectés par le STS. Alors que le personnel soignant est souffrant et traumatisé par la violence appréhendée et avérée des patients sous leur responsabilité, les infirmières tentent de mitiger le plus possible les impacts négatifs de ce trauma sur la qualité des soins offerts aux patients agresseurs. Les participants de cette étude décrivent clairement dans leur vécu phénoménologique des situations de soins partiellement conformes et même non conformes. Ces situations où la qualité des soins est sous-optimale et même inadéquate affectent à leurs tours les infirmières prises dans ces contextes, témoins et mêmes auteurs de ces soins parfois non conformes. La détresse et la souffrance chez les infirmières se retrouvent décuplées et les infirmières, traumatisées ou non au préalable par le STS, deviennent traumatisées par la qualité des soins offerts aux patients agresseurs dans le milieu. Ce sont alors des dommages collatéraux, alors que les infirmières peuvent se

rendre malades à force de résister au système ou à force de concessions sur leur pratique professionnelle infirmière. Cette souffrance s'exprime sous forme de déception, d'amertume, de dégoût et ultimement de démission du milieu, exprimé à travers de l'absentéisme et des difficultés de rétention dans la surspécialité et plus largement dans la profession. Les efforts de recherche interdisciplinaire doivent se poursuivre afin de comprendre les interrelations des éléments contextuels complexes des milieux de soins psycho légaux sécuritaires. Les soins infirmiers psycho légaux bénéficieraient d'un cadre éthique repensé, où l'intersubjectivité serait nommée et intégrée aux aspects factuels du cadre conventionnel normatif (et non plus en opposition). L'écart entre les idéaux de la pratique enseignés et souhaités et les conditions/contextes de soins actuels dans le réseau de la santé doit s'amenuiser si la profession infirmière veut se réaliser à la hauteur de son potentiel.

## Références

Abu Khait, A., Hamaideh, S. H., Aldalaykeh, M., ALhamdan, A., & Lazenby, M. (2022). Psychiatric nurses' experiences and the emotional and psychological sequelae after being psychologically or physically assaulted in psychiatric units : A phenomenological study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.06.005>

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients : A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129-144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>

Ahmed, F., Zhao, F., Faraz, N. A., & Qin, Y. J. (2021). How inclusive leadership paves way for psychological well-being of employees during trauma and crisis : A three-wave longitudinal mediation study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 819-831. <https://doi.org/10.1111/jan.14637>

Alavi, C. (2005). Breaking-in bodies : Teaching, nursing, initiations or What's love got to do with it? *Contemporary Nurse*, 18(3), 292-299. <https://doi.org/10.5172/conu.18.3.292>

Albino, M., Rosa, A., & Marques, M. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No2), e22034. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>

Altmayer, V., Weiss, N., Cao, A., Marois, C., Demeret, S., Rohaut, B., Le Guennec, L., Altmayer, V., Weiss, N., Cao, A., Goudard, G., Mignon, M., Gilis-Richard, L., Aix, S., Flament, A., Bourmaleau, J., Cadet, E., Marois, C., Demeret, S., ... Le Guennec, L. (2021). Coronavirus disease 2019 crisis in Paris : A differential psychological impact between regular intensive care unit staff members and reinforcement workers. *Australian Critical Care*, 34(2), 142-145. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.11.005>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. (Fifth edition.)*. American Psychiatric Association.

Anderson, A., & West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals : When the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 34-39.

Archer, S., Thibaut, B. I., Dewa, L. H., Ramtale, C., Danielle D'Lima, Simpson, A., Murray, K., Adam, S., & Darzi, A. (2020). Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings : A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 211-223. *Nursing & Allied Health Database*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12570>

Arnold, T. C. (2020). An evolutionary concept analysis of secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Forum*, 55(2), 149-156. *CINAHL*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12409>

Austin, W., Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients : Mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3), 177-183.

Bach, M. (2018). Violence, research, and non-identity in the psychiatric clinic. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39(4), 283-299. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9451-2>

Barbier, P.-Y., & LeGresley, A. (2011). Pour faciliter la gestion de la validité interne de l'argumentation à l'occasion du processus décisionnel jalonnant le parcours de recherche et d'écriture. *Recherches qualitatives*, 11, 24-39.

Beck, C. T. (2020). Secondary Traumatic Stress in Maternal-Newborn Nurses : Secondary Qualitative Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1), 55-64. <https://doi.org/10.1177/1078390319886358>

Behnam, M., Tillotson, R. D., Davis, S. M., & Hobbs, G. R. (2011). Violence in the Emergency Department : A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *The Journal of emergency medicine*, 40(5), 565-579. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.11.007>

Bekelepi, N., & Martin, P. (2022). Experience of violence, coping and support for nurses working in acute psychiatric wards. *The South African Journal of Psychiatry: SAJP: The Journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 28, 1700. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1700>

Bennett, P., Noble, S., Johnston, S., Jones, D., & Hunter, R. (2020). COVID-19 confessions : A qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open*, 10(12), e043949. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043949>

Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., & Kahl, K. G. (2020). Secondary Traumatic Stress, Mental State, and Work Ability in Nurses—Results of a Psychological Risk Assessment at a University Hospital. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298>

Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 30-34.

Browne, J., Wright, A. C., Berry, K., Mueser, K. T., Cather, C., Penn, D. L., & Kurtz, M. M. (2021). The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis : A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 231, 154-163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.002>

Cai, Z., Cui, Q., Liu, Z., Li, J., Gong, X., Liu, J., Wan, Z., Yuan, X., Li, X., Chen, C., & Wang, G. (2020). Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.007>

Caldas, M. P., Ostermeier, K., & Cooper, D. (2021). When helping hurts : COVID-19 critical incident involvement and resource depletion in health care workers. *Journal of Applied Psychology*, 106(1), 29-47. <https://doi.org/10.1037/apl0000850>

Çankaya, S., & Dikmen, H. A. (2020). The relationship between posttraumatic stress symptoms of maternity professionals and quality of work life, cognitive status, and traumatic perinatal experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(4), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.002>

Carducci, B. J. (Éd.). (2020). *The Wiley encyclopedia of personality and individual differences* (First edition). John Wiley & Sons.

Chen, R., Sun, C., Chen, J.-J., Jen, H.-J., Kang, X. L., Kao, C.-C., & Chou, K.-R. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 102-116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>

Cho, Y., Lim, K., & Kim, H. (2023). Patient Violence towards Mental Health Nurses: A Concept Analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2023, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2023/9496021>

Christodoulou-Fella, M., Middleton, N., Papathanassoglou, E. D. E., & Karanikola, M. N. K. (2017). Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome : Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *BioMed Research International*, 2017, 1-19. <https://doi.org/10.1155/2017/1908712>

Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec, L.R.Q., c. I-8, r. 9 (2016).

Corley, M. C. (2002). Nurse Moral Distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.

Corneau, P., Jacob, J. D., Holmes, D., & Rioux, D. (2017). Contentions mécaniques en psychiatrie : Étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 128(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rsi.128.0041>

Cramer, R. J., Ireland, J. L., Hartley, V., Long, M. M., Ireland, C. A., & Wilkins, T. (2020). Coping, mental health, and subjective well-being among mental health staff working in secure forensic psychiatric settings: Results from a workplace health assessment. *Psychological Services*, 17(2), 160-169. <https://doi.org/10.1037/ser0000354>

Cutler, N. A., Sim, J., Halcomb, E., Moxham, L., & Stephens, M. (2020). Nurses' influence on consumers' experience of safety in acute mental health units : A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4379-4386. <https://doi.org/10.1111/jocn.15480>

Cutler, N. A., Sim, J., Halcomb, E., Stephens, M., & Moxham, L. (2021). Understanding how personhood impacts consumers' feelings of safety in acute mental health units : A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 479-486. <https://doi.org/10.1111/inm.12809>

Dartey, A. F., Phetlhu, D. R., & Phuma-Ngaiyaye, E. (2019). Coping with Maternal Deaths : The Experiences of Midwives. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(4), 495-502. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i4.11>

De Vries, M. G., Verkes, R.-J., & Bulten, B. H. (2022). Surface acting is related to emotional exhaustion among staff members working in high secure forensic psychiatric care. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 33(3), 389-405. <https://doi.org/10.1080/14789949.2022.2055619>

Di Tella, M., Benfante, A., Castelli, L., & Romeo, A. (2021). Anxiety, depression, and posttraumatic stress in nurses during the COVID-19 outbreak. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64, 103014. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103014>

Domingue, J.-L., Jacob, J.-D., Perron, A., Pariseau-Legault, P., & Foth, T. (2023). A critical ethnographic perspective on risk and dangerousness in forensic psychiatry. *Nursing Inquiry*, 30(2), e12521. <https://doi.org/10.1111/nin.12521>

Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative Phenomenological Analysis. In *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, 2e (2nd edition). SAGE Inc.

