



Université de Lille

FACULTE DE MEDECINE HENRY WARENBOURG

Année 2025

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER (E) EN
PRATIQUE AVANCEE

MENTION :

PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

**La perception de la violence institutionnelle par les
infirmiers de psychiatrie**

Présenté et soutenu publiquement le 01/07/2025 à Lille à 15h (Département facultaire de
médecine Henri Warembourg)

Par **MESSOUDI Yassine**

MEMBRES DU JURY

Président du jury : Professeur Nicolas PENEL

Enseignant infirmier : Madame Séverine THERY

Directrice de mémoire : Madame Léone DE OLIVEIRA

LE 01/07/2025

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Remerciements

A mes directeurs de mémoire

Je tiens d'abord à remercier Monsieur Lekczynski Jean-Michel, mon premier directeur de mémoire, qui m'a guidé, soutenu avec rigueur et bienveillance dès le début de ce travail de recherche. Sa grande expérience et ses conseils avisés m'ont permis d'orienter ma réflexion. Son décès soudain en cours de réalisation a été un moment marquant. Je souhaite donc lui rendre hommage à travers ce travail qui continue de faire vivre sa pensée.

Je remercie également Me De Oliveira, qui a succédé à la direction de ce travail de recherche. Sa force et son engagement sans faille m'ont été d'une grande aide dans les moments de doutes. Sa disponibilité et sa bienveillance ont joué un rôle important dans la réalisation de ce travail de fin d'étude.

A mes référents pédagogiques

Je tiens aussi à remercier toute l'équipe pédagogique, qui croient en cette nouvelle profession d'infirmier en pratique avancée. Leur engagement dans l'intérêt de promouvoir la montée en compétence des infirmiers représente un soutien essentiel à l'implémentation des IPA dans le système de santé en France.

Aux membres du jury

Je souhaite aussi remercier les membres du jury pour le temps consacré à l'évaluation de ce travail de recherche. Leur regard expert et critique sur cette recherche contribue à enrichir la réflexion sur le sujet. Ils contribuent de ce fait à l'émancipation du métier d'infirmier en pratique avancée.

A ma famille et amis

Enfin je tiens à remercier tout particulièrement, ma famille et mes amis qui sont une source inestimable de réconfort au quotidien. Leur soutien m'a permis de mener ce projet à terme et je souhaite leur dédier cette part de réussite.

Avertissement :

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celle-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

Glossaire

INTRODUCTION1

I. LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE : QU'EN DISENT LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ?.....3

A. Appréhender des réalités de terrain : quel chemin emprunter ?3

B. Analyse des données empiriques recueillies6

II. VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN PSYCHIATRIE : QUELS POSSIBLES ENTRE INFIRMIERS ET IPA ?.....30

A) Méthodologie d'enquête30

B) Analyse des données empiriques34

Conclusion58

Bibliographie

Table des matières

Table des illustrations

ANNEXES

Résumé

Glossaire

| Sigles | Descriptifs |
|-------------|--|
| IPA | Infirmier en Pratique Avancée |
| EPSM | Établissement Public de Santé Mentale |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| ONVS | Observatoire National des Violences en milieu de Santé |
| SDT | Soins à la Demande d'un Tiers (forme de soins sans consentement) |
| SL | Soins Libres |
| SDRE | Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'état |
| JLD | Juge des Libertés et de la Détention |
| FEI | Fiche d'Événement Indésirable |
| CREX | Comité de Retour d'Expériences |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |

INTRODUCTION

Infirmier depuis 2016 en psychiatrie, il m'est impossible d'entamer ce travail sans évoquer ma rencontre avec le monde de ce domaine d'exercice professionnel qu'est la psychiatrie.

Lors de ma première année d'étude d'infirmier, je suis affecté, pour mon deuxième stage, dans une unité d'admission psychiatrique qui accueille des patients en soins sous contrainte. Une affectation qui en amont suscite chez moi énormément de réflexions et de questionnements quant aux soins prodigués au sein de cette unité. Mes représentations profanes et mon imaginaire m'entraînent immédiatement dans une sorte de construction mentale, que je sais aujourd'hui, erronée de ce que peut être le travail d'infirmier en psychiatrie.

À mon arrivée, le premier jour, je suis accueilli par un infirmier à l'entrée. Celui-ci prend soin de refermer toutes les portes que nous franchissons. J'ai, alors, le sentiment de me retrouver "enfermé dans les méandres" d'un service de psychiatrie provoquant chez moi une sensation d'oppression pesante. L'infirmier, loin de se douter de ce qui se passe en moi, continue de me présenter l'unité de soin.

Je suis interpellé par la composition de l'équipe pluridisciplinaire et par le nombre important d'infirmiers présents ainsi que par le fait qu'au sein de celle-ci, il semble régner une certaine hiérarchie informelle chez ces derniers. Je perçois chez les plus âgés une certaine aisance à exercer dans le service. Aussi, lorsqu'ils prennent la parole, celle-ci est prise en considération par le reste de l'équipe en poste. Ce qui me donne à penser qu'ils sont les "plus anciens" et qu'ils semblent détenir une certaine expertise de la prise en soin. Ainsi, ils sont, à mon sens, une ressource pour les nouveaux professionnels et les étudiants stagiaires. Là encore mes représentations sont ébranlées car j'imagine une équipe infirmière "gardienne de fous".

Je suis en même temps frappé par le calme qui règne contrastant avec tout ce que j'ai pu imaginer. J'aperçois les premiers patients assis tranquillement en salle de vie, je croise les premiers regards de certains qui gardent leurs distances contrairement à d'autres qui viennent à ma rencontre, pénétrant ainsi mon espace vital sans que cela ne soit problématique pour eux.

Cependant, cette quiétude dans le service, ne tarde pas à laisser place à des moments que je vis comme plus difficiles, teintés de "violences". De la part des patients, insultes, cris, comportements d'agitation fusent. De la part des soignants, "cadrages", "autorité", sont les comportements réactionnels mis en place et observés. Je prends conscience, à ce moment, que la réalité rejoint une partie de mes représentations concernant les soins psychiatriques sous contraintes.

Effectivement, "violence et psychiatrie" sont souvent liées dans l'imaginaire de la majorité des personnes et je n'échappe pas à cette règle. Je réalise que nous avons tendance à extrapoler "le phénomène de la violence" dans le domaine de la psychiatrie. D'ailleurs, le Dr Morasz spécifie que les phénomènes violents nous accompagnent tout au long de notre parcours de soignant en psychiatrie (Morasz 2002).

Pour autant, “ les phénomènes de violence ” sont omniprésents dans les sociétés modernes du monde entier, à des degrés divers bien sûr. Ils traversent les époques en s’amplifiant ou en s’atténuant en fonction de différents contextes géopolitiques, de disparités économiques, de la pression sociale croissante et de la découverte de traitements pouvant contenir ces phénomènes. Cela contribue à créer un climat de méfiance et d’insécurité dans la sphère publique. Cette violence peut se manifester sous différentes formes, notamment physique, psychique ou verbale et peut être dirigée vers des biens ou des personnes. L’ensemble des couches sociales peuvent y être exposées indépendamment de l’âge, du sexe, du milieu socioculturel ou socio-économique. Il convient, toutefois, de préciser que les services de santé mentale détiennent une place particulière dans cette problématique de violence.

En effet, ces services de psychiatrie accueillent des patients souffrants de troubles mentaux parfois sévères qui sont propices à une forme d’agressivité. Cette dernière peut-être, soit envers les autres patients ou contre eux-mêmes, soit focalisée contre les soignants. Concernant ces derniers, une étude démontre que cette confrontation à la violence par les soignants existe dans le monde entier. Il semble que le type, l’origine et les taux d’expositions aux violences subies par les infirmières varient en fonction du lieu de travail et de la région où elles se trouvent. Les lieux considérés comme à risque élevé d’être confrontés à des situations d’agressivité dans les soins sont les services d’urgences, les unités de gériatrie et les services de psychiatrie. Si on analyse, dans cette étude, concernant les taux globaux d’exposition à l’agressivité, on peut différencier l’agressivité physique pour 36,4%, la violence non physique pour 66,9% et 25% concernent le harcèlement sexuel.

Notons que 32,7% des infirmiers affirment avoir été blessés lors de ses situations d’agressivité, que dans les pays anglo-saxon la violence physique et le harcèlement sexuel sont les types les plus fréquents et émanent avant tout des patients. Quant aux pays du moyen orient, la violence morale y est plus prégnante et émane en priorité de la famille et des amis des patients (Terrenoir et al., 2022).

A ce jour, il est reconnu et fortement débattu que la violence au quotidien affecte « l’exercice du soin » tant du côté du personnel soignant que du côté des usagers. D’autant plus que la complexité des troubles psychiatriques concomitante à une baisse des effectifs soignants et une réduction des capacités d’hospitalisation accentue le risque de “ passages à l’acte ” s’exprimant sous différentes formes de violence.

En 2021, l’Observatoire National de la Violence en milieu de Santé (ONVS) positionne les services de psychiatrie en tête concernant la violence verbale mais aussi les violences physiques. En effet, il relève 3000 violences physiques et 4878 violences verbales. La deuxième place est occupée par les urgences pour les violences verbales avec 4405 actes, ainsi que par les unités de soins longues durée et EHPAD pour les violences physiques avec 1770 actes (Spector, Zhou & Che, 2014).

Aujourd’hui, avec la maturité professionnelle acquise en tant que professionnel du soin en santé mentale, je comprends que la violence est un phénomène complexe qui nécessite une

approche globale en collaboration interdisciplinaire afin de pouvoir la prévenir dans les milieux de soins. Aussi, l'émergence au sein des organisations du système de santé des infirmiers de pratiques avancées ouvre, selon moi, de nouvelles perspectives en termes de leadership clinique, de parcours de soin mais aussi de recherche.

En chemin de devenir moi-même un infirmier de pratique avancé, je souhaite mieux comprendre la violence qui peut se vivre dans le monde du soin afin de pouvoir envisager des pistes d'actions permettant de la prévenir et de la diminuer. Ainsi, je pose une première question :

Comment les infirmiers en unité de soin se représentent-ils les causes et les formes de la violence institutionnelle que peuvent vivre les patients au sein de l'établissement public de santé mentale?

Afin de répondre à cette question, je souhaite donner la parole aux infirmiers afin d'accéder à leurs représentations et leurs perceptions de la violence institutionnelle. Pour ce faire, en première partie, je réalise une enquête exploratoire de terrain. Celle-ci, en plus de me permettre d'interroger les professionnels sur leurs savoirs expérientiels en lien avec la thématique traitée, me permettra également d'ancrer la problématique sur les besoins réels des terrains professionnels concernés.

I. LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE : QU'EN DISENT LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ?

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, notre attention se porte sur un phénomène complexe parfois méconnu, à mon sens : la violence institutionnelle en psychiatrie. Il s'agit là d'un concept qui inclut un certain nombre de situations qui de manière volontaire ou involontaire peuvent porter atteinte aux droits du patient et/ou à sa dignité.

Le sujet est sensible, selon mes expériences, cependant il est important de comprendre les perceptions qu'en ont les infirmiers qui sont des professionnels de première ligne dans les unités de soins afin de pouvoir agir de manière préventive. Pour ce faire, il est notable d'explicitier le type de recherche vers lequel je m'oriente.

A) Appréhender des réalités de terrain : quel chemin emprunter ?

En tant que futur IPA, au travers de ce travail de recherche je ne cherche pas à résoudre le problème et à apporter nécessairement des solutions généralisables. Je souhaite prendre la posture du chercheur en démarche compréhensive afin de comprendre l'objet de ma recherche,

soit la violence institutionnelle en psychiatrie, différemment, sous un angle nouveau, et de proposer des pistes de travail à communiquer à d'autres professionnels.