Eweida, R. S., Ghallab, E., Ng, F., & Ibrahim, N. (2022). Novice Nurses' Communication Skills When Addressing Aggression in Individuals Experiencing Psychosis : The Role of Emotional Regulation Capacity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(1), 23-31. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210623-04>

Fernández-Basanta, S., Lois-Sandá, L., & Movilla-Fernández, M.-J. (2023). The link between task-focused care and care beyond technique : A meta-ethnography about the emotional labour in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13-14), 3130-3143. <https://doi.org/10.1111/jocn.16407>

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.

Flannery, R. B., & Flannery, G. J. (2023). Characteristics of International Staff Victims of Psychiatric Patient Assaults : Review of Published Findings, 2017-2022. *The Psychiatric Quarterly*, 94(1), 79-88. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10008-5>

Foli, K. J., Forster, A., Cheng, C., Zhang, L., & Chiu, Y.-C. (2021). Voices from the COVID-19 frontline : Nurses' trauma and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3853-3866. <https://doi.org/10.1111/jan.14988>

Foli, K. J., Reddick, B., Zhang, L., & Krcelich, K. (2020). Nurses' psychological trauma : "They leave me lying awake at night". *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.011>

Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 33-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x>

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units : A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92-105. <https://doi.org/10.1111/inm.12298>

Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D., & Bradley, S. K. (2015). As Time Goes By : Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1), 41-50. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000055>

Goffman, E. (1968). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de minuit.

Guan, R., Gao, J., Liu, G., Cheng, F., & Ge, B. (2019). The Mediating Effect of Perceived Social Acknowledgment on the Relationship Between Patient Assaults and Posttraumatic Stress Reactions in Emergency Nurses. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(18), 3833-3849. <https://doi.org/10.1177/0886260516673627>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Sage Publications.

Gustafsson, N., & Salzman-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 37-43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-06>

Hamama-Raz, Y., & Minerbi, R. (2019). Coping strategies in secondary traumatization and post-traumatic growth among nurses working in a medical rehabilitation hospital: A pilot study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(1), 93-100. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1354-z>

Hammarström, L., Andreassen Devik, S., Häggström, M., & Hellzen, O. (2022). Meanings of carers' lived experience of "regulating oneself" in forensic psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2094088. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2094088>

Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>

Harris, D. M., Happell, B., & Manias, E. (2015). Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 130-138. <https://doi.org/10.1111/inm.12113>

Harvey, G., & Tapp, D. M. (2020). Exploring the meaning of critical incident stress experienced by intensive care unit nurses. *Nursing Inquiry*, 27(4), e12365. <https://doi.org/10.1111/nin.12365>

Hernandez, J. M., Munyan, K., Kennedy, E., Kennedy, P., Shakoor, K., & Wisser, J. (2021). Traumatic stress among frontline American nurses during the COVID-19 pandemic: A survey study. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000320>

Hilton, N. Z., Addison, S., Ham, E., C. Rodrigues, N., & Seto, M. C. (2022). Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 186-203. <https://doi.org/10.1111/jpm.12781>

Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: Governmentality and correctional forensic psychiatric nursing\*. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2002.00134.x>

Holmes, D. (2005). *Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections*. *Perspectives In Psychiatric Care*, 41(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00007.x>

Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02222.x>

Holmes, D., & Jacob, J. D. (2012). Entre soin et punition : La difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, N° 111(4), 57. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0057>

Holmes, D., & Murray, S. J. (2011). Civilizing the ‘Barbarian’ : A critical analysis of behaviour modification programmes in forensic psychiatry settings. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 293-301.

Holmes, D., Perron, A., & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l’isolement en psychiatrie : Critique du processus de décision. *Santé mentale*, 116, 17-23.

Holmes, D., Perron, A., & Jacob, J. D. (2019). Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique. Document inédit.

Holmes, D., Perron, A., & O’Byrne, P. (2006). Understanding Disgust in Nursing : Abjection, Self, and the Other. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 20(4), 305-314. <https://doi.org/10.1891/rtnp-v20i4a006>

Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline—Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 28703. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>

Hou, T., Zhang, R., Song, X., Zhang, F., Cai, W., Liu, Y., Dong, W., & Deng, G. (2020). Self-efficacy and fatigue among non-frontline health care workers during COVID-19 outbreak : A moderated mediation model of posttraumatic stress disorder symptoms and negative coping. *PLOS ONE*, 15(12), e0243884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243884>

Iheduru-Anderson, K. (2021). Reflections on the lived experience of working with limited personal protective equipment during the COVID-19 crisis. *Nursing Inquiry*, 28(1), e12382. <https://doi.org/10.1111/nin.12382>

Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the Counselor's Experience of Working With Perpetrators and Survivors of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412. <https://doi.org/10.1177/088626000015004004>

Jacob, J. D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/1078345813505444>

Jacob, J. D., Gagnon, M., & Holmes, D. (2009). Nursing so-called monsters : On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5(Criminal Rehabilitation&Penology [3386]), 153-161. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01048.x>

Jacob, J. D., & Holmes, D. (2011). The culture of fear : Expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 106-115.

Jacob, J. D., Holmes, D., & Buus, N. (2008). Humanism in forensic psychiatry : The use of the tidal nursing model. *Nursing Inquiry*, 15(3), 224-230. Academic Search Complete.

Jacob, J., & Holmes, D. (2011). Working under threat : Fear and nurse-patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77.

Jahner, S., Penz, K., Stewart, N. J., & MacLeod, M. L. P. (2020). Exploring the Distressing Events and Perceptions of Support Experienced by Rural and Remote Nurses : A Thematic Analysis of National Survey Data. *Workplace Health & Safety*, 68(10), 480-490. <https://doi.org/10.1177/2165079920924685>

Jahner, S., Penz, K., Stewart, N. J., Morgan, D., & Kulig, J. (2023). 'Staying strong' : A constructivist grounded theory of how registered nurses deal with the impact of trauma-related events in rural acute care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5-6), 879-893. <https://doi.org/10.1111/jocn.16459>

Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures : Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>

Jameton, A. (2013). A Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 297-308.

Jang, S. J., Son, Y.-J., & Lee, H. (2022). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings : A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 450-468. <https://doi.org/10.1111/inm.12951>

Johnson, M. E. (1998). Being Restrained : A Study of Power and Powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 191-206.

Jones, E. S., & Wright, K. M. (2015). "They're Really PD Today" : An Exploration of Mental Health Nursing Strudents' Perception of Developing a Therapeutic Relationship Withj Patients With a Diagnosis of antisocial Personality Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(5), 526-543.

Julle-Daniere, E., Whitehouse, J., Mielke, A., Vrij, A., Gustafsson, E., Micheletta, J., & Waller, B. M. (2020). Are there non-verbal signals of guilt? *PLoS ONE*, 15(4), e0231756-e0231756. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231756>

Kaiser, M., Kohlen, H., & Caine, V. (2019). Explorations of disgust : A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nursing Inquiry*, 26(3), e12290. <https://doi.org/10.1111/nin.12290>

Kellogg, M. B. (2021). Secondary Traumatic Stress in Nursing : A Walker and Avant Concept Analysis. *Advances in Nursing Science*, 44(2), 157-170. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000338>

Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.

Kim, S. J., & Yeo, J. H. (2020). Factors Affecting Posttraumatic Stress Disorder in South Korean Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 27(1), 50-57. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000482>

Kincheloe, J. L., & McLaren, P. L. (1994). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. In *Handbook of qualitative research* (p. 138-157). Sage Publications.

Kinghorn, G., Froggatt, T., Thomas, S., & Halcomb, E. (2023). The experience of nurses moving into forensic mental health employment : A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(2), 524-533. <https://doi.org/10.1111/inm.13091>

Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2747.

Kristeva, J. (1980). *Pouvoirs de l'horreur : Essai sur l'abjection*. Éditions du Seuil.

Kristeva, J. (1982). *Powers of horror : An essay on abjection*. In *Powers of horror : An essay on abjection*. Columbia University Press.

Kumpula, E., Ekstrand, P., & Gustafsson, L.-K. (2022). Balancing security and care : Gender relations of nursing staff in forensic psychiatric care. *Nursing Inquiry*, 29(4), e12478. <https://doi.org/10.1111/nin.12478>

Laflamme, F., Durand, S., & Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. OIIQ.

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. In *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.

Lebel, G. (2015). Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion Méfiez-vous ! *OIIQ Perspective infirmières*, 12(2), 32-34.

Lee, R. M., & Renzetti, C. M. (1990). The Problems of Researching Sensitive Topics : An Overview and Introduction. *American Behavioral Scientist*, 33(5), 510-528.

Lee, W., Pyo, J., Jang, S. G., Choi, J. E., & Ock, M. (2019). Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>

Leng, M., Wei, L., Shi, X., Cao, G., Wei, Y., Xu, H., Zhang, X., Zhang, W., Xing, S., & Wei, H. (2021). Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 94-101. <https://doi.org/10.1111/nicc.12528>

Leźnicka, M. M., & Zielińska-Więczkowska, H. (2022). Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers. *Psychiatria Polska*, 1-12. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/152775>

Li, J., Su, Q., Li, X., Peng, Y., & Liu, Y. (2021). COVID-19 negatively impacts on psychological and somatic status in frontline nurses. *Journal of Affective Disorders*, 294, 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.031>

Li, X., Zhou, Y., & Xu, X. (2021). Factors associated with the psychological well-being among front-line nurses exposed to COVID-2019 in China : A predictive study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 240-249. <https://doi.org/10.1111/jonm.13146>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. In *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73-84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>

Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric Nurses' Decision to Restrain : The Association Between Empowerment and Individual Factors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(9), 41-49.

Maguire, T., Ryan, J., Fullam, R., & McKenna, B. (2022). Safewards Secure : A Delphi study to develop an addition to the Safewards model for forensic mental health

services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 418-429. <https://doi.org/10.1111/jpm.12827>

Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting : Seclusion reduction in a forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x>

Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures—A qualitative interview study. *BMC Nursing*, 22(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z>

Markham, S. (2022). See think act : The need to rethink and refocus on relational security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 33(2), 200-230. <https://doi.org/10.1080/14789949.2022.2044068>

Marshall, L. A., Adams, E. A., & Stuckey, M. I. (2019). Relationships, experience, and support : Staff perception of safety in a forensic mental health facility. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(5), 824-835. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1642368>

Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L., & Summers, M. (2013). Standards of Practice for Forensic Mental Health Nurses—Identifying Contemporary Practice. *Journal of Forensic Nursing*, 9(3), 171-178. <https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827a593a>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience : Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization* (First edition.). Routledge.

McCabe, J. L., & Holmes, D. (2011). Reversing Kristeva's first instance of abjection : The formation of self reconsidered. *Nursing Inquiry*, 18(1), 77-83.

McIvor, L., Payne-Gill, J., & Beck, A. (2023). Associations between violence, self-harm and acute psychiatric service use : Implications for inpatient care. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, 30(3), 451-460.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12872>

Meehan, T., McGovern, M., Keniry, D., Schiffmann, I., & Stedman, T. (2022). Living with restraint : Reactions of nurses and lived experience workers to restrictions placed on the use of prone restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 888-896. <https://doi.org/10.1111/inm.12993>

Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals : A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>

Menzies, I. E. P. (1960). A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety : A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*, 13(2), 95-121. <https://doi.org/10.1177/001872676001300201>

Mistry, D., Gozna, L., & Cassidy, T. (2022). Psychological and the physical health impacts of forensic workplace trauma. 24(1), 18-33. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2021-0027>

Montagner Rigoli, M., Rainho de Oliveira, F., Klock Bujak, M., Michaela Volkmann, N., & Haag Kristensen, C. (2019). Psychological Trauma in Clinical Practice and Research : An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Loss & Trauma*, 24(7), 595-608. CINAHL. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1511286>

Montgomery, S. R. (2014). Abjection in Nursing : Silently Reading the Body. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 28(3), 9. <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.28.3.252>

Morse, J. (2018). Reframing Rigor in Qualitative Inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (5th éd., p. 968). Sage.

Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 494-504. <https://doi.org/10.1177/0969733019851548>

Mullen, A., Browne, G., Hamilton, B., Skinner, S., & Happell, B. (2022). Safewards : An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(5), 1090-1108. <https://doi.org/10.1111/inm.13001>

Murray, S. J., & Holmes, D. (2014). Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) and the Ethics of Body and Place : Critical Methodological Reflections. *Human Studies*, 37(1), 15-30. <https://doi.org/10.1007/s10746-013-9282-0>

Neumann, M., & Klatt, T. (2022). Identifying Predictors of Inpatient Verbal Aggression in a Forensic Psychiatric Setting Using a Tree-based Modeling Approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP16351-NP16376. <https://doi.org/10.1177/08862605211021972>

Newman, C., Eason, M., & Kinghorn, G. (2019). Incidence of Vicarious Trauma in Correctional Health and Forensic Mental Health Staff in New South Wales, Australia. *Journal of Forensic Nursing*, 15(3), 183-192. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000245>

Newman, C., Eason, M., & Kinghorn, G. (2023). Forensic Mental Health Nurses' Experiences of Clinical Supervision. *Journal of Forensic Nursing*, 19(1), 12-20. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000377>

Newman, C., Roche, M., & Elliott, D. (2021). Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses : A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103897. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103897>

Nielsen, L. D., Gildberg, F. A., Bech, P., Dalgaard, J. L., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2018). Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 116-125. <https://doi.org/10.1111/inm.12300>

Nugier, A. (2009). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. 4.

Nunney, S. J., van der Schalk, J., & Manstead, A. S. R. (2022). Emotion and intergroup cooperation : How verbal expressions of guilt, shame, and pride influence behavior in a social dilemma. *Journal of Behavioral Decision Making*, n/a(n/a), 1-14. <https://doi.org/10.1002/bdm.2273>

Ostaszkiwicz, J., O'Connell, B., & Dunning, T. (2016). 'We just do the dirty work' : Dealing with incontinence, courtesy stigma and the low occupational status of carework in long-term aged care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2528-2541. <https://doi.org/10.1111/jocn.13292>

Pallas, J. (2020). The Acute Incident Response Program : A Framework Guiding Multidisciplinary Responses to Acutely Traumatic or Stress-Inducing Incidents in the ED Setting. *Journal of Emergency Nursing*, 46(5), 579-589.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.05.016>

Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M.-H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing : A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 590-609. <https://doi.org/10.1111/inm.12855>

Peng, X., Gan, Y., Zeng, Q., Xiong, L., Zhang, F., Xiong, H., Chang, H., Chen, Y., Guan, C., Wang, J., & Liu, Y. (2022). Nurse-to-nurse horizontal violence in Chinese hospitals and the protective role of head nurse's caring and nurses' group behaviour on it : A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1590-1599. <https://doi.org/10.1111/jonm.13498>

Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state : Bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.

Perron, A., Holmes, D., & Jacob, J. D. (2014). The Politics of Threats in Correctional and Forensic Settings : The Specificities of Nursing Research. In *Demarginalizing voices : Commitment, emotions, and action in qualitative research* (p. 147-172). UBC Press.

Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, N° 120(1), 47. <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0047>

Peternelj-Taylor, C. A., & Yonge, O. (2003). Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship : Professional Roles and Responsibilities. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39(2), 55-66. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2003.tb00677.x>

Pettman, H., Loft, N., & Terry, R. (2020). "We Deal Here With Grey" : Exploring Professional Boundary Development in a Forensic Inpatient Service. *Journal of Forensic Nursing*, 16(2), 118-125. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000250>

Pina, D., Peñalver-Montegudo, C. M., Ruiz-Hernández, J. A., Rabadán-García, J. A., López-Ros, P., & Martínez-Jarreta, B. (2022). Sources of Conflict and Prevention Proposals in User Violence Toward Primary Care Staff: A Qualitative Study of the Perception of Professionals. *Frontiers in Public Health*, 10, 862896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.862896>

Pivetti, M., Camodeca, M., & Rapino, M. (2016). Shame, Guilt, and Anger : Their Cognitive, Physiological, and Behavioral Correlates. *Current Psychology*, 35(4), 690-700. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9339-5>

Plante, W., Tufford, L., & Shute, T. (2022). Interventions with Survivors of Interpersonal Trauma : Addressing the Role of Shame. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00832-w>

Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 296-304. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x>

Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>

Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization : A Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>

Rizq, R. (2013). States of Abjection. *Organization Studies*, 34(9), 1277-1297. <https://doi.org/10.1177/0170840613477640>

Rodgers, B. L. (2000). Concept Analysis : An Evolutionary View. In *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2e édition). Saunders.

Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., & Pérez, E. (2019). Are Pediatric Critical Personnel Satisfied With Their Lives? Prediction of Satisfaction With Life From Burnout, Posttraumatic Stress, and Posttraumatic Growth, and Comparison With Noncritical Pediatric Staff: *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(3), e160-e169. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001861>

Rose, D. N., Peter, E., Gallop, R., Angus, J. E., & Liaschenko, J. (2011). Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships : A practical compromise: *Journal of Forensic Nursing*, 7(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2010.01090.x>

Roulston, K. (2010). Theorizing the Qualitative Interview. In *Reflective Interviewing : A Guide to Theory and Practice*. (p. 51-73).