1) La méthode de recherche

Je fais le choix d'une approche qualitative qui me semble la plus pertinente pour étudier plus précisément les perceptions et les vécus des infirmiers concernant la violence institutionnelle. Dans le cadre de cette enquête exploratoire, cette approche méthodologique permet une compréhension plus fine des différents phénomènes en jeu liés aux pratiques professionnelles des personnels soignants.

En allant vers les infirmiers, je fais le choix de réaliser cette recherche en m'engageant dans une méthode inductive pour recueillir des données et élaborer des thèmes et me permettant de constituer par la suite une théorie émergente. "Aller vers" les professionnels en démarche de recherche nécessite de se mettre en posture de chercheur.

2) La posture du chercheur

Je choisis d'adopter une posture basée sur une réflexion critique systématique de mon savoir et de mes représentations, en adéquation avec l'idée de rupture épistémologique portée par Gaston Bachelard.

Dans cette optique, j'analyse la complexité des phénomènes en priorisant une démarche globale suivant la pensée d'Edgar Morin qui met en avant l'importance de relier plusieurs aspects de la réalité. Cette approche me permet d'affiner la compréhension de mon sujet d'étude tout en restant vigilant à l'évolution continue des connaissances et aux enjeux éthiques qui y sont rattachés.

3) Finalité de cette enquête exploratoire

Compte tenu du constat initial, il semble important d'ouvrir une réflexion plus rigoureuse sur le rôle qu'occupent les infirmiers dans la compréhension et la prévention de la violence institutionnelle. C'est dans cette perspective que l'enquête exploratoire prend toute sa place car elle vise à recueillir leurs perceptions et expériences du terrain.

Ainsi, à travers leurs propos je pourrais identifier ce qu'ils considèrent comme étant des facteurs à l'origine de comportements violents, mettre en évidence les stratégies qui leurs permettent d'y faire face afin de réfléchir à de nouvelles pistes d'amélioration de la qualité des soins en psychiatrie.

La finalité étant posée, reste à définir les caractéristiques de la population que je vais aller interviewer ainsi que leur lieu d'exercice.

4. Caractéristiques de la population cible et lieu d'enquête

Pour cette enquête, je détermine une population cible et leurs lieux d'exercices en adéquation avec la finalité de l'enquête exploratoire que je prépare. Ainsi, je défini les critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Être infirmier /ère
- Exercer au sein d'un établissement public de santé mentale.
- Avoir une expérience d'au moins une année en unité d'admission en psychiatrie
- Être volontaire pour participer à l'étude

Critères d'exclusion :

- Infirmier sans expérience en unité d'admission
- Expérience inférieure à une année en unité d'admission
- Personnel ne voulant pas participer à l'étude

La population cible étant définie, il me faut à présent déterminer les modalités de recrutement et de passation.

5) Modalités de recrutement et de passation

Après m'être renseigné auprès de professionnelles exerçant au sein de la fédération de recherche, étant en démarche exploratoire, l'obtention d'autorisation n'est pas attendue. Je fais, alors, le choix de recruter des professionnels que je connais et dont je sais qu'ils répondent à tous les critères d'inclusion définis au préalable. La première prise de contact se fait par téléphone.

La période de passation est organisée du 17 au 20 février 2025, au nombre d'un par jour. Au vue de la distance géographique et de la difficulté temporelle, nous décidons de réaliser tous les entretiens au téléphone.

Afin de respecter le cadre légal et éthique de la recherche, dans un souci de respect de transparence, le consentement des participants est recueilli et ils sont prévenus au préalable de l'enregistrement des entretiens afin que ces derniers soient retranscrits pour analyse des données. Aussi, Ils sont informés du respect de l'anonymat.

Dans la mesure où cette recherche s'intéresse aux perceptions infirmières ainsi qu'à leur vécu expérientiel face à la violence institutionnelle, l'entretien s'impose comme l'outil méthodologique le plus pertinent.

6. L'outil d'enquête : L'entretien

Je fais le choix de réaliser des entretiens individuels libres partant d'une question ouverte permettant aux infirmiers de pouvoir partager leurs expériences et représentations sur le sujet. Elle est la suivante : **Pouvez-vous me parler de la violence institutionnelle en psychiatrie ?**

Connaissant les personnes interviewées, il est convenu de poser la question exploratoire sans prendre un temps destiné, méthodologiquement, à mettre en "disposition" l'interviewé. Je me laisse la possibilité de le relancer sans toutefois apporter d'éléments extérieurs au discours, ni à l'orienter. J'envisage, alors les relances suivantes :

- Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?
- Pouvez-vous illustrer votre point de vue?
- Pouvez-vous approfondir votre réflexion?

Les entretiens réalisés font l'objet d'une analyse méthodique que je vais vous exposer.

7) Méthodologie d'analyse de contenu

Dans le cadre de cette étude qualitative, je fais le choix de m'appuyer sur la méthodologie proposée par Laurence Bardin afin d'analyser le contenu de mes entretiens. Cette démarche permet de repérer des unités de sens dans le discours et ensuite de pouvoir les attribuer chacune à la thématique qui lui correspond. La méthode se compose de trois étapes ; la pré analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats. Ce choix méthodologique s'inscrit dans une approche compréhensive, ayant pour but de mettre en lumière les représentations, les ressentis et les dynamiques professionnelles mises en avant par les infirmiers.

B. Analyse des données empiriques recueillies

Avant de réaliser une analyse horizontale des entretiens réalisés, je vous propose dans un premier temps de vous exposer le profil des personnes interviewées, je poursuis en vous explicitant comment se sont déroulés les entretiens et en vous restituant les différentes catégories identifiées.

1) Profil de la population enquêtée

La population enquête compte un infirmier et trois infirmières. . L'âge des participants oscille entre 31 et 52 ans. A ce jour plus aucun n'exerce en unité d'admission en tant qu'infirmier. Les professionnels de cette population travaillent tous au sein de trois EPSM différents. Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableaux suivant :

| Participants | Nombres d'années d'exercices en admission | Secteur d'exercice actuel dans une autre fonction | Lieu d'exercice |
|--------------|---|---|---------------------|
| Infirmier 1 | 6 ans | Unité admission fermée | EPSM Haut de France |
| Infirmier 2 | 3 ans | CMP adulte | EPSM Haut de France |
| Infirmier 3 | 9 ans | Unité admission fermée | EPSM Haut de France |
| Infirmier 4 | 5 ans | Unité admission fermée et maison d'arrêt | EPSM haut de France |

Tableau 1: Population enquête préliminaire

2) Déroulé des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur quatre jours successifs, à la fréquence d'un entretien par jour. Les infirmiers sont interviewés sur leur heure de pause du midi au téléphone et sur leur lieu de travail. La durée moyenne des entretiens est d'une vingtaine de minutes, aucun d'eux n'a été entrecoupé par des sollicitations autres. Les infirmiers ont pris leurs dispositions pour être pleinement disponibles et répondre sereinement à l'entretien.

3) Analyse de contenu : Les thématiques identifiées

Afin d'analyser les données, je procède à un codage qualitatif initial selon une démarche inductive afin de repérer des thématiques émergentes à partir des verbatims (Annexe 1). Les thématiques qui ressortent à l'issue de cette analyse sont ; La violence institutionnelle explicite et implicite, les conséquences psychologiques, les problèmes organisationnels, les conditions d'hospitalisation des patients et la reconnaissance professionnelle.

Le tableau ci-dessous représente ces différents thèmes qui ont émergé suite à l'analyse des données.

Tableau 2 : Analyse des entretiens préliminaires

| Sous-catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| SITUATIONS CONSIDEREES COMME VIOLENTE | | | | |
| Situations de soins | | | | |
| Contention/isolement | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Représentation du soin en psychiatrie | | | | |
| Image du soin | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Image de la psychiatrie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pathologie | | | | |
| Perception en fonction de la pathologie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Etape de la pathologie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Degrés d'intensité de la violence | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Les acteurs | | | | |
| Le destinataire de la violence | | | | |
| Patient | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Equipe/ entre collègue | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Initiateur de la violence | | | | |
| institution | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Lieux | | | | |
| A l'hôpital /symbolique | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| En unité d'admission (fermé à clé, interdiction de sortir) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Problème sociétal , entreprise | | | ✓ | ✓ |
| CONSEQUENCES DE LA VIOLENCES | | | | |
| Emotionnel/sentiment/perception | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Psychologique | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ÉLEMENTS PERMETTANT L'EVOLUTION DU REGARD/VIOLENCE | | | | |
| Temporalité | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Acquisition/ apprentissage | | | ✓ | ✓ |
| FACTEURS DECLENCHEURS OU AGGRAVANTS | | | | |
| Représentation du soignant par le patient | | | | ✓ |
| Représentation du soin par la famille/ culture | | | ✓ | |
| Banalisation des pratiques | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Privation de liberté(choix , pensé , circuler , autosoin) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Condition de travail | ✓ | | ✓ | ✓ |
| FACTEUR DE PROTECTION | | | | |
| Législation | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Bonne pratique professionnelle | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Politique d'établissement | | | ✓ | |

Le croisement des données vise à mettre en évidence les similarités et les disparités dans les éléments de discours des quatre infirmiers concernant les thématiques dégagées. Elle permet de donner une vision globale et comparative des perceptions de la violence institutionnelle en service d'admission en psychiatrie.

Chaque entretien est donc retranscrit à l'aide d'un logiciel déjà existant sur la tablette Samsung. Ensuite les données retranscrites sont vérifiées en même temps que l'enregistrement audio car il arrive que le logiciel fasse des erreurs. Ces erreurs sont corrigées au fur et à mesure. Ces entretiens sont conservés sur Drive et sous format PDF.

L'analyse des verbatims est réalisée selon la méthode d'analyse de contenu développée par Laurence Bardin, qui facilite l'identification des catégories thématiques récurrentes à partir des entretiens recueillis. Cette première étape permet d'organiser les données en grands axes thématiques, tels que les ont exprimés les professionnels de terrains, tout en préservant la richesse et la diversité de leurs perspectives.

Dans le but d'enrichir cette analyse et de permettre l'émergence d'une compréhension plus fine et plus ancrée de la violence institutionnelle, les éléments de cette analyse sont mobilisés dans une perspective inductive, en référence à la théorie ancrée développée par Glaser et Strauss.

Cette démarche qualitative a pour objectif de faire émerger du terrain des unités de sens permettant une lecture structurée du phénomène étudié. Elle s'appuie sur un travail méthodique de codage ouvert, axial puis sélectif. Elle repose aussi sur une logique de comparaison permanente, et sur un va et vient entre les données de terrain et les concepts en émergence. Elle n'impose pas de cadre théorique défini, bien au contraire la théorisation ancrée s'inscrit dans une logique qui laisse les données s'exprimer afin de révéler ce que le discours des infirmiers rend perceptible et compréhensible de la violence institutionnelle telle qu'ils la vivent et l'observent.

Dans cette optique, il est aussi pertinent de se référer à la pensée complexe définie par Edgar Morin, non pas comme une grille d'analyse prédéfinie, mais plutôt comme un outil de lecture transverse des catégories issues du terrain. Morin suggère de penser la réalité comme un système d'interactions et d'interdépendances, dans lesquelles chaque notion est à la fois partie et tout. Cette théorie appliquée à la pratique de soin en psychiatrie, favorise une compréhension de la violence institutionnelle non pas comme un événement isolé mais plutôt comme la conséquence d'une combinaison complexe de facteurs comme : les pratiques professionnelles, les obligations organisationnelles, les spécificités des pathologies prises en charge et les dynamiques de pouvoirs au niveau des équipes.

Cette approche pousse à adopter une vision holistique de la violence institutionnelle en milieu psychiatrique, en tenant compte simultanément des sphères psychologiques, relationnelles, organisationnelles et éthiques. L'analyse des entretiens présente alors un outil permettant d'illustrer la complexité du réel, d'identifier les tensions systémiques qui s'inscrivent dans l'acte de soin et d'autoriser la parole souvent tue ou banalisée. En combinant la démarche inductive de la théorie ancrée avec la pensée complexe, il devient possible de mettre en avant la réalité plurielle, évolutive et parfois paradoxale du soin psychiatrique que nous ont partagé les interviewés.

Les situations considérées comme violentes : une dynamique complexe

L'analyse des verbatims met en lumière l'identification de multiples formes de violence par les infirmiers, ancrées dans leur pratique professionnelle. Ces situations sont considérées comme violentes en partie en raison de leur intensité mais aussi en raison de leur répétition, de leur banalisation et de leur inscription dans des logiques institutionnelles.

Leur compréhension ne peut se limiter à une lecture linéaire. Elle nécessite une démarche complexe, telle que celle proposée par Edgar Morin (2005), qui incite à considérer conjointement les aspects structurels, humains et organisationnels d'un même phénomène. Les situations violentes relatées par les infirmiers s'articulent autour de quatre grands axes ; les pratiques contraignantes, les représentations du soin et de la psychiatrie, les spécificités des pathologies rencontrées et les espaces institutionnels.

Pratique coercitives répétées : entre soin et contrainte

Trois infirmiers considèrent comme violent les pratique d'isolement et de contention, s'inscrivant dans une logique de pratique quotidienne pour certains : « c'était chambre d'isolement, tu négociais pas » , « tu faisais l'injection, tu l'attacher au lit » , « souvent c'est directement chambre d'isolement, contentonné, médicalisé » . L'un d'eux met aussi en avant « j'ai vécu une situation où on a isolé et maintenu un patient ».

Bien qu'elles fassent partie du cadre médical, ces pratiques sont perçues comme une rupture dans la relation de soin, voire comme des violences institutionnelles. Selon la Haute Autorité de Santé (2020), ces pratiques ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, dans un cadre strictement réglementé et de manière proportionnée. L'usage systématique, tel que décrit par certains infirmiers, illustre une dérive institutionnelle dans laquelle les pratiques coercitives deviennent une norme.

Cette tension entre le soin et la contrainte décrite par Foucault (1975), démontre comment les institutions disciplinaires génèrent de la docilité sous couvert de protection. Le pouvoir médical, lorsqu'il est appliqué sans négociation ni considération subjective, peut générer des formes de violences institutionnelles, occultées par la légitimité des gestes médicaux.

Ainsi, il est compréhensible que les soignants questionnent le soin en psychiatrie au regard des représentations qu'ils s'en font.

Représentation du soin psychiatrique : un soin comme un autre ?

Cette analyse permet de constater que les quatre infirmiers expriment un écart entre leurs valeurs professionnelles et les pratiques de terrain en disant pour l'un d'entre eux que ce n'est pas « l'image du soin que j'avais de base ». Aussi, ils expliquent ne plus se questionner par rapport à certaines situations car « après avec la pratique... un peu moins interpellé, c'est ce qui est dramatique ».

Un infirmier en particulier témoigne de la violence perçue lorsqu'ils sont obligés « d'aller à l'opposé du soin » tel qu'il le pense, ou lorsqu'ils perdent le sens de leur pratique « je faisais pas le lien entre cette situation et le soin ».

Ces récits mettent en avant une perte de sens, qui est une spécificité du travail empêché défini par Clot (2010). Lorsque les conditions de travail ne permettent plus de se référer aux repères professionnels, les soignants éprouvent une souffrance éthique, qui peut évoluer vers une violence silencieuse ou être projetée dans la relation soignant soignée. Molinier (2005) stipule que ce contexte de « souffrance dans le care », normalement porteur de reconnaissance mutuelle, peut devenir source de tension et de désengagement.

Les représentations de la psychiatrie sont aussi décrites comme ambivalentes par les quatre infirmiers : « moi j'ai vraiment fait le carrefour entre l'ancienne et la nouvelle psychiatrie », « c'est une spécialité qui reste à part », « c'est là que j'ai découvert la psychiatrie ». Ce statut particulier, souvent mal interprété en hôpital général ou dans la société, alimente une représentation marginalisée de la psychiatrie, ce qui peut concourir à une banalisation des violences présentes dans ce contexte. Cette mise à l'écart de la discipline rejoint l'idée que Castel (2011) définit comme une évolution inachevée du secteur psychiatrique, toujours en conflit entre logique de soin et nécessité de contrôle. La psychiatrie peut être perçue comme un espace de gestion des écarts plus qu'un environnement de soin humaniste.

La pathologie psychiatrique

Tous les infirmiers interrogés stipulent que les situations impliquant un patient en phase aiguë ou en décompensation peuvent être teintées de violence : « un usager en décompensation a étranglé un collègue », « la phase aiguë elle peut être compliquée », « c'était un schizophrène... on allait vraiment par la force pour mettre au bain ».

Deux infirmiers soulignent la difficulté de cohabitation de troubles différents au sein d'une même unité : « des patients hospitalisés pour burn-out ou dépression se retrouvent avec des patients carrément en décompensation psychotique », « c'était une unité de psychiatrie mais ils accueillent des patients qui étaient déficients ».

Cette hétérogénéité des prises en soins, conjointe à une imprévisibilité des comportements, peut être à l'origine d'un climat de tension, amplifiée par l'absence ou l'impossibilité de prise en compte des spécificités cliniques dans certains lieux d'hospitalisation. Groleau et Da Silva Guerreiro (2019) mettent l'accent sur le fait que les actes d'agressions en psychiatrie sont souvent précédés de signes précurseurs passant inaperçus auprès des équipes soignantes et que les stratégies de prévention et de contrôle de la violence reposent sur une lecture fine de la dynamique relationnelle et symptomatique. La violence apparaît aussi dans un contexte où la compétence collective est fragilisée.

Les quatre infirmiers interrogés mentionnent également l'intensité de certaines situations violentes, rapportées comme « très violentes », « c'est violent », « situation qui peut

vite tourner au vinaigre » ou encore « menant à des situations de grande violence », illustrant ainsi le caractère parfois extrême de ces épisodes.

De plus certains patients sont susceptibles, au regard de leurs pathologies, d'être stigmatisés : « certains patients peuvent être stigmatisés lorsqu'ils sont en état d'éthylisation », ou encore « un patient qui venait du pénitencier... c'était chambre d'isolement direct ». Ces décisions, appliquées en fonction des représentations ou d'anticipations comportementales, mettent en lumière une réserve institutionnelle. Elles font partie intégrante d'un processus de tri implicite des patients en fonction d'une dangerosité supposée ou de leur profil social.

Foucault (1975) définit ce mécanisme comme une approche de « surveillance », dans laquelle le pouvoir s'exerce par la force mais aussi par l'assignation de place, de statuts et de facteurs de risques dans l'organisation. Pour Hirigoyen (2001), ce type de stigmatisation, parfois silencieuse, représente une stratégie défensive du collectif, mise en place par les équipes afin de se protéger d'un sentiment de vulnérabilité organisationnelle ou d'impuissance. Elle concourt cependant à entretenir un climat de suspicion qui favorise la violence institutionnelle.

Les lieux vecteurs de violence

Tous les infirmiers identifient aussi le cadre architectural et organisationnel comme pourvoyeur de violence. Les unités d'admissions sont notamment qualifiées comme plus violentes que les maisons d'arrêt : « en maison d'arrêt... je ne l'ai pas vécu aussi violent qu'en unité d'admission fermée ». Le regroupement de malades aux pathologies différentes au sein d'espace clos est aussi mis en avant : « il y a des patients... hospitalisés qui sont parfois regroupés dans des unités temps plein, il y a des pathologies différentes ».

Ces éléments s'inscrivent dans une perspective critique des formes spatiales du soin. Pour Lefebvre (1974), l'espace loin d'être neutre, est généré socialement et témoigne de rapport de pouvoir. L'unité d'admission fermée devient un espace de contrôle, où la finalité soignante est conditionnée par la gestion de flux, de comportement et de maîtrise des risques.

Augé (1992) évoquerait dans ce contexte un « non-lieu », autrement dit un espace strictement rationalisé, vidé de toute dimension humaine entravant l'instauration d'une relation thérapeutique. Dans ces conditions, l'hôpital perd sa vocation soignante au profit d'une organisation dominée par une tension institutionnelle permanente.

Symbolique de l'hôpital

L'hôpital est marqué par une symbolique forte au sein de la société. Pour les soignants, en particulier en début de carrière, il est fréquemment perçu comme un lieu de protection, de soin et de bienveillance. Cette représentation de départ s'inscrit dans un idéal d'un environnement à vocation de relation d'aide, comme l'explique cet infirmier « un service d'admission c'est d'abord l'accueil du patient ». Toutefois, cette vision se heurte parfois à une réalité de terrain marquée par des pratiques coercitives, des logiques sécuritaires et une organisation orientée sur le contrôle des comportements. Un infirmier met en avant ce

décalage : « On se rend compte que particulièrement à l'hôpital, on peut être violent » , alors qu'un autre met en lumière la distance conditionnée par l'organisation « c'est la relation du service public » . Ces verbatims mettent en évidence un certain décalage face à un lieu qui bien que orienté sur le soin peut aussi être teinté de tension relationnelle et organisationnelle.

Cette évolution du lieu de soin vers une logique de contrôle s'inscrit dans les observations de Michel Foucault (1975), pour qui les institutions concourent à une logique de pouvoir s'appuyant sur la surveillance, l'enfermement et la standardisation des individus. A travers un agencement et une logique de fonctionnement, les établissements psychiatriques assignent des rôles, régulent les comportements et encadrent la relation soignant-soigné.

Par ailleurs, Marc Augé (1992) définirait ces environnements de « non-lieux » , c'est-à-dire des lieux standardisés, anonymes et fonctionnels, privés de tout aspect identitaire ou relationnel. Le service psychiatrique se transforme en un espace où la subjectivité du patient est mise à distance, et où la relation de soin fait face à une organisation marquée par les obligations sécuritaires et de rendement.

Ainsi, la symbolique de l'hôpital se révèle empreinte d'ambivalence ; environnement de soin dans les intentions mais qui peut être perçu comme un lieu d'assignation et de contrainte. Cette ambivalence nourrit un contexte organisationnel dans lequel la tension devient structurelle et le soin s'efface au profit d'une rationalisation des pratiques.

Les acteurs de la violence institutionnelle : approche systémique approfondie

L'analyse des verbatims met en évidence que la violence institutionnelle n'est pas attribuable à un seul élément, mais relève d'une approche relationnelle, collective et structurelle. Les infirmiers interviewés mettent en avant des violences qui transitent entre les différents niveaux du système ; notamment des soignants vers les patients, entre les professionnels et de l'institution vers ses agents. Cette approche systémique à plusieurs niveaux fait apparaître l'intrication complexe des responsabilités et la difficulté à appréhender la violence comme un acte isolé.

La violence des soignants envers le patient

Les quatre infirmiers reconnaissent des pratiques qui peuvent être perçues comme violentes envers les patients : « On allait vraiment par la force pour mettre au bain tu vois » , « du soignant vers le patient » , « n'empêche qu'on se sent violent envers les patients » , « que ça a pu les heurter ».

Les interviews révèlent une interrogation éthique, liée au décalage entre les valeurs soignantes et la réalité des pratiques parfois coercitives conditionnées par le contexte. Pour Christophe Dejours (1998), ces situations mettent en lumière une « banalisation de l'injustice sociale ». Lorsque l'institution soutient une logique de gestion et de rationalisation qui sont

parfois en décalage avec les valeurs de la discipline, les soignants doivent dans certains contextes réaliser des actes qu'ils jugent difficilement acceptables, tout en dissimulant leur malaise interne. Cette dissonance est la cause d'une souffrance non dite et, est qualifiée par Dejours (1993) comme une « souffrance éthique ».