Roy, L., Keays, N., Lemieux, A., Nicole, M., & Crocker, A. G. (2022). Traumatismes complexes et services psycholégaux : Vers des pratiques sensibles au trauma. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 19. <https://doi.org/10.7202/1094143ar>

Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming de pain : A workbook on vicarious traumatization*. W.W. Norton & Company.

Schafer, P., & Peternej-Taylor, C. (2003). Therapeutic Relationships and Boundary Maintenance : The Perspective of Forensic Patients Enrolled in a Treatment Program for Violent Offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(6-7), 605-625. <https://doi.org/10.1080/01612840305320>

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout : 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Seyer-Forget, C. (2020). *Intervenir contre le gré du patient : Médication PRN et vécu phénoménologique du personnel infirmier exerçant en milieu psycho-légal*. Université d'Ottawa.

Seyer-Forget, C., Holmes, D., Jacob, J. D., Bernheim, E., & Paradis-Gagné, É. (2022). Intervenir contre le gré du patient : Médication pro re nata et vécu phénoménologique du personnel infirmier exerçant en milieu psycholégal. *Recherche en soins infirmiers*, 150(3), 7-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.150.0007>

Shields, S. A. (2013). Gender and Emotion : What We Think We Know, What We Need to Know, and Why It Matters. *Psychology of Women Quarterly*, 37(4), 423-435. <https://doi.org/10.1177/0361684313502312>

Shortland, N., McGarry, P., & Merizalde, J. (2020). Moral medical decision-making : Colliding sacred values in response to COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S128-S130. <https://doi.org/10.1037/tra0000612>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : Theory, method and research*. SAGE.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In *Qualitative Psychology : A Practical Guide to Research Methods* (3e éd., p. 25-52). SAGE Publications Ltd.

Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142, 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280>

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. <https://proqol.org/>

Staudigl, M. (2013). Towards a Relational Phenomenology of Violence. *Human Studies*, 36(1), 43-66. <https://doi.org/10.1007/s10746-013-9269-x>

Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units : An interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>

Tabor, P. D. (2011). Vicarious traumatization : Concept analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 203-208. CINAHL. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x>

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24(9-10), 681-698.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Tirgari, B., Forouzi, M. A., & Ebrahimpour, M. (2019). Relationship between posttraumatic stress disorder and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Iranian psychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(3), 39-47. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181023-02>

Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry : A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>

Walsh, E. (2009). The emotional labor of nurses working in her Majesty's (HM) prison service. *Journal of Forensic Nursing*, 5(3), 143-152. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01047.x>

Walsh, E., Freshwater, D., & Fisher, P. (2013). Caring for prisoners : Towards mindful practice. *Journal of Research in Nursing*, 18(2), 158-168. <https://doi.org/10.1177/1744987112466086>

Wanqing Xie, Jialin Wang, Okoli, C. T. C., Huijuan He, Fen Feng, Linli Zhuang, Ping Tang, Li Zeng, Man Jin, Xie, W., Wang, J., He, H., Feng, F., Zhuang, L., Tang, P., Zeng, L., & Jin, M. (2020). Prevalence and factors of compassion fatigue among Chinese psychiatric nurses : A cross-sectional study. *Medicine*, 99(29), 1-6. CINAHL. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021083>

Wiltshire, J., & Parker, J. (1996). Containing abjection in nursing : The end of shift handover as a site of containment. *Nursing Inquiry*, 3(1), 23-29. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.1996.tb00005.x>

Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Clark, P. R., Edwards, C., & Frankenberger, W. D. (2020). Traumatic stress in emergency nurses : Does your work environment feel like a war zone? *International Emergency Nursing*, 52, 100895. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100895>

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind' : Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>

Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Morris, D. L. (2018). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses : A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 31-38. CINAHL. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>

Zerach, G., & Shalev, T. B.-I. (2015). The Relations between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms, Secondary Traumatization, Vicarious Post Traumatic Growth and Illness Attribution among Psychiatric Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 135-142. CINAHL. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.002>

Zúñiga, R. B. (1997, mai 13). La recherche qualitative comme carrefour identitaire. L'attitude du chercheur en recherche qualitative, Colloque ACFAS, UQTR.

## Annexes

## Annexe 1 : Différents types de stress chez le personnel infirmier

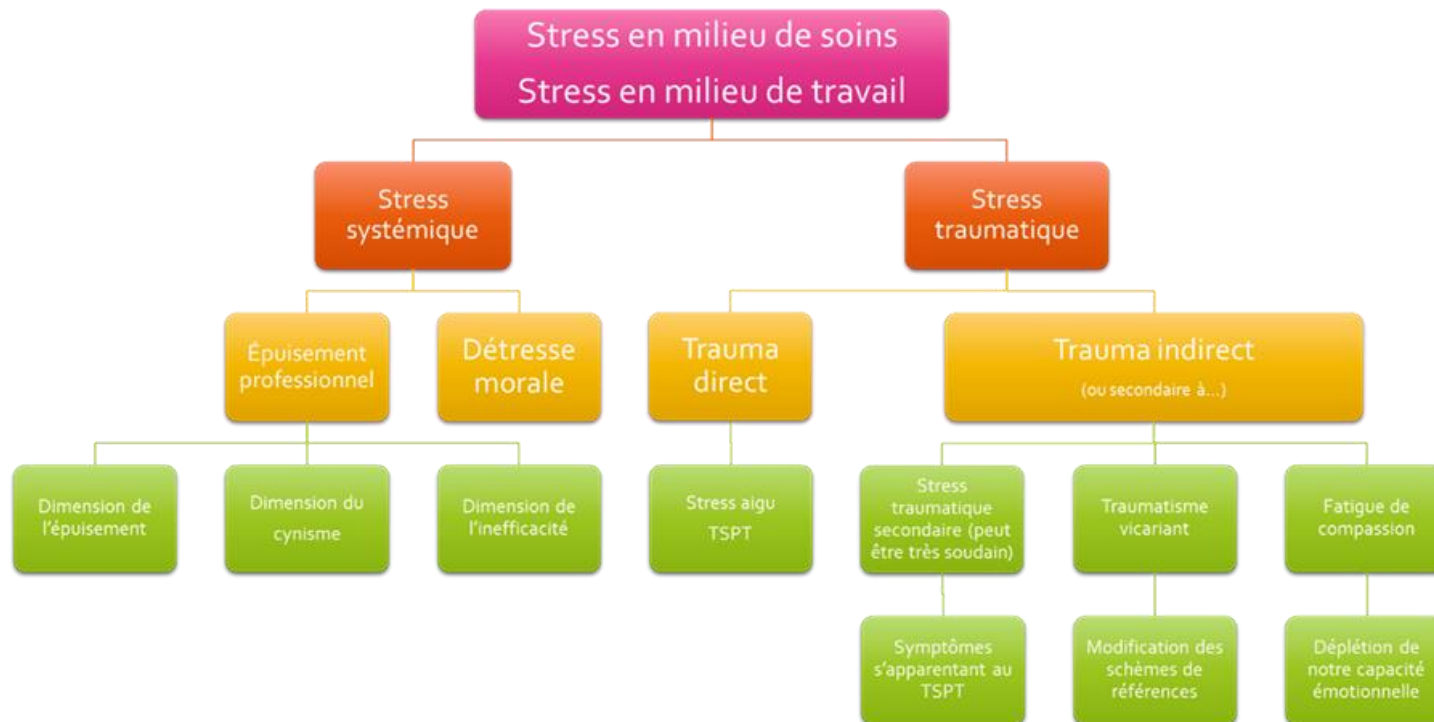


Figure 6. Les différents stress en milieu de soins

**Annexe 2 : Définition des concepts apparentés**

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
Fatigue de compassion	<p>Un état d'épuisement émotionnel et physique sévère que les soignants peuvent développer au cours de leur carrière (burnout).</p> <p>Une érosion graduelle des éléments nécessaires à l'accomplissement du rôle d'aidant, l'épuisement de la capacité d'empathie, d'espoir et de compassion (burnout).</p> <p>Les professionnels qui en souffrent constatent des changements dans leur vie professionnelle et personnelle (traumatisme vicariant).</p> <p>Fatigue de compassion est un état de fatigue liée à l'exercice de la compassion et qui se manifeste par</p>	<p>Ce qui distingue la fatigue de compassion du stress traumatique secondaire est que l'exposition traumatique dans le phénomène de la fatigue de compassion est liée au stress secondaire à l'exercice de la relation thérapeutique sans exposition à la violence ou aux expériences traumatiques selon le sens strict et médical du terme. D'autres auteurs disent que les deux concepts sont identiques à l'exception du type d'exposition. Le STS peut se développer très soudainement à la</p>	<p>(Figley, 2002; Mathieu, 2012; Stamm, 2010)</p>