Le recours à la contrainte corporelle, notamment lorsqu'elle est reproduite sans interrogation clinique, agit comme un symptôme de ce déni institutionnel. L'acte violent s'inscrit comme un compromis entre la responsabilité ressentie et l'absence d'alternative perçue, faute de temps, de soutien ou de moyens. La culpabilité formulée par les infirmiers témoigne de leurs difficultés à préserver une logique éthique.

La violence entre collègues

Les quatre infirmiers interviewés mettent en avant la présence de tensions au sein des équipes : « Un collègue se fait étrangler... et le lendemain, aucune reprise », « Quand on veut créer des projets et qu'on n'est pas valorisé », « ils testent les nouveaux... si ça prend pas, ça prend pas, et à partir de là tu souffres », « la violence entre soignants », « peut nous amener à être violent entre nous ».

Ces témoignages illustrent un climat chargé de tensions, voire parfois d'hostilité silencieuse entre collègues. Pour Marie Pezé (2011), ces manifestations s'inscrivent dans la « violence ordinaire au travail » : il s'agit d'une violence insidieuse, chronique, faite de dévalorisation, d'exclusion, d'absence de valorisation. Elle met en avant que l'absence de reprise collective post événement amplifie le sentiment d'abandon et d'insécurité morale au sein des équipes.

Vincent de Gaulejac (2005) va plus loin en mettant en évidence la responsabilité de l'approche managériale dans la déstructuration des équipes ; les contraintes de rentabilités, l'individualisation des performances et la suppression des espaces d'expression altèrent les repères communs. Les professionnels se transforment alors en concurrents, assistant passivement à la dégradation de l'autre, en raison de l'absence de dispositif pour analyser et apaiser les tensions.

L'institution comme source de la violence

Trois infirmiers attribuent à l'institution une responsabilité ou une participation au processus de violences qui se déroulent en son sein : « Il n'y a pas forcément de remplacement... ça peut accroître les tensions », « de l'institution sur les équipes soignantes », « la violence de l'institution ».

François Dubet (1994) étudie ces formes de dysfonctionnement comme symptômes du « déclin de l'institution » : les établissements ne remplissent plus le rôle de régulation, de cohésion et de définition des valeurs. Ils se limitent à faire face à la pénurie ou aux urgences à défaut de construire une organisation stable. Ce vide engendre une forme d'épuisement symbolique chez les soignants, qui n'ont plus de repère afin de juger de la qualité de leur travail.

Claude Veil (2011) définit la notion de « vulnérabilité institutionnelle » ; lorsqu'un établissement n'assure plus de repère stable ni de soutien symbolique, il provoque chez les professionnels de santé une altération du sentiment d'utilité et de capacité d'agir. Il ne s'agit pas d'une vulnérabilité personnelle mais plutôt liée au contexte. Elle prend racine dans l'impossibilité d'avoir prise sur une organisation qui agit sans concertation et impose sans discussion.

Ainsi les situations considérées comme violentes par les infirmiers mettent en lumière une réalité bien plus complexe qu'un simple dysfonctionnement isolé. Elles s'intègrent dans une dynamique institutionnelle, souvent automatisée, qui occulte la violence, la rendant acceptable, voire nécessaire à la stabilité organisationnelle. Comme le stipule Dejours (1998), cette violence devient d'autant plus insidieuse qu'elle se banalise, intériorisée par les soignants et non reprise en équipe.

Dans ce contexte, le point de vue complexe d'Edgar Morin (2005) est incontournable car il permet de mettre en relation les composantes individuelles, relationnelles et symboliques du soin, sans dissocier les actions de leur contexte. Cette démarche rejoint les définitions de Dubet (1994) et Veil (2011) qui soulignent la perte d'un cadre symbolique et la vulnérabilité des institutions à gérer les tensions qu'elles produisent.

Afin d'avoir une analyse plus fine, il est nécessaire de s'interroger sur ce qui est susceptible d'alimenter cette violence. Car si elle est perçue, parfois reproduite, la violence institutionnelle s'inscrit aussi dans une dynamique d'éléments déclencheurs. C'est ce que je vais explorer à travers l'analyse des facteurs déclencheurs ou aggravants, tels qu'ils sont exprimés par les professionnels de santé.

Facteurs déclencheurs ou aggravants de la violence institutionnelle

L'analyse des verbatims favorise l'émergence de plusieurs facteurs déclencheurs ou aggravants de la violence institutionnelle en psychiatrie. Ces notions sont issues, pour rappel, des entretiens de 4 infirmiers et se divisent en cinq sous catégories thématiques. Ces dernières font écho à des réalités que les personnels soignants perçoivent comme relevant de dynamiques systémiques, dans lesquelles la violence institutionnelle s'exprime comme une composante du fonctionnement ordinaire de l'institution.

Entre représentations sociales et défiance

Deux infirmiers mettent en avant les représentations négatives associées à leur fonction de soignant, notamment dans des contextes de patients souffrant de troubles psychotiques : « Pour les patients en décompensation par exemple, et bien on va représenter parfois, on va représenter peut-être l'autorité, on va peut-être représenter quelque chose de négatif, on peut représenter le mal dans son délire » ; « Je pense qu'entre en jeu sa culture ... Certains membres de sa famille n'adhèrent pas aux thérapeutiques classiques ».

Les discours tenus traduisent une distorsion de la relation soignant-soigné, nourrie par des représentations issues d'une élaboration antérieure, en majeure partie influencée dans un contexte extra hospitalier. Pour Jodelet (2003), les représentations sociales ne se réduisent pas uniquement à des opinions, elles sont des systèmes de pensée collectifs, socialement ancrés, qui modèlent les conduites individuelles et collectives. Dans ce contexte le personnel soignant devient l'incarnation d'un pouvoir extérieur, considéré comme menaçant, ce qui exacerbe les tensions et ce dès le début de la relation. La perception du patient, mais aussi celle de la famille, se teinte de soupçons, de stéréotypes ou de méfiances, impactant négativement les possibilités de co-construction de la relation de soin.

Banalisation des pratiques

Les quatre infirmiers stipulent que des pratiques coercitives qui, bien que invasives et potentiellement marquantes, ont tendance à être systématisées et s'inscrivent ainsi dans le fonctionnement quotidien du service : « c'était des choses qu'on faisait », « souvent c'est directement chambre d'isolement, contentionné, médicalisé », « que ce soit pas forcément repris que ce soit banalisé ». Enfin, un des infirmiers replace cette dynamique d'un point de vue historique, en mettant l'accent sur le fait que « l'usage des pratiques a été largement banalisé au fil du temps ».

Le recours aux pratiques coercitives sans concertation ni réflexion clinique, mettent en lumière une dynamique de banalisation de la violence institutionnelle. De ce fait, elle n'est plus interrogée comme une option thérapeutique, mais plutôt vécue comme une obligation fonctionnelle faisant partie de la routine de soin. Cette normalisation s'intègre dans un contexte de tension entre l'obligation d'agir et les valeurs soignantes créant ce que Christophe Dejours (1993) appelle « souffrance éthique ». Cette souffrance prend racine dans l'écart entre ce que le soignant reconnaît comme juste et humain et les gestes qu'il doit réaliser parfois malgré lui dans un cadre institutionnel rigide et normatif.

Lorsque cette tension reste tue, elle s'ancre dans le corps et dans les pratiques, jusqu'à constituer un mécanisme de défense psychique. Dejours (1993) caractérise ce processus de « stratégies subjectives de survie au travail ». Il permet aux soignants de continuer leur exercice en dépit de la violence qu'il subit ou reproduit. Cette adaptation peut avoir comme conséquence une désensibilisation émotionnelle progressive qui affaiblit les capacités de vigilance éthique. Ce phénomène peut contribuer à une usure mentale qui se définit comme dégradation progressive de la capacité à penser son travail et à une perte de sens. Ainsi cette violence institutionnelle devient une composante ordinaire du soin, faute de remise en question collective.

Privation de liberté

La privation de liberté peut être d'ordre physique, décisionnelle ou symbolique et apparaît aussi comme un facteur transversal. Les quatre infirmiers décrivent une réalité institutionnelle dans laquelle les patients se voient souvent privés de leur autonomie : « service

qui est fermé à clé ou les patients ne peuvent pas sortir sans autorisation », « on va choisir pour lui », « de leur imposer ce que nous avons envie qu'ils portent ou ne portent pas », « T'avais une patiente qui voulait pas manger... elle restait devant l'assiette ». Ces propos mettent en lumière une privation du patient de ses choix les plus élémentaires, à l'origine de frustration, repli ou agressivité.

Goffman (1968), dans son ouvrage *Asiles* considère cette dynamique comme spécifique aux institutions totales. Il les définit comme des lieux de résidence et de travail fermés, dans lesquels un nombre important d'individus vivent coupés du monde pendant une période significative de leur existence. L'activité y est organisée en fonction d'un emploi du temps unique et rationnel, sous l'égide d'une autorité centrale. Dans ces circonstances, les individus internés subissent ce que Goffman qualifie de « mort civile » ; consistant en une perte de statut, d'intimité et de contrôle sur sa propre vie. Ce processus favorise la désobjectivation, générateur de conditions propices à l'apparition de comportements violents que l'institution tend à médicaliser ou punir.

Conditions de travail et contraintes organisationnelles

Les contraintes de l'organisation du travail sont aussi évoquées dans les différents témoignages. Trois infirmiers décrivent un quotidien influencé par l'intensification des tâches, le déficit de personnel et la nécessité de pallier aux absences : « On est régulièrement en sous-effectif », « dû à un effectif restreint donc automatiquement ça découle sur une prise en soin de moins bonne qualité », « En unité d'admission, on est beaucoup sollicité par les patients ». Ces éléments mettent en lumière une surcharge structurelle, qui complexifie l'exercice du soin.

Clot (2010) définit cette notion comme « un travail empêché » : le professionnel n'a plus la possibilité d'exercer en fonction des critères de qualité auxquels il adhère, ce qui génère un conflit interne entre ces actions et ce qu'il voudrait réellement faire. Ce décalage ne peut pas être considéré comme un inconfort car il est à l'origine d'une altération de la motivation, de l'engagement et du lien au collectif. Clot (2010) insiste aussi sur la nécessité d'engager une réflexion concernant « le travail réel » à travers des groupes de travail dans lesquels les soignants pensent et transforment leur activité, faute de quoi la violence institutionnelle s'installe et se perpétue.

Représentations sociales et relation de soin

Un autre facteur se révèle dans les représentations sociales qui entourent les soins psychiatriques. Deux infirmiers mettent en avant le fait que les patients ou leurs familles peuvent avoir des représentations fortement négatives de l'institution et des soins psychiatriques : « On va peut-être représenter quelque chose de négatif, on peut représenter le mal dans son délire », « Je pense qu'entre en jeu sa culture ... Certains membres de sa famille n'adhèrent pas aux thérapeutiques classiques ».

Ces représentations qui peuvent être issues de l'histoire du patient ou d'une stigmatisation sociale persistante, viennent altérer la relation de soin. Pour Jodelet (2003), les représentations sociales sont des savoirs construits et répandus au sein du groupe. Elles ont une

fonction pratique de lignes directrices dans l'environnement social et s'inscrivent au sein des interactions, influent sur la perception de l'autre et orientent les conduites. En psychiatrie, ces représentations jouent un rôle important car elles influencent le climat relationnel, la qualité de l'alliance thérapeutique et sont susceptibles d'être à l'origine de défiance ou de peur.