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
	<p>une incapacité à engager des actions thérapeutiques compatissantes, perte de la satisfaction de compassion liée à l'exercice du rôle de soignant et non pas la perte de la compassion.</p> <p>Symptômes de burnout et de traumatisme vicariant liés au stress secondaire à l'exercice de la relation thérapeutique.</p> <p>Vivre des effets traumatiques et stressants à l'utilisation systématique et quotidienne du soi thérapeutique.</p>	<p>suite d'une seule exposition à une situation traumatique chez le soignant tandis que la fatigue de compassion se développe uniquement à la suite d'une exposition prolongée et répétée au récit à des vécus expérimentiels traumatiques.</p>	
Burnout	<p>Syndrome psychologique qui apparaît suite à une exposition prolongée à des stressors chroniques provenant de la sphère des relations</p>	<p>Ce qui distingue à l'heure actuelle le burnout STS, c'est la cause de l'attribution, soit l'environnement de</p>	<p>(Kilfedder et al., 2001; Maslach &amp;</p>

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
	<p>interpersonnelles dans le contexte du milieu de travail.</p> <p>Constitué de 3 dimensions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épuisement profond (manque d'énergie, déplétion de l'énergie, fatigue)</li> <li>• Cynisme et détachement (désengagement, attitude négative ou inappropriée envers le client, irritabilité, perte de l'idéalisme professionnel, retrait)</li> <li>• Sentiment d'inefficacité et un manque de réalisation professionnelle (baisse de productivité ou de la capacité de production, diminution du moral, incapacité de gérer les stressseurs – coping)</li> </ul>	<p>travail et les caractéristiques organisationnelles de l'employeur pour le burnout et le stress secondaire aux transactions de la relation thérapeutique et les exigences associées pour la fatigue de compassion.</p> <p>Évidemment, chez les professionnels de la santé, les deux causes peuvent être liées ou influencées l'une et l'autre, mais ce n'est pas obligatoire.</p>	<p>Leiter, 2016; Schaufeli et al., 2009)</p>

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
Traumatisme vicariant	Avec le temps et l'exposition répétée au traumatisme des patients, la structure même du soignant s'altère, les schèmes cognitifs et le système de croyances se transforment. Les schémas cognitifs de base du professionnel sont ébranlés au point de remettre en question son cadre de référence existentiel	Le traumatisme vicariant est une des conséquences possibles de l'expérience du stress traumatique secondaire et est le concept qui a émergé initialement dans la grande famille du stress traumatique secondaire à l'exercice de la relation thérapeutique.	(Saakvitne & Pearlman, 1996; Tabor, 2011)
TSPT (PTSD)	Diagnostic psychiatrique du DSM-5 de l'APA. Tableau clinique A. Exposition à un événement traumatique B. Symptômes d'intrusion / reviviscence	Ce qui distingue l'TSPT du traumatisme vicariant et du STS, c'est l'attribution causale pas acquise par la relation thérapeutique.	(American Psychiatric Association, 2013)

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
	<p>C. Évitement persistant des stimuli associés avec le trauma</p> <p>D. Altérations négatives persistantes des cognitions et de l'humeur associées avec le trauma</p> <p>E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique / Hyperréactivité</p>	<p>Cela peut évidemment s'acquérir sur le lieu de travail où on exerce la profession d'aide, mais ce n'est pas la relation d'aide qui cause l'TSPT.</p> <p>Le phénomène décrit par Figley et Stamm du STS présente toutefois de nombreuses caractéristiques cliniques de l'TSPT.</p>	
Détresse morale	<p>Concept qui se situe avant l'action du soin chez l'infirmière, au moment où elle évalue et décide de la meilleure manière de soigner le patient.</p> <p>La détresse morale se situe dans le vécu interne de l'infirmière. La détresse émerge dans des situations d'action ou d'inaction de la part de l'infirmière en</p>	<p>Ce qui distingue à l'heure actuelle la détresse morale du STS, c'est le moment où se produit le phénomène dans la démarche de soins de l'infirmière.</p> <p>La détresse morale est préalable aux soins à prodiguer et se situe dans le contexte de</p>	(Austin et al., 2003; Corley, 2002; Jameton, 2013)

Concept	Définition	Distinction avec STS	Auteurs
	<p>regard de ce qu'elle connaît des besoins exprimés par le patient, les meilleures pratiques reconnues en fonction des soins à prodiguer et le contexte de soins dans lequel elle évolue et qui lui permet ou non d'accomplir ses actions et/ou inactions (valeurs et éthiques).</p> <p>Le déséquilibre douloureux que vit l'infirmière confrontée à de la détresse morale génère du stress et ce stress peut contribuer à l'épuisement émotionnel de l'infirmière, une dimension du burnout (Corely, 2002).</p>	<p>prise de décision de l'infirmière alors que le STS se produit après avoir prodigué des soins.</p> <p>Les deux concepts sont toutefois liés aux valeurs et à l'identité professionnelle des infirmières.</p>	

### **Annexe 3 : Présentation des différentes perspectives théoriques du trauma psychologique**

**Perspective biophysiological du domaine psychiatrique/médical.** Pour l'APA, la cause de la blessure est intrinsèque à l'événement traumatique (2013). Cette perspective occulte complètement les explications sur la manière dont l'événement affecte la personne passant directement de l'événement jugé traumatique aux manifestations cliniques.

**Perspectives transactionnelles du stress et du coping.** Dans les perspectives théoriques liées au stress, Kim et Yeo (2020) réfèrent à Green, Wilson et Lindy (1985) pour leur explication du TSPT comme étant l'interaction entre l'expérience d'une personne d'un événement, sa ou ses caractéristiques individuelles, le traitement cognitif de cet événement et l'environnement de récupération, impliquant que différentes personnes qui vivent le même événement auront des résultats différents. Le modèle transactionnel du stress et du coping (de l'adaptation) développé par Lazarus et Folkman (1984), auquel Hamama-Raz et Minerbi (2019) réfèrent dans leur article, explique aussi la multiplicité de résultats différents pour les personnes soumises au même situation stressante ou événements à caractère traumatique.

**Perspectives cognitives.** Les travaux de Ehlers et Clark (2002) (utilisés par Çankaya & Dikmen, 2020; Guan et al., 2019) expliquent que la détresse psychologique persiste suite à un événement traumatique en fonction de deux facteurs cognitifs soit 1) l'évaluation négative du trauma ou de ses conséquences ( a) éléments factuels de la

situation, b) éléments subjectifs i.e. réaction subjective individuelle, et c) réactions négatives des personnes dans l'environnement de la victime) et 2) la perturbation de la mémoire autobiographique (identité), facteurs cognitifs qui vont créer ou maintenir un sentiment de grave menace externe/interne pour les victimes. Ahmed et al. (2021) s'appuient, quant à eux, sur la Théorie des croyances brisées pour expliquer le trauma. Cette théorie stipule que lorsqu'une personne est exposée à un événement traumatique, cela brise ses schèmes cognitifs de bases, le système de croyances fondamentales/valeurs concernant elle-même et le monde, entraîne une remise en question de croyances fondamentales/valeurs. La présence de cette cassure soudaine est une menace pour la personne et un mécanisme de stabilisation est requis. L'absence de tel mécanisme de stabilisation résulte en trauma et problème de santé. Shortland et al. (2020) présentent les travaux sur le trauma chez les militaires. Le trauma découlant des événements moralement préjudiciables (causant une blessure morale) y est présenté comme une catégorie distincte du trauma établi par l'APA. Dans ce type de trauma, être témoin ou s'engager dans des actions qui transgressent les valeurs fondamentales, les valeurs tenues pour sacrées par la personne (dans sa vie personnelle ou professionnelle), endommage le sens du bien et du mal et les laisse avec un traumatisme.