Une violence sociétale

Enfin deux infirmiers inscrivent ces constats dans une perspective plus globale, associant la violence vécue en psychiatrie dans le prolongement de celle du monde du travail : « on ne peut pas étiqueter l'institution hospitalière comme violente parce que ça se retrouve dans le monde du travail en général », « au-delà ça je pense que la société est déjà violente ». Ces remarques rejoignent les travaux de Fassin (2018), qui perçoit dans les institutions de soins des lieux thérapeutiques mais aussi des lieux de gestion sociale. Dans sa démarche critique, il démontre comment la santé publique, sous l'égide de rationalité médicale, est aussi imprégnée de logique de contrôle, de tri et parfois d'exclusion.

Dans ce climat, la psychiatrie est un contexte sensible qui centralise des tensions entre le soin, la sécurité et l'ordre social. La violence institutionnelle s'inscrit dans une logique systémique plus large de « gouvernement des vies fragiles », dans laquelle les infirmiers peuvent être acteurs et témoins impuissants d'un système qui les dépasse.

Ainsi les entretiens mettent en évidence que la violence en psychiatrie n'est pas le fruit d'événements ponctuels, mais découle d'une dynamique institutionnelle et organisationnelle profonde. Des éléments comme la stigmatisation, la surcharge de travail, la banalisation des pratiques ou l'érosion du lien collectif reflètent une dégradation progressive du cadre soignant.

Selon Dejours, cette violence illustre une souffrance au travail en lien avec les contradictions entre les valeurs soignantes et les contraintes auxquelles ils sont soumis. Clot vient approfondir cette notion en parlant de « travail empêché », à l'origine de désengagement et de pratique automatisées. Fassin élargit cette analyse en démontrant que l'institution psychiatrique ne fait que reproduire les violences issues de la société. Goffman quant à lui insiste sur la rigidité des rôles au sein de ses lieux clos, favorisant une sorte de banalisation de la violence. Enfin Jodelet met en évidence l'impact des représentations sociales sur la relation de soin. L'ensemble de ces éléments illustrent la manière dont la violence institutionnelle se développe et se perpétue, mettant en lumière un conflit permanent entre contraintes organisationnelles et les valeurs soignantes.

Ce processus, violent, une fois enraciné dans les pratiques et les institutions, engendre des effets délétères : il marque les soignants dans leurs vécus, leurs implications et leurs perceptions du soin, comme l'illustre les répercussions qu'ils évoquent au cours des entretiens.

Les conséquences de la violence institutionnelle

L'analyse des verbatims recueillis permet aussi de mettre en lumière une série de répercussions profondes de la violence institutionnelle sur les infirmiers exerçant en psychiatrie. Ces conséquences impactent à la fois le vécu émotionnel et la construction

professionnelle. Elles sont délétères sur la capacité à entrer en relation, trouver du sens au travail et maintenir une cohérence dans l'engagement soignant. Trois axes principaux émergent : l'impact émotionnel, la fatigue psychique et la perte de repères professionnels.

L'impact émotionnel

Les quatre infirmiers décrivent un ambiance émotionnelle pesante, corrélée à la fréquence des tensions et à l'atmosphère générale du cadre professionnel. Deux infirmiers évoquent une « ambiance anxieuse », d'un environnement où s'expriment « la peur » et « le doute », ou encore d'un sentiment d'impuissance face à une prise en soins qu'ils estiment délétère « dû à une charge de travail ».

Ce type de vécu s'inscrit dans ce que Dejours (1993) qualifie « d'usure mentale » : un épuisement qui est en premier lieu psychique, résultant d'un désaccord entre les valeurs professionnelles et les tâches accomplies. Pour Dejours, cette usure trouve ses origines dans une tension permanente entre le travail prescrit et le travail réel. En l'absence d'espace de parole ou de régulation collective afin d'exprimer cette dissonance, la souffrance évolue pour devenir silencieuse et finit par se manifester à travers le corps et dans la relation.

La fatigue psychique

Cette fatigue psychique, mise en avant par les infirmiers, s'exprime également à travers des expressions de détresse plus intimes : « tu souffres », « je ne comprenais pas », « cette fatigue psychique peut nous amener à être violent », « On sent un épuisement des professionnels » ou encore « on avait besoin d'être entendus ». Ces dires traduisent un sentiment d'isolement, une perte de sens et une surcharge émotionnelle qui impacte de façon négative la capacité, pour le professionnel, à maintenir une posture contenante.

Hirigoyen (2001) définit ce processus dans le champ du travail social comme une souffrance profonde, souvent en lien avec un écart entre les attentes relationnelles du métier et les ressources institutionnelles pour y répondre. Cette souffrance s'exprime à travers la perte de reconnaissance, la difficulté de parler de ses émotions dans un cadre serein, et parfois dans une forme de désengagement professionnel. Hirigoyen met l'accent sur le caractère insidieux de cette violence : il ne s'agit pas d'une agression directe, mais plutôt d'une accumulation de micro-violences, de non-dits et de déni institutionnel, qui entraîne vers une perte de sens.

La perte de repères professionnels édificateurs

Une autre conséquence marquante de la violence institutionnelle concerne la désillusion professionnelle. Cette impression d'échec se retrouve dans plusieurs discours, comme par exemple un infirmier qui exprime un certain questionnement empreint d'ambivalence : « Est-ce que c'était mieux ou pas ? Avec du recul je pense pas ». D'autres relatent des hospitalisations vécues comme un échec engendrant un « épuisement des professionnels ». Ces propos témoignent d'une perte de sens professionnel mais aussi à une altération de son identité professionnelle et personnelle. Linhart (2005) définit cette notion à travers le concept de «

désidentification au travail ». Selon elle, dans un environnement marqué de tensions organisationnelles, de restructurations permanentes et de paradoxes organisationnels, les professionnels sont pris dans un processus de désencrage identitaire. Les investissements personnels, souvent très importants dans les métiers soignants, se confrontent à l'impossibilité d'exercer comme ils le désirent. Cette fracture peut être à l'origine d'une perte d'estime de soi, un repli ou d'un rejet du métier.

Enfin, la violence institutionnelle amène les professionnels de santé à mettre en œuvre des stratégies de repli, jusqu'à provoquer un détachement émotionnel. Cette protection psychique peut évoluer vers un mécanisme d'adaptation ou intérioriser, comme le stipule un infirmier qui rapporte « cette fatigue psychique peut nous amener à être violent », ou encore « on avait besoin d'être entendus ». Ces propos illustrent une fragilisation du lien au travail, ou la dynamique de soin s'éteint peu à peu tandis que les affects sont mis à l'écart pour tenir. Hochschild (1983) définit ce processus qu'il appelle le travail émotionnel : il s'agit de l'effort fourni par les professionnels soignants afin de simuler ou refouler des émotions avec pour objectif de se conformer aux exigences institutionnelles ou relationnelles. Lorsque cette dynamique se chronicise et n'est pas accompagnée, elle peut engendrer une dissonance affective et un épuisement psychique, qui affecte la relation de soignant soigné et les capacités à se mobiliser dans le soin.

Ainsi, la violence institutionnelle en psychiatrie ne se résume pas à une dégradation des pratiques ou à une défaillance organisationnelle ; elle impact profondément l'identité du soignant, son bien être psychique et sa capacité à s'investir dans une relation de soin authentique. Elle oblige les soignants à ajuster leurs affects et à refouler leurs émotions (Hochschild, 1983). Ils fonctionnent donc dans une forme de dissonance éthique ou les repères professionnels deviennent flous. Cette souffrance, souvent silencieuse et banalisée, comme l'ont expliqué Dejours (1993) et Hirigoyen (2001), peut engendrer un repli sur soi-même ou une perte de sens. Pour Linhart (2005) la « désidentification professionnelle », constitue un tournant entre l'investissement initial et les conditions réelles d'un travail empêché.

Cependant ces atteintes qui fragilisent la posture soignante ne sont pas forcément irréversibles. Pour plusieurs infirmiers elles sont à l'origine d'un changement de regard professionnelle à travers une remise en question de certaines pratiques, un besoin de cohérence rétablie et une quête de sens durable.

La partie suivante met l'accent sur l'exploration de cette approche évolutive, à travers les témoignages des infirmiers qui évoquent une transformation de leur perception de cette violence, en tenant compte de leur expérience, de la formation continue et de la réflexivité professionnelle.

Évolution du regard face à la violence

Les propos recueillis auprès des professionnels démontrent que la perception de la violence institutionnelle est en perpétuelle évolution et qu'elle n'est pas homogène. Elle évolue

en fonction du temps, des expériences vécues, des formations reçues et de la maturité professionnelle.

Ce changement de perspective est le fruit d'un processus d'apprentissage continu, au cours duquel les soignants ajustent leur positionnement, redéfinissent leurs repères, et acquièrent des capacités à appréhender la complexité des situations qu'ils rencontrent. Deux processus principaux se distinguent ; la maturation professionnelle qui s'opère au fil du temps et par l'expérience professionnelle d'une part et d'autre part une montée en compétence par l'acquisition connaissance et de compétences professionnelles.

Evolution en lien avec le temps, l'expérience et la prise de recul

Les quatre infirmiers interviewés évoquent une modification du regard en lien avec l'ancienneté ou à leur expérience professionnelle. L'un d'eux explique : « ça fait 15 ans que j'ai travaillé principalement en psychiatrie donc du coup une évolution ou j'ai découvert euh qu'un soin pouvait être violent ». Propos qui met en lumière la façon dont certaines pratiques de soin, autrefois considérées comme allant de soi, peuvent susciter des remises en questions lorsqu'elles sont confrontées à une expérience professionnelle approfondie et objectivée.

Un second infirmier stipule : « Maintenant tu te rends compte que les prises en charge ouais t'écoute plus le patient tu fais attention et tout ça ». Cet ajustement de posture professionnelle est le signe d'une transition d'une exécution automatique à une posture plus réflexive, incluant l'écoute comme valeur centrale du soin.

Le troisième infirmier évoque une tension constante entre les actions imposées par le contexte et une réflexion éthique à posteriori : « Est-ce que c'était mieux ou pas... avec du recul je pense pas mais certaines situations de patient incurie pendant 15 jours, y a un moment faut qu'il se lave quoi. Avec la force peut-être pas mais essayer de trouver des alternatives. Mais ... lesquelles ? ». Cet élément de réponse illustre une dissonance entre obligation et valeurs soignantes, symptomatique des conflits éthiques en psychiatrie.

Un infirmier fait référence à une continuité propre à la discipline : « la psychiatrie a une histoire et je pense que si on remonte dans l'histoire je pense que les situations étaient encore plus violentes qu'aujourd'hui on est quand même sur une évolution ». Cette prise de recul reflète une réflexion critique du passé disciplinaire, dans laquelle l'évolution des pratiques est considérée comme une avancée, en dépit des résistances institutionnelles.

Ces notions sont en accord avec la pensée de Castel (2011), pour qui la psychiatrie moderne se trouve tiraillée entre deux logiques : celle des soins et celle de la maîtrise des risques. Il met en avant que la psychiatrie actuelle n'est pas linéaire, mais teintée de tensions permanentes entre les droits des patients et les obligations sécuritaires. Cette double approche est le terreau propice à la normalisation de certaines violences, parfois légitimées par la gestion ou la prévention des crises. Ainsi, l'infirmier, grâce à une prise de recul sur son parcours, est confronté à ses paradoxes historiques, qu'il apprend à reconnaître, analyser, voire à les remettre en question dans ses pratiques quotidiennes. L'évolution du regard prend ici la forme d'un acte

critique, qui autorise la rupture avec la simple reproduction d'actes prescrits et offre plus de flexibilité dans l'interprétation et l'action.

Enfin, un infirmier résume cette dynamique d'évolution par la simple allusion au « parcours professionnel », indiquant que cette prise de conscience ne se limite pas simplement à un discours formatif, mais également d'une évolution personnelle, ancrée dans les expériences et les dilemmes vécus.

Ce point de vue rejoint la notion de travail subjectif du professionnel de santé définie par Molinier (2005). Pour cette dernière, le travail du « care » ne se limite pas seulement à un travail relationnel ou technique, il requiert un investissement personnel. L'évolution du regard concernant la violence s'intègre dans une dynamique entre implication émotionnelle et exigence éthique. Elle sous-entend que le soignant soit en capacité d'accueillir ses doutes, ses émotions et ses contradictions, et qu'il trouve au sein d'un cadre réflexif, les ressources nécessaires pour les penser et les ajuster.

La formation et l'acquisition de compétences comme catalyseur de transformation

Deux infirmiers mettent en lien cette évolution de posture professionnelle avec la formation continue et le développement de compétences. L'un met en avant qu'il est nécessaire « que les professionnels aient une formation ... enfin que régulièrement ils se mettent un petit peu au courant des nécessités de compétences qu'ils doivent acquérir » et que cela peut se faire grâce à la « formation OMEGA tout ce qui est formation en addicto ... ». Cette relation directe entre apprentissage et changement de regard professionnel met en évidence l'importance des apports théoriques et méthodologiques dans le développement d'une posture professionnelle s'appuyant sur une clinique éthique.

Ils insistent aussi sur le développement d'une expertise spécifique au domaine de la psychiatrie : « j'ai approfondi mes connaissances en psychiatrie », « il faut des personnes qui soient sensibilisées à la psychiatrie et qui soient experts dans la pathologie, dans les traitements, dans les choses à mettre en place, dans le savoir être, dans le savoir-faire avec les patients ».

Ces propos corroborent l'approche de Tardiff (2006), pour qui la compétence est un processus dynamique, adapté au contexte et toujours en développement. Il la caractérise comme la capacité à mobiliser un ensemble de ressources pertinentes ; cognitives, affectives, techniques, éthiques dans un contexte donné, afin de répondre de façon adéquate aux exigences complexes. Concernant la violence institutionnelle, cela requiert des connaissances cliniques mais aussi une analyse critique du contexte, une maîtrise émotionnelle et la capacité à collaborer dans des cadres souvent restrictifs.

Ainsi la formation n'est pas un simple ajout de connaissances, elle est constitutive de la vision professionnelle. Elle favorise l'élargissement du champ des possibles, l'adaptation de la posture et l'exploration des alternatives là où sans fondements théoriques, il ne resterait que des gestes de contrôle ou de repli.

Ainsi l'évolution du regard professionnel des soignants en psychiatrie est ancrée dans une approche de réflexion continue dans laquelle l'expérience et la formation tiennent un rôle important dans l'ajustement de la posture professionnelle. Tardiff (2006) explique que la compétence professionnelle est un processus en constante évolution, qui s'appuie sur l'intégration de ressources cognitives, affectives, techniques et éthiques ajustées à la situation. Cette démarche illustre la façon dont les infirmiers, en analysant leur parcours, peuvent faire évoluer leurs pratiques quotidiennes, en particulier face aux violences institutionnelles. Le travail personnel du professionnel, tel que stipulé par Molinier (2005), est au centre du processus d'évolution, dans lequel l'implication émotionnelle et l'exigence éthique se rejoignent afin d'offrir une prise en soin plus réflexive et ajustée.

Cette approche évolutive, dans le regard professionnel et la réflexivité sur les pratiques, se coordonne avec les facteurs protecteurs, qui tiennent un rôle central dans le soutien des infirmiers confrontés aux tensions et défis quotidiens. Ces facteurs de protection, sont à la fois législatifs, organisationnels et sont le résultat de bonnes pratiques professionnelles. Ils offrent un cadre de soutien essentiel afin de conserver l'équilibre des soignants tout en garantissant une bonne qualité des soins.

Les facteurs de protection face à la violence institutionnelle

Les participants émettent des propos qui mettent en évidence plusieurs éléments identifiés comme protecteurs face à la violence institutionnelle. Ces leviers, bien que variés, se rejoignent autour d'une même fonction. Il s'agit de préserver l'équilibre psychique et émotionnel, restaurer le sens au travail et soutenir la posture professionnelle dans un contexte contraignant. Trois grandes sous-catégories émergent : le cadre législatif et réglementaire, les bonnes pratiques professionnelles et le soutien institutionnel.

Le cadre législatif comme ancrage structurant

Trois infirmiers évoquent la fonction protectrice des règles juridiques et administratives, qui régissent les pratiques et préviennent les abus. Certains évoquent le droit des patients au travers d'une terminologie telle « leurs droits », « tribunal », « avocat » et ce qui est mis en place afin d'encadrer le recours aux mesures coercitives comme « beaucoup de législation qui sont apparues par rapport à la mise en contention et en isolement et qui du coup conditionnent fortement les mises en contention et isolement ».

Un infirmier fait lui référence au droit du salarié : « quand tu vas demander à un professionnel s'il peut revenir sur un repos, sur un congé ... un congé il a pas le droit ... », « ... demander à quelqu'un de faire des contre postes tu sais alors que tu vois au niveau de la législation c'est ... c'est enfin ».

Ces verbatims montrent que les infirmiers trouvent dans le cadre juridique une protection contre l'arbitraire et l'injustice. La référence aux lois, aux droits, aux missions de l'avocat ou du juge, mais aussi à la législation régissant la contention, met en évidence un besoin de cadre structurant afin de se préserver dans un contexte parfois perçu comme flou et désorganisé.

Les textes de lois et administratifs sont nombreux et il m'est impossible de les évoquer tous, cependant je fais référence aux textes en lien avec les dires des infirmiers.

Ainsi plusieurs textes juridiques renforcent ce besoin de repères. Comme la **loi n°2002-303 du 4 mars 2002**, dite *loi Kouchner*, constitue une base fondamentale : elle reconnaît et protège les droits individuels des patients. Notamment sa dignité, le consentement, le droit d'être informé qui sert de référence aux professionnels de santé afin d'adapter des postures de respect et de dialogue, y compris vis-à-vis de l'institution.

D'autre part, le code de la santé publique régit rigoureusement les hospitalisations sous contraintes (Art L.3211-1 et suivants). Il conditionne clairement les évaluations médicales, les durées de maintien, les droits des patients et les voies de recours. Ce cadre garantit une double protection juridique, d'une part pour le patient et d'autre part pour les professionnels qui y trouvent un repère afin d'éviter toutes décisions prises de manière arbitraire ou précipitée.

De même, l'isolement et la contention sont régies par la loi de modernisation du système de santé (2016), renforcée par les recommandations de l'HAS (2020). Ces textes précisent que ces pratiques doivent rester des mesures d'exception, nécessitent une traçabilité rigoureuse et font l'objet d'évaluations régulières. Ce cadre législatif est une ressource pour les professionnels de santé qui leur permet de structurer collectivement le recours à ces pratiques tout en évitant leur banalisation.

Enfin, les conditions de travail des infirmiers sont encadrées par le code du travail, notamment en ce qui concerne les temps de repos, de récupération, de droit au congé et de prévention des risques psychosociaux. Les infirmiers qui abordent le sujet des contres postes imposés ou les rappels sur les jours de repos, font allusion de manière implicite à ces textes. Comprenant la prévention des surcharges de travail, de la fatigue professionnelle et des tensions issues de l'organisation de service.

L'ensemble de ces textes juridiques n'assure pas forcément une application uniforme, mais il représente une base de protection sur laquelle les professionnels de santé peuvent s'appuyer, afin de soutenir une position éthique, de mettre en questions certaines injonctions ou pour accroître leur légitimité professionnelle dans des contextes de tension.

Les pratiques professionnelles au service de la relation

Les quatre infirmiers reconnaissent des aspects de leur pratique professionnelle comme un outil de prévention ou de régulation de la violence. Certains aspects sont orientés vers le collectif tandis que d'autres sont plus en lien avec le relationnel interpersonnel et à la dynamique de coopération : « la valorisation du référent médical est importante » , « Les équipes en psychiatrie s'entraident... se soutiennent et heureusement » , « Collaborer ».

Dans les discours, d'autres éléments de cette pratique professionnelle sont orientés sur la relation de soin : « Maintenant, c'est plus dans la communication, les échanges, la négociation » , « c'est d'abord l'accueil » , « expliquer » , « apaiser » , « désamorcer » , « on a pris le soin

enfin le temps de discuter », « on va essayer un maximum de calmer la situation de désamorcer », « questions éthiques ».

Ainsi, ces verbatims mettent en lumière que la qualité de la relation soignant-soigné et l'état d'esprit de l'équipe joue un rôle essentiel dans la prévention et la régulation de la violence. La communication, l'écoute, la démarche co constructive des soins, mais aussi la valorisation des compétences et l'élaboration de projets sont identifiés comme des moyens de mise en place d'un cadre sécurisant et humain.

Manoukian (2015) affirme que la relation soignant-soigné s'appuie sur des postures d'ouverture, d'écoute, de respect et de disponibilité. Cette qualité relationnelle est un élément essentiel du soin autant que la préservation des professionnels de santé. Lorsque le lien est construit sur la négociation et la considération, il devient un espace de prévention et de régulation de la violence.

Parallèlement, Tardif (2006) met en avant que la compétence professionnelle ne se réduit pas à la technique : elle concerne aussi une mobilisation contextualisée de savoir, de savoir-faire et savoir-être dans des environnements complexes. L'aptitude à désamorcer, à négocier, relève de compétences relationnelles essentielles, garantissant la protection du patient comme du professionnel.

Le soutien structurel et la culture institutionnelle

Un infirmier met en avant des dispositifs institutionnels identifiés comme cadre structurant et soutenant : « établissement de santé mentale qui a mis en place un package formation de psychiatrie à l'arrivée des soignants », « dans le service je pense qu'un projet doit régulièrement être remis à jour ».

Ces points sont l'expressions d'une considération de l'importance d'une culture institutionnelle proactive, reposant sur la formation, la valorisation des compétences et la préservation d'un cadre collectif cohérent pour qui la qualité du travail ne saurait être de la responsabilité d'un seul individu, mais de celle d'un collectif de métier vivant, en capacité de soutenir l'expression sur le travail, d'élaborer des repères communs et de structurer des régulations fonctionnelles.

Lorsque l'institution valorise les professionnels soignants, encourage leur montée en compétences et soutient la création d'espaces d'échange sur la pratique, elle intensifie leur sentiment de légitimité, leur pouvoir d'action et leur engagement éthique. A l'opposé, un établissement silencieux ou désorganisé renforce la désaffiliation, le repli et l'exposition aux actes violents.

Ainsi, les éléments de protection nommés par les infirmiers interviewés s'articulent autour de trois outils majeurs: le cadre législatif, la qualité de la relation de soin et l'organisation collective du travail. Ces notions s'avèrent indispensables afin de préserver l'équilibre professionnel, pérenniser l'engagement éthique et prévenir les conséquences liées à la violence institutionnelle.

Le droit, notamment à travers les différents articles cités, constitue un socle structurant qui fournit des repères au professionnels de santé. D'autre part, la relation soignant-soigné de qualité repose sur l'écoute, la communication et la négociation (Manoukian, 2015) et la mise en œuvre de compétences intégrées (Tardif, 2006), et offre des outils concrets afin de réduire les tensions et redonner du sens au travail. Enfin Clot (2010) met en avant la fonction du collectif de travail vivant, qui apporte une protection aux professionnels de santé en leur facilitant l'expression, la régulation et la transformation de leur expérience.

Ces outils, bien que précieux, s'appuient en général sur des actions locales ou individuelles. Les professionnels mobilisent leur éthique individuelle, leur souplesse relationnelle et leur connaissance du droit sans pour autant disposer d'un cadre structurant pour formaliser ces pratiques protectrices.