## Annexe 4 : Le STS analyse de concept

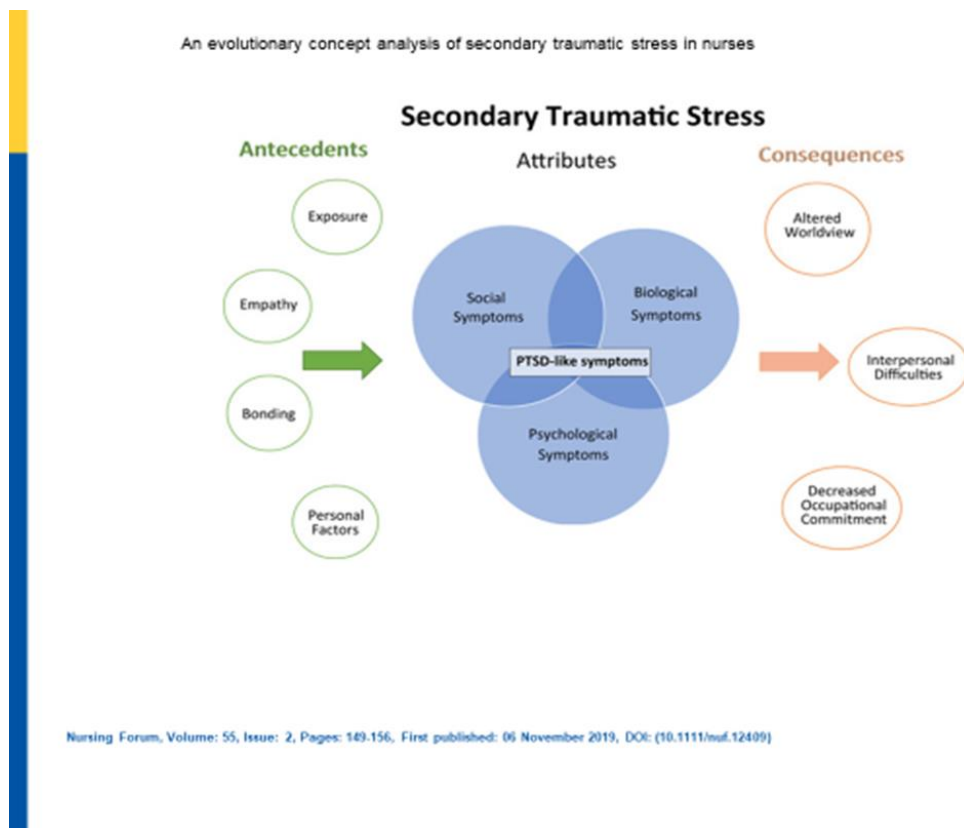
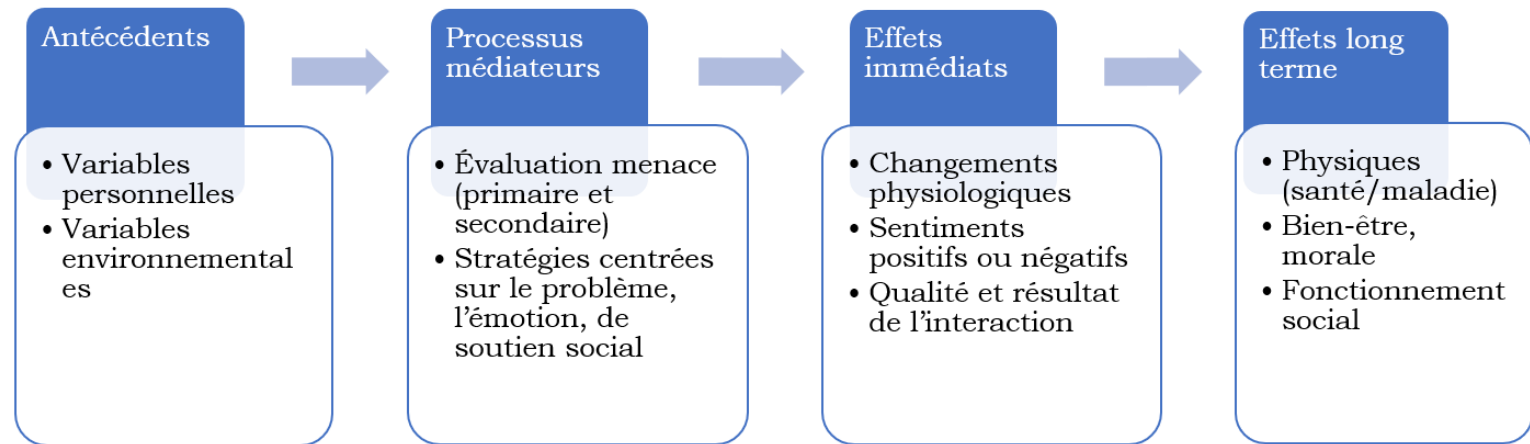


Figure 7. Analyse de concept du STS chez les infirmières

(Arnold, 2020, p. 152)

**Annexe 5 : Modèle transactionnel stress, évaluation cognitive et adaptation****Lazarus et Folkman (1984)****Évaluation de la menace et stratégie d'adaptation**

**Annexe 6 : Mécanismes de défense**

- Répression
- Compartimentation (isolation)
- Projection
- Introjection
- Formation réactionnelle
- Régression,
- Renversement
- Déplacement
- Refoulement,
- Sublimation,
- Clivage
- Identification projective/à l'agresseur
- Idéalisation
- Dénî
- L'intellectualisation.

## Annexe 7 : Affiche recrutement

# PROJET DE RECHERCHE

## Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

Vous avez été témoin ou avez entendu parler d'agressions sur un (des) collègue(s) de travail, ici à l'Institut ou dans tout autre établissement de soins ou de services sociaux?

Vous aimeriez partager votre expérience, comme soignant(e), de la prise en charge des personnes responsables de ces agressions?

- Venez partager votre expérience lors d'une rencontre confidentielle d'une durée maximale de 60 minutes
- Entrevues conduites, dans un espace privé à l'Institut avant, pendant ou après vos heures de travail

Projet de recherche subventionné par les Instituts de recherches en  
santé du Canada (2020-2022)



Pour toute information relative au projet ou pour participer, veuillez contacter :  
Dave Holmes, Inf., PhD, FAAN  
Professeur titulaire, Université d'Ottawa  
Chercheur régulier, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel  
dholmes@uottawa.ca



## Annexe 8 : Guide d'entrevue

Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

### Guide d'entrevue semi-structurée

#### Étapes de pré-entrevue

#### 1) Bienvenue et introduction

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue, mon nom est ...

#### 2) Contexte de l'entrevue

Le but de cette recherche est de comprendre l'expérience vécue en regard du stress traumatique secondaire – quelle est votre expérience en regard de la violence touchant directement un(e) collègue de travail dont vous avez été témoin ou dont vous avez entendu parler (l'agression peut avoir eu lieu ici-même à l'Institut ou dans une autre institution avant le transfert du (de la) patient(e) à l'Institut.

De manière plus spécifique, cette recherche vise à répondre aux questions suivantes:

- Quelles sont les émotions vécues par les personnes victimes de stress traumatique secondaire?
- Dans quelle mesure ces émotions influencent-elles la relation entre le personnel infirmier et les patients agresseurs, et quels effets ces émotions ont-elles sur les soins à ces derniers?
- Quelles sont les stratégies déployées par le personnel infirmier pour faire face au stress traumatique secondaire afin de maintenir une relation thérapeutique qui respecte les obligations éthiques du personnel infirmier?
- Comment la diversité sociale, ethnique, de genre et d'âge du personnel infirmier intervient-elle dans la construction du « patient violent »?

Afin de répondre à ces questions, je conduirai 25 entrevues semi-structurées avec du personnel infirmier dans ce milieu psychiatrique.

#### 3) Revue et signature du formulaire de consentement par le participant (le participant gardera une copie signée du formulaire de consentement)

#### 4) Avertissement avant le début de l'entrevue

- Je prendrai des notes pendant l'entrevue.
- Pendant l'entrevue, je regarderai l'enregistreur digital afin de m'assurer qu'il enregistre (si le participant accepte d'être enregistré pendant l'entrevue).

#### 5) Questions avant le début de l'entrevue

Avant de débiter l'entrevue, avez-vous des questions au sujet de l'entrevue ou au sujet du projet de recherche?

Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

## Entrevue

1. Pourriez-vous me parler de votre milieu de travail et des défis particuliers qui y sont associés?
2. Pourriez-vous me décrire ce qu'est une relation thérapeutique (et soins optimaux) idéale pour vous? Qu'en est-il dans votre milieu de travail?
  - a. Relation thérapeutique optimale selon votre formation
  - b. Relation thérapeutique optimale en milieux de soins généraux
  - c. Relation thérapeutique optimale en milieux psychiatriques « généraux »
  - d. Relation thérapeutique optimale en milieux psycholégaux
3. Selon vous, dans quelle mesure les soins offerts dans un milieu sécuritaire, comme le vôtre, diffèrent-ils des soins offerts dans des milieux psychiatriques « généraux »?
4. Avez-vous déjà été témoin (ou entendu parler) de collègues de travail (ici à l'Institut ou dans un autre milieu de travail) ayant été agressé physiquement par un patient?
  - a. Pouvez-vous me parler de cet incident ou de ces incidents?
  - b. Quels sentiments cela suscitent-ils chez vous?
  - c. Avez-vous eu à prendre soin de ce patient agresseur en particulier ou de tout autre patient agresseur pour lequel vous connaissiez les détails de l'agression (témoin direct de l'agression, transmission des détails de l'agression par le personnel infirmier de votre institution, d'une autre institution, par les notes au dossier, etc.)?
    - i. Quelles mesures (de sécurité) avez-vous mises en place?
    - ii. Est-ce que ces mesures favorisaient ou entravaient la relation thérapeutique?
    - iii. Au niveau sécuritaire, en quoi la relation avec ce patient particulier était-elle différente d'avec un autre patient?

Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

- iv. Quels sentiments vous habitaient dans la prise en charge de ce patient (potentiellement) violent?
  - v. Selon vous, est-ce que ces sentiments affectaient la prise en charge du patient? Si oui, de quelles manières?
5. Quelle a été votre expérience générale en regard des soins offerts à un patient connu pour avoir agressé un(e) collègue ici à l'Institut ou dans une autre institution?
  6. En général, et en vous référant à votre milieu de travail, comment évaluez-vous la qualité des soins offerts aux patients ayant agressé un membre du personnel ici à l'Institut ou dans une autre institution? Veuillez expliquer.
  7. Avez-vous l'impression que le fait de prendre soin d'un patient violent ayant commis une agression sur un membre du personnel ici à l'Institut ou dans une autre institution vous empêche de respecter les principes déontologiques de votre profession? Veuillez expliquer.
  8. Selon vous, quelle est l'importance que revêt l'utilisation de la médication PRN comme mesure de contrôle? Est-ce un outil d'intervention nécessaire? Croyez-vous que cela améliore la condition clinique (état mental) des patients?
  9. Selon vous, quels sont les facilitateurs et les barrières au regard des soins infirmiers « optimaux » offerts à des patients ayant commis une (des) agression(s) un membre du personnel ici à l'Institut ou dans une autre institution. Est-ce que votre réponse diffère si l'agression ou les agressions a (ont) été commise(s) sur des personnes autres que du personnel soignant?

Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

### Fin de l'entrevue

10. Y-a-t-il d'autres sujets ou avez-vous d'autres questions dont vous aimeriez discuter?

Remercier le participant

**Informations relatives aux prochaines étapes de la recherche:**

- Transcription et analyse de toutes les entrevues;
- Présentation des résultats de recherche au sein de l'Institut;
- Publication des résultats de recherche dans des revues scientifiques et présentation des résultats de recherche à des conférences

## Annexe 9 : Formulaire de consentement et confidentialité



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Dave Holmes, Inf, PhD, FAAN, Professeur titulaire
<b>Co-chercheurs :</b>	Amélie Perron, Inf, PhD, Professeure titulaire Jean Daniel Jacob Inf, PhD, Professeur titulaire
<b>Membre du personnel de recherche :</b>	Charlène Seyer-Forget, Inf. MSc, PhD (étudiante)
<b>Organisme subventionnaire :</b>	Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC)
<b>Établissement participant :</b>	Institut National de Psychiatrie légale Philippe-Pinel

#### 1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### 2. Nature et objectifs du projet de recherche

Le fait d'être témoin de violence envers des collègues engendre souvent colère, suspicion, craintes, peur et anxiété. Le terme "stress traumatique secondaire" est maintenant utilisé pour refléter ces états. Ce type de traumatisme s'apparente au syndrome de stress post-traumatique mais a ceci de particulier qu'il touche les personnes témoins d'actes violents. L'étude proposée visera à répondre aux questions de recherche suivantes : dans quelle mesure ces émotions influencent la relation entre le personnel infirmier et les patients et quels effets ont-elles sur les soins aux agresseurs ? Quels sont les effets sur le personnel infirmier témoin d'actes violents dirigés vers des pairs ? Le personnel infirmier a-t-il conscience de cette problématique ? Et enfin, quelles sont les stratégies déployées par le personnel infirmier pour faire face au stress traumatique secondaire ? L'étude approfondie du stress traumatique secondaire est cruciale si l'on veut comprendre l'impact de la violence commise contre des tierces personnes sur les témoins, sur la qualité des soins offerts aux agresseurs et sur les effets systémiques de cette violence. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 25 participants (hommes et femmes).

#### 3. Déroulement du projet de recherche

##### 3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche sera réalisé à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel de Montréal. Votre participation à ce projet se limitera à une seule rencontre de 60 minutes à votre lieu de travail ou, si vous préférez, dans un lieu de votre choix.

##### 3.2 Nature de la participation

Vous participerez à une entrevue semi-structurée qui explorera votre expérience d'avoir été témoin ou d'avoir entendu parler d'agressions sur un (des) collègue(s) de travail, qui ce soit à INPLPP ou dans un autre établissement de soins ou de services sociaux. Cette entrevue sera enregistrée.

#### 4. Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats

obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

#### **6. Inconvénients associés au projet de recherche**

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, vous pourriez également ressentir des émotions vives en lien avec votre vécu auprès des patients ayant commis des gestes de violence envers d'autres membres du personnel dont vous avez été témoin. Il sera primordial de donner l'espace nécessaire à ces états et assurer votre sécurité émotionnelle des participants si elles survenaient pendant l'entrevue.

#### **7. Risques associés au projet de recherche**

Il est possible que l'information partagée, en lien avec votre expérience dans votre position de témoin d'une agression envers un de vos collègues de travail, provoque un malaise, voire de la détresse. Si tel est le cas, la personne présente lors de l'entrevue (Professeur Dave Holmes), et qui connaît très bien le travail en milieu psycholégal, offrira le soutien nécessaire requis pendant l'entrevue et, vous orientera au besoin, vers le Programme d'aide aux employés offert par l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel par le biais de *Homewood Santé* qui peut être joint directement au 519-824-1010

#### **8. Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant le chercheur principal (Professeur Dave Holmes).

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, les comités d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas/Université d'Ottawa ou les Instituts de recherche en santé du Canada peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet ne seront néanmoins pas conservés, analysés ou utilisés.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

#### **9. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants des Instituts de recherche en santé du Canada ou par des représentants des comités d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de l'Université d'Ottawa. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

#### 10. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

Oui  Non

#### 11. Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation à ce projet pourraient mener à la création de produits commerciaux et générer des profits. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

#### 12. Financement du projet de recherche

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement des Instituts de recherche en santé du Canada pour mener à bien ce projet de recherche.

#### 13. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

#### 14. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et l'Université d'Ottawa.

#### 15. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche, le professeur Dave Holmes, au numéro suivant 514-648-8461 poste 379.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel au 514-648-8461, poste 174 ou avec le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa au 613-562-5387 ou le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au 514-761-6131 poste 2708.

#### 16. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Les Comités d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de l'Université d'Ottawa ont approuvé le projet de recherche et en assureront le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au 514-761-6131, poste 2708, ou avec le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa au 613-562-5387.

**Consentement.**

**Titre du projet de recherche :** Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique

**1. Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées, incluant la permission d'être enregistré(e).

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

**2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche**

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Date

**3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche**

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Date

### **Annexe 10 : Protocole de recherche préétabli – enjeux d'intégrité intellectuelle**

Je tiens ici à partager des éléments réflexifs quant à mon parcours, soit celui de réaliser un doctorat à partir d'un protocole de recherche préétabli et les enjeux d'intégrité et de propriétés intellectuels. Cette démarche réflexive permet de me situer, comme chercheure, en regard de mon intérêt de recherche et du protocole préétabli. C'est une démarche importante afin d'assurer la cohérence du projet puisqu'il existe un risque en recherche qualitative de dévier de la logique interne propre à la tradition à laquelle on se réclame (Barbier & LeGresley, 2011). Cette perte de cohérence peut aussi se produire entre les chercheurs d'un même projet durant le parcours itératif, ce qui peut affecter la validité de l'articulation méthodologique et porter flanc à la critique en termes de qualité des résultats de recherche (Barbier & LeGresley, 2011). Barbier et LeGresley indiquent que tout projet de recherche est « confronté à un contexte qui oriente puissamment » l'expérience du chercheur et qui influence ses décisions (2011, p. 28). L'identification des tensions est un prérequis afin de rendre compte de la question méthodologique avec le plus de transparence possible (Barbier & LeGresley, 2011). Barbier et LeGresley parlent du « profil épistémologique du chercheur, c'est-à-dire la façon dont il gère la construction des connaissances » (2011, p. 30) comme d'un jalon important dans la formation et le développement du chercheur. La recherche identitaire est donc une étape primordiale afin de se positionner et de s'assumer dans le cadre d'un protocole de recherche préexistant.