A partir de là, se pose naturellement la question du leadership de l'infirmier en pratique avancée (IPA). S'il n'a pas été expressément cité par les infirmiers lors des interviews, sa place au sein du système de santé en fait un auteur majeur afin de promouvoir, incarner et formaliser les dynamiques protectrices identifiées. Grâce à son expertise clinique, ces compétences de coordination, d'accompagnement et de formation, l'IPA participe à l'ancrage d'une culture du soin plus réflexive, éthique et sécurisante, tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

La partie suivante analyse les perspectives du leadership IPA comme moyen d'action sur les dimensions organisationnelles et humaines, capable d'impulser et accompagner le changement, d'appuyer les équipes et de réduire les facteurs de risques de violence institutionnelle.

4) Le leadership de l'Infirmier en Pratique Avancée : une fonction transversale et innovante au service de la qualité des soins

L'infirmier en pratique avancée occupe aujourd'hui un rôle stratégique au sein du système de santé français. Lancé officiellement par le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018, l'infirmier en pratique avancée est identifié en tant que professionnel de santé formé au niveau grade master, opérant tout en s'inscrivant dans logique d'autonomie clinique et qui va au-delà de l'expertise technique pour devenir un acteur stratégique du changement au sein des organisations de santé.

Le leadership de l'IPA s'exerce à travers des approches plurielles, à l'interface du soin, de la gestion, de la pédagogie, de la recherche et de l'influence structurelle. Les missions ne se limitent pas à l'encadrement ou de diriger une équipe, mais d'être capable de mobiliser des compétences transversales adaptées à la complexité des situations, tout en développant une posture réflexive et éthique.

Un leadership clinique basé sur l'expertise et l'autonomie

Au socle de la fonction de leadership IPA réside sa capacité à porter des responsabilités cliniques élargies, notamment la prise en soin de patients complexes. L'IPA évalue, oriente,

coordonne et garantit un suivi cohérent dans une logique de parcours, tout en s'articulant autour d'une relation de soin. La législation en vigueur définit l'autonomie clinique dont jouit l'IPA. Elle suppose une compétence décisionnelle qui s'appuie sur des connaissances cliniques avancées et une aptitude d'analyse poussée des situations complexes.

Hamric et al. (2009) affirment que le leadership clinique fait partie des sept rôles fondamentaux de l'IPA et mettent l'accent sur la nécessité de combiner l'expertise clinique, l'évaluation clinique et l'implication relationnelle afin de guider des décisions thérapeutiques, de pouvoir accompagner les soignants faces aux dilemmes éthiques et de garantir une sécurité et une qualité des soins durable. Cette dynamique se reflète dans la pratique à travers une présence marquée au sein des unités, et une aptitude à ajuster les actions aux besoins des patients tout en tenant compte des ressources à disposition.

Lamb et al. (2018) mettent l'accent sur un leadership IPA centré sur le patient, favorisant des approches de soins relationnelles, empathiques et individualisées. L'IPA intervient comme médiateur de sens, en favorisant la communication entre les usagers et les professionnels, en soulevant les sujets sensibles, et en restaurant la confiance. Ce leadership du lien favorise l'inscription des soins dans une dimension humaine, tout en assurant les prises en soins les plus complexes.

Un leadership transformationnel et collaboratif

L'IPA a aussi une mission cruciale concernant la cohésion et la montée en compétences du collectif de travail. En aucun cas il se substitue aux cadres de santé de proximité, mais agit en tant que personnel de ressource clinique, de référence dans les situations complexes, et de support au développement des professionnels de santé.

Bryant-Lukosius et al. (2004) mettent l'accent sur le fait que l'IPA, lorsqu'il est pleinement intégré, concourt activement à l'organisation des pratiques professionnelles et à la réduction des variabilités des soins. Il joue un rôle de mentor, de formateur, en soutien à la réflexion éthique. Son leadership est d'ordre transformationnel dans la mesure où il mobilise les professionnels autour de valeurs communes, engendre des changements dans les pratiques, et encourage les initiatives innovantes dans le soin. Cette approche s'appuie sur une légitimité acquise grâce à l'expertise et à la posture collaborative et en aucun cas sur l'autorité hiérarchique.

Ce leadership transformationnel est affermi par un positionnement d'interface interprofessionnelle. L'IPA se trouve fréquemment à la croisée de plusieurs logiques ; notamment médicale, paramédicale, organisationnelle et sociale. Il devient alors un axe de convergence, en mesure de faciliter les interactions, de promouvoir une approche partagée du soin, et de prévenir les conflits par l'instauration d'échanges réguliers entre les acteurs. Cette compétence d'articulation est essentielle dans les environnements complexes où les cloisonnements professionnels compromettent la continuité du parcours de soins.

Un leadership systémique et stratégique

Outre son influence directe sur les patients et les équipes soignantes, l'IPA cultive un leadership stratégique, en contribuant à l'organisation et à l'évaluation des soins, à la conception et à la coordination des parcours, et à la diffusion des bonnes pratiques. Il participe activement à l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins, et à la l'évolution des dispositifs en place.

Heinen et al. (2019) définit 30 compétences fondamentales du leadership en pratique avancée, structurées en quarts principaux domaines : la clinique, le professionnel, l'organisation et la politique. Le domaine organisationnel intègre l'aptitude à planifier, à optimiser la gestion des ressources, à interpréter les données relatives à l'activité, et à l'anticipation des besoins. Ce volet du leadership exige la maîtrise d'utilisation d'indicateurs, de promouvoir les projets de service, et de collaborer à l'évaluation des résultats cliniques. L'IPA devient un élément essentiel de la régulation interne, en mesure d'articuler les soins dans une approche d'efficience et de sens.

Dans les établissements de santé, cette position stratégique repose sur une reconnaissance structurelle, qui demeure précaire. Bryant-Lukosius et al. (2004) souligne l'importance d'organiser l'implantation de l'IPA selon une approche logique, incluant les objectifs cliniques, les exigences structurelles, et les attentes professionnelles. Sans cette organisation préalable, l'IPA risque d'être restreint à des prérogatives mal définies, et son leadership de rester non exprimé.

Un leadership politique : action sur les représentations tout en faisant évoluer le système

Enfin, l'IPA est amené à assurer un leadership politique, c'est-à-dire à mettre en avant la voix des soignants dans les différentes instances décisionnelles et œuvrer à l'évolution des politiques de santé. En prenant part à des projets institutionnels, à la recherche, ou à la formation des personnels, il devient un levier d'évolution culturelle, basé sur la légitimation des compétences infirmières de pratique avancée comme vecteur de qualité et d'innovation.

Cette aptitude à communiquer au sein des espaces de pouvoir, à générer des données, à porter des choix cliniques et éthiques, constitue un aspect central du leadership de pratique avancée tel que défini par Hamric et al. (2009). Elle s'appuie sur une approche réflexive, argumentée, reposant sur des preuves scientifiques, mais aussi sur prise en compte des enjeux de pouvoir, de normes et d'évolution sociale qui concerne le domaine de la santé.

Ainsi le leadership de l'infirmière en pratique avancée s'aligne dans une perspective intégrative et transversale, coordonnant expertise clinique, posture réflexive, implication collective et approche stratégique. Ce leadership ne peut pas être improvisé, il se développe par le biais de la formation, l'expérience, la légitimation et l'engagement dans le but de promouvoir un soin humaniste, coordonné et responsable. Au sein d'un système de santé en pleine mutation, l'IPA se présente comme un acteur de transition, apte à représenter une nouvelle approche du soin, en relation avec les professionnels de santé, les patients et l'institution.

En somme, l'analyse exploratoire des entretiens menés auprès d'infirmiers exerçant en unité d'admission psychiatrique met en évidence une réalité marquée par la complexité et la souffrance : banalisation des pratiques contraignantes, dissonance éthique, charge émotionnelle élevée, isolement professionnel, et sentiment d'impuissance. Ces éléments, tous liés à des formes de violences institutionnelles, semblent profondément enracinés dans les dynamiques organisationnelles, culturelles et relationnelles du soin en psychiatrie.

Dans ce contexte, les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), par leur position de proximité clinique et leur expertise transversale, occupent une place singulière. Porteurs d'un leadership centré sur la qualité, l'éthique et la collaboration, ils peuvent potentiellement devenir des leviers de transformation des pratiques et des représentations. Leur capacité à mobiliser des outils cliniques, pédagogiques et réflexifs pourrait permettre de soutenir les équipes infirmières dans une dynamique d'empowerment, en leur redonnant du pouvoir d'agir face à la violence institutionnelle. Ainsi, une question centrale de recherche émerge :

Dans quelle mesure le leadership clinique des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) peut-il influencer positivement les perceptions de la violence institutionnelle chez les infirmiers exerçant en unité d'admission psychiatrique ?

Au regard de l'analyse menée, je propose une hypothèse à cette question sans pour autant me fermer à tout autre possibilité qui émergerait de l'enquête de recherche vers laquelle je m'oriente.

Hypothèse : Le leadership clinique des IPA contribue à l'empowerment des infirmiers en unité d'admission psychiatrique, en renforçant leur capacité à reconnaître, comprendre et réguler les situations de violence institutionnelle dans leurs pratiques.

Il faut à nouveau préparer l'enquête de recherche même parties que pour l'enquête exploratoire sans la méthodologie de recherche, posture du chercheur.

II. VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN PSYCHIATRIE : QUELS POSSIBLES ENTRE INFIRMIERS ET IPA ?

Afin de répondre à la question de recherche posée, je vais à nouveau à la rencontre de professionnels. Ces échanges doivent, comme pour toute enquête de recherche, être pensés méthodiquement.

A. Méthodologie d'enquête

Pour aller interviewer les professionnels, il me faut dans un premier temps déterminer ce que je vais aller chercher auprès d'eux.

Afin d'explorer de manière approfondie les représentations infirmières autour de la violence institutionnelle en psychiatrie et d'évaluer le rôle potentiel attribué à l'infirmier en pratique avancée (IPA), une méthodologie qualitative est privilégiée.

Cette démarche facilite le recueil des données, issue de l'expérience professionnelle et permet l'émergence des catégories de sens en lien avec la pratique infirmière quotidienne, en adéquation avec les perspectives induites de cette recherche.

Le choix méthodologique s'appuie donc sur une enquête qualitative par Focus group, auprès d'infirmiers occupant un poste au sein d'une unité d'admission fermée en psychiatrie. Ils sont sélectionnés selon des critères prédéterminés afin d'assurer un large éventail de points vues.

Comme déjà vu, la méthodologie choisie se compose de plusieurs parties ; la finalité de l'enquête, la population cible, les modalités de recrutement et la présentation de l'outil de recueil choisi.

1) Finalité de l'enquête

En donnant la parole aux professionnels du soin exerçant en psychiatrie, je souhaite comprendre comment ils perçoivent leur pouvoir d'agir face à la violence institutionnelle pour savoir quel rôle ils attribuent à un IPA.

2) Population cible et lieu d'enquête

Pour la réalisation de cette recherche, la population cible est constituée d'infirmiers exerçant en unité d'admission fermée au sein d'un EPSM des Hauts de France.

Le choix de réaliser cette recherche au sein d'une unité d'admission fermée s'appuie sur la volonté d'obtenir des témoignages d'infirmiers directement exposés à la violence institutionnelle, dans un environnement où les pratiques coercitives et la tension émotionnelle sont particulièrement présentes, comme l'enquête exploratoire le montre. Les unités psychiatriques fermées sont des lieux d'observation clé de la relation entre pressions institutionnelles, exigences sécuritaires et pratiques de soin.