Professeur Holmes m'a confié une grande responsabilité, soit celle de porter les prochaines étapes du projet de recherche dans le cadre de mon parcours doctoral. Tout en souhaitant être digne des chercheurs qui m'ont confié les rênes et rigoureuse quant à

l'actualisant du projet de recherche tel qu'il a été pensé, soumis et accepté au IRSC, je suis à la fois inquiète et soucieuse de la propriété intellectuelle dans un contexte où je m'insère dans le projet après sa conception. Ce travail présente mon niveau d'appropriation des nombreux concepts qui ont été réfléchis, dans le protocole original, par des chercheurs confirmés. Circonscrire mon projet de thèse à l'intérieur du projet global présente un défi. Je comprends que ma contribution se place dans un contexte de liberté d'expression balisée, ce qui, de toute manière, n'est pas incompatible pour moi à un contexte de travail d'équipe. Le choix des collaborateurs devient alors un choix stratégique. Il n'est pas exclu que des tensions émergent malgré tout. À terme, cette portion de la recherche sera la mienne, teintée de mon identité et affirmée par mon écriture (Zúñiga, 1997).

## Annexe 11 : Approbation éthique hospitalière



Institut universitaire en santé mentale Douglas

### PAR COURRIEL

Le 14 janvier 2021

Dave Holmes, Inf., Ph.D., FAAN

**Objet: Approbation éthique et scientifique finale du projet IUSMD- [REDACTED], " Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique."**

**Chercheur principal: Dave Holmes**

**Organisme de subvention: Instituts de recherche en santé du Canada**

Monsieur Holmes,

Comme vous le savez, [REDACTED] a délégué l'évaluation éthique de ses projets au Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Dans le cadre de votre projet de recherche susmentionné, le CER a étudié les documents soumis pour examen:

1. Budget.pdf, non daté
2. CEiR\_CV\_Holmes.pdf, daté en octobre 2020
3. CEiR\_CV\_Jacob.pdf, daté en août 2020
4. CEiR\_CV\_Perron\_.pdf, daté en septembre 2020
5. CEiR\_STS\_Formulaire-de-demande-de-évaluation-d'une-nouvelle-activité-de-recherche. V Finale signée.pdf, signé le 1<sup>er</sup> novembre 2020
6. Contributions.pdf, non daté
7. Evaluation IRSC
  - o Décision CIHR Trauma secondaire.pdf, daté le 22 janvier 2020
  - o IRSC application.pdf, non daté
  - o Réponse aux évaluateurs.pdf, non daté
  - o Rev 1.pdf, non daté
  - o Rev 2.pdf, non daté
  - o Rev 3.pdf, non daté
8. Holmes\_OCGS January 2020.pdf, daté en janvier 2020
9. IRSC septembre 2019 STS FINAL REVISÉ le 6 janvier 2020 pour CER.pdf, non daté
10. IUSMD-20-41 FC majeur apte - modele non-pharma\_D Holmes STS REVISÉ FINAL (rm).docx, daté le 12 janvier 2021
11. Lettre CER Douglas - réponses.pdf, daté le 6 janvier 2021
12. Lettre de soutien [REDACTED].pdf, daté le 22 juillet 2019
13. Lettre Rebecca CER STS.pdf, daté le 7 novembre 2020

6875, boulevard LaSalle, FBC 1116  
 Montréal (Québec) H4H 1R3  
 Téléphone : 514 761-6131 poste 2708  
 www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

- 14.Lettre soutien DSI Participants.pdf, daté le 9 novembre 2020
- 15.Questionnaire socio - STS.doc, non daté
- 16.RÉPONSES CÉR\_COMMENTAIRES ET QUESTIONS DES MEMBRES DÉLÉGUÉS.docx, non daté
- 17.STS\_affiche pour recrutement et distribution Intranet REVISIETE FINALE.docx, non daté

Le CER souhaite vous remercier d'avoir abordé toutes ses questions et préoccupations initiales. Toutes les réponses à ces problèmes et préoccupations ont été jugées complètes et satisfaisantes.

**Le résultat de cet examen est positif. Par conséquent, ce projet est approuvé sur le plan éthique pour une période d'un (1) an, du 12 janvier 2021 au 12 janvier 2022.**

Conformément à toutes les lois et directives applicables, le CER est responsable de la surveillance éthique continue de ce projet de recherche. Par conséquent, cette approbation suppose que vous acceptiez de:

- Respecter cette décision;
- Présenter au CER un rapport annuel décrivant l'avancement du projet, ce qui est nécessaire au renouvellement de l'approbation en matière d'éthique;
- Respecter toutes les politiques et procédures applicables de l'Institut Douglas en matière d'activités de recherche;
- Informer le CER dans les plus brefs délais de tout incident survenu au cours du projet, ainsi que de tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche d'un protocole ou d'un formulaire de consentement particulier;
- Aviser le CÉR le plus tôt possible de toute nouvelle information susceptible d'avoir une incidence sur l'intégrité ou la validité éthique du projet de recherche ou d'influencer la décision du participant à une recherche sur sa participation;
- Communiquer au CER toute suspension ou annulation de l'autorisation du projet par un organisme de financement ou un organisme de réglementation;
- Informer le CÉR de tout problème constaté par une tierce partie lors d'un audit de surveillance, interne ou externe, susceptible de remettre en cause la validité éthique du projet.;
- Aviser le CÉR d'une interruption temporaire ou définitive du projet et soumettre un rapport exposant les motifs de l'interruption et les répercussions sur les participants;
- Soumettre au CER un rapport final et des rapports de synthèse des résultats de la recherche.

Pour toute question concernant ce projet, veuillez contacter le bureau du CER par téléphone au 514 761-6131, poste 2708 ou par courriel ([cer.reb@douglas.mcgill.ca](mailto:cer.reb@douglas.mcgill.ca)).

En terminant, nous vous prions de bien vouloir mentionner dans toute correspondance le numéro attribué à votre projet par le CER (IUSMD-██████████).

**Veuillez noter que vous ne pouvez pas commencer à travailler sur cette étude avant d'avoir reçu une lettre d'autorisation signée par la personne mandatée pour autoriser la recherche dans ██████████**

Veillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées,



Rebecca MacDonald, MA  
Agente de planification, programmation et recherche - éthique de la recherche  
Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

*De la part de :*  
Joseph Rochford, Ph.D.  
Président, Comité d'éthique de la recherche  
Institut universitaire en santé mentale Douglas

P.j. Documents approuvés (zip)

cc:   
  


## Annexe 12 : Approbation éthique universitaire

<p style="text-align: center;"><b>Université d'Ottawa</b> Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche</p>	<p style="text-align: right;">08/04/2021</p> <p style="text-align: right;"><b>University of Ottawa</b> Office of Research Ethics and Integrity</p>												
<p><b>CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE   CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL</b></p>													
<p><b>Numéro du dossier / Ethics File Number</b> <b>Titre du projet / Project Title</b></p>	<p>H-03-21-6755 Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique</p>												
<p><b>Type de projet / Project Type</b></p>	<p>Recherche de professeur / Professor's research project</p>												
<p><b>Statut du projet / Project Status</b></p>	<p>Approuvé / Approved</p>												
<p><b>Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)</b></p>	<p>08/04/2021</p>												
<p><b>Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)</b></p>	<p>12/01/2022</p>												
<p><b>Équipe de recherche / Research Team</b></p>													
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Chercheur / Researcher</b></th> <th style="text-align: left;"><b>Affiliation</b></th> <th style="text-align: left;"><b>Role</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dave HOLMES</td> <td>École des sciences infirmières / School of Nursing</td> <td>Chercheur Principal / Principal Investigator</td> </tr> <tr> <td>Amélie PERRON</td> <td>École des sciences infirmières / School of Nursing</td> <td>Co-chercheur principal / Co-principal investigator</td> </tr> <tr> <td>Jean-Daniel JACOB</td> <td>École des sciences infirmières / School of Nursing</td> <td>Co-chercheur / Co-investigator</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Role</b>	Dave HOLMES	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator	Amélie PERRON	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-chercheur principal / Co-principal investigator	Jean-Daniel JACOB	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-chercheur / Co-investigator	
<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Role</b>											
Dave HOLMES	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator											
Amélie PERRON	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-chercheur principal / Co-principal investigator											
Jean-Daniel JACOB	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-chercheur / Co-investigator											
<p><b>Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments</b></p>													
<p>La date d'expiration correspond à celle du certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.</p>													
<p>550, rue Cumberland, pièce 154    550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada    Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada</p> <p>613-562-5387 • 613-562-5338 • <a href="mailto:ethique@uOttawa.ca">ethique@uOttawa.ca</a> / <a href="mailto:ethics@uOttawa.ca">ethics@uOttawa.ca</a> <a href="http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie">www.recherche.uottawa.ca/deontologie</a>   <a href="http://www.recherche.uottawa.ca/ethics">www.recherche.uottawa.ca/ethics</a></p>													

08/04/2021

## Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

## University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est soumise aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CER avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO  
Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer  
Pour/For Daniel LAGAREC Président(e) du/ Chair of the Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)