Afin de multiplier les points de vues et de percevoir l'impact du vécu professionnel sur la perception de la violence institutionnelle, l'échantillon se compose de six infirmiers, réparti de manière homogène en tenant compte de leur ancienneté dans le service d'admission fermé choisi :

- Deux infirmiers ayant un an d'expérience
- Deux infirmiers ayant cinq ans d'expérience
- Deux infirmiers ayant au moins dix ans d'expérience

Ce choix permet de confronter les perceptions en fonction de trois stades d'évolution professionnelle : en début de carrière, en ayant une expérience intermédiaire et en étant "expert confirmé". Il s'appuie sur le point de vue selon lequel le rapport aux soins, aux obligations institutionnelles et à la perception de la violence évolue avec le temps, le renforcement de l'expérience, du développement de l'empowerment, et l'élaboration de processus de régulation (Molinier, 2005; Tardif, 2006).

Critères d'inclusion :

- Etre infirmier
- Exercer en unité d'admission fermé au moment de l'entretien
- Avoir une expérience professionnelle de 1 an, 5 ans, ou 10 ans et plus
- Etre volontaire pour participer à l'enquête
- Avoir donné son consentement libre et éclairé au préalable

Critères d'exclusion :

- Infirmier ne travaillant pas en unité d'admission fermé au moment des entretiens
- Expérience professionnelle ne correspondant pas aux durées définies
- Refus de participer à l'enquête

L'enquête sera monocentrique afin de faciliter l'organisation tout en favorisant l'étude des dynamiques internes d'un établissement défini.

3) Modalités de recrutement

Le recrutement des infirmiers s'est fait selon une démarche progressive et contrôlée, respectant les principes éthiques et de volontariat relatifs aux enquêtes qualitatives.

J'ai dans un premier temps adressé une demande d'autorisation à la directrice des soins de l'EPSM ciblé, par courrier électronique. A l'issue de l'analyse du projet, cette dernière valide le projet et me donne son accord formel afin que l'étude puisse être réalisée auprès d'infirmiers de l'établissement.

Ensuite, je me suis rapproché d'un cadre de santé supérieur afin de lui faire part de la démarche, des finalités de l'étude, ainsi que du procédé organisationnel prévu. Ce dernier a également validé le projet d'enquête, ce qui m'a permis de démarrer le processus de recrutement.

Ainsi, je suis entré en contact avec le cadre de proximité de l'unité d'admission concernée. Son implication a été décisive ; en effet il a facilité l'accès aux professionnels répondant aux critères, en ciblant parmi les membres de son équipe infirmière ceux qui correspondent aux critères d'ancienneté définie.

Il s'est chargé de suggérer la participation à ces derniers, en leur présentant les modalités de l'étude et en s'assurant de leur disponibilité et leur accord pour y participer.

Tous les infirmiers recrutés sont informés individuellement des objectifs de l'étude, du respect de l'anonymat, de la possibilité de se rétracter de l'enquête quand ils le souhaitent, et de la confidentialité des entretiens. Leur consentement libre et éclairé est recueilli individuellement.

Afin d'obtenir des conditions favorables à l'expression des infirmiers, une salle de réunion est mise à disposition. L'interview est donc réalisée au sein du service, dans une salle dédiée, assurant la confidentialité et dans des conditions de confort favorable à l'échange.

Le déroulement progressif de cette procédure, structurée avec les différents niveaux hiérarchiques de l'encadrement, a assuré le recrutement dans le respect de l'éthique de la recherche.

4) L'outil d'enquête : Le focus group

Afin d'obtenir les représentations et les perceptions des infirmiers d'admission confrontés à la violence institutionnelle et d'étudier leurs points de vue concernant le rôle de l'IPA, je fais le choix d'utiliser la méthode du focus group.

Le focus group est une méthode d'entretien collectif s'appuyant sur les échanges entre les intervenants afin de favoriser l'émergence de théorie, de représentations et des pratiques de terrain, en dépassant ce que générerait l'entretien individuel.

Les interviewés sont invités à la libre expression sur la thématique proposée, alors que l'échange collectif est source d'enrichissement, de débat et de nuances des opinions.

Dans le cadre de cette recherche, cette approche est pertinente car elle permet :

- D'encourager l'expression par l'écoute d'autrui
- De mettre en lumière les divergences et convergences de points de vues, enrichissant l'étude des représentations professionnelles
- De comparer différentes expériences notamment en fonction de l'ancienneté
- D'observer la façon dont la discussion s'élabore collectivement concernant une thématique sensible

Par conséquent, le choix du focus group est conforme avec l'objectif de la recherche, permettant l'élaboration d'une compréhension commune des dynamiques professionnelles concernant la violence institutionnelle et explorer des pistes d'améliorations. Cependant, ce dernier doit répondre à certaines règles de fonctionnement.

a) Les règles du focus groupe

Afin d'obtenir une discussion de qualité et productive, le respect de certaines règles est défini au préalable du focus groupe et rappelé aux interviewés lors de l'introduction. Parmi elles :

- Le respect de la parole de chaque participant est important, en effet chacun doit pouvoir s'exprimer en toute liberté, sans être ni interrompu ni jugé.
- La confidentialité est respectée car les propos tenus sont anonymisés et aucun élément de l'analyse ne doit permettre d'identifier les participants
- Chaque participant prend part au débat volontairement et à la liberté de se retirer à tout moment sans justification.
- Enfin une bienveillance facilite la discussion, en garantissant l'écoute active et le respect des différents points de vue.

Le rôle de l'animateur est de garantir le respect des règles durant les échanges, en veillant à une équité dans la prise de parole et au maintien d'un climat serein et productif. Une fois ces règles respectées, les avantages du focus groupe peuvent émerger.

b) Avantages du focus groupe

Le focus group possède de multiples avantages méthodologiques pour cette recherche. Il offre la possibilité d'expression libre aux participants, effectivement les débats entre pairs favorisent la parole, en sollicitant les souvenirs et en facilitant la réflexion partagée.

Cette approche permet, également, de confronter une diversité d'expériences et de représentations en cours laps de temps, en faisant émerger les convergences et les divergences d'opinion.

Enfin, le focus group favorise l'observation de la dynamique des interactions, en dévoilant des éléments implicites qui seraient difficilement perceptibles au cours d'entretien individuel.

Ainsi, il représente un outil approprié permettant d'approfondir la compréhension des perceptions infirmières concernant la violence institutionnelle et les moyens d'actions éventuels. Cependant, je garde à l'esprit que s'il a des avantages il présente aussi des limites.

c) Limites de la méthode

En dépit de ses nombreux atouts, le focus group révèle quelques limites méthodologiques qu'il est nécessaire de souligner. Premièrement, le phénomène de conformité sociale peut orienter le débat car certains peuvent être enclins à nuancer leur propos ou à rallier l'opinion majoritaire, dans un souci de cohésion collective.

Ensuite, la sensibilité du thème soulevé, en particulier la violence institutionnelle, peut induire une autocensure chez certains participants, qui pourraient éprouver des réserves à exprimer des critiques trop dures ou des expériences douloureuses devant leurs pairs.

D'autre part, le risque d'iniquité dans la prise de parole existe et des personnalités plus affirmées peuvent monopoliser la parole aux dépens d'autres participants plus discrets.

Enfin, la présence d'un cadre institutionnel identifié des interviewés peut susciter une certaine réserve dans l'expression d'un regard critique concernant l'organisation.

Afin de limiter ces biais, un regard attentif sera porté sur l'animation du groupe, en favorisant l'expression des participants, en valorisant la diversité des points de vues et en rappelant constamment les règles de non jugement, de confidentialité et de respect.

B) Analyse des données empiriques

Avant de présenter les données obtenues suite à l'analyse thématique, il est nécessaire dans un premier temps de préciser le profil des infirmiers ayant participé au focus group, afin d'inscrire leurs propos dans leur contexte d'expérience et de pratique.

1) Profil de la population enquêtée

Le groupe d'infirmiers enquêtés se compose de 6 professionnels dont trois infirmiers et trois infirmières tous travaillant en unité d'admission fermée.

L'âge des participants varie entre 22 et 42 ans, et leurs expériences professionnelles en service d'admission reflète les trois niveaux d'ancienneté prédéfinis :

- 2 infirmiers disposent d'un an d'expérience
- 2 infirmiers disposent de cinq ans d'expérience
- 2 infirmiers disposent de dix ans et plus d'expérience

Ce choix a pour objectif de confronter les regards en rapport avec le vécu professionnel, afin de faire ressortir un potentiel "évolution" dans la perception de la violence institutionnelle et de l'empowerment infirmier en fonction de l'expérience.

| Participants | Nombre d'année d'expériences en admission |
|--------------|---|
| Infirmier 1 | 12 ans |
| Infirmier 2 | 14 ans |
| Infirmière 3 | 1 an |
| Infirmière 4 | 1 an |
| Infirmière 5 | 5 ans |
| Infirmier 6 | 5 ans |

Tableau 3 : population du focus group

2) Déroulé du focus group

Le focus groupe se tient au sein du service d'admission fermée de l'EPSM ciblé, dans une salle de réunion mise à disposition par le cadre de proximité. Ce lieu est retenu pour assurer la confidentialité, le confort et la proximité avec le lieu d'exercice des infirmiers.

Le débat se déroule sur une durée d'environ une heure trente, en début de poste d'après-midi qui est le temps calme de l'unité. Ainsi l'interview des infirmiers n'interfère pas dans l'activité du service et ces derniers peuvent sereinement participer à l'enquête.

Le focus groupe a commencé par le rappel des règles citées ci-dessus et la présentation de la thématique de la recherche. J'anime le groupe dans une posture facilitatrice à partir d'une grille d'entretien de quatre questions (Cf. annexe 3). Aussi, des questions de relances ouvertes sont exprimées afin stimuler les interactions, de donner lieu à des approfondissements ou pour recentrer le débat.

La rencontre est enregistrée avec l'accord des participants, puis retranscrite pour faciliter l'analyse qualitative.

L'ensemble de la procédure est menée dans le respect des principes éthiques de la recherche ; notamment le respect de l'anonymat, de la confidentialité et la recherche de consentement libre et éclairé auprès des participants.

3) Analyse de contenu

Je vous propose de réaliser une analyse croisée des réponses respectives aux quatre questions posées.

3.1. Expériences de violences institutionnelles vécues dans une unité d'admission en équipe

La question posée est le point de départ d'une analyse approfondie des vécus de violence institutionnelle en unité d'admission psychiatrique. Il est nécessaire de préciser que certaines notions formulées dans cette partie font écho à celles déjà relevées au cours des entretiens

exploratoires réalisés préalablement à cette recherche. Cette répétition est loin d'être insignifiante, elle met en lumière la récurrence des situations rapportées, de leurs impacts systémiques et de la manière dont elles s'inscrivent dans la réalité quotidienne des professionnels. Le tableau ci-dessous représente ces différents thèmes qui ont émergé suite à l'analyse des données du focus group.

| Sous catégorie | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Situation considérer comme violentes | | | | | | |
| Situation de soins | | | | | | |
| Contention/Isolement | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Représentation du soin en psychiatrie | | | | | | |
| Dissonance éthique | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Image de la psychiatrie | | ✓ | | | | |
| Les acteurs | | | | | | |
| Le destinataire de la violences | | | | | | |
| Patient | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Equipe/ entre collègue | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Initiateur de la violence | | | | | | |
| Institution | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Lieux | | | | | | |
| Unité d'admission (fermée à clé , interdiction de sortir) | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Conséquence de la violence | | | | | | |
| Psychologique | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Facteurs déclencheurs ou aggravants | | | | | | |
| Banalisation des pratiques | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Privation de liberté (Choix , penser, circuler, autosoin) | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| Condition de travail | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Négligence | | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| Manque d'expérience/ formation | ✓ | ✓ | | | | ✓ |

Tableau 4 : Analyse question 1 du focus group

Cependant, cette nouvelle analyse offre une perspective complémentaire compte tenu de la spécificité des participants. Les infirmiers interviewés pour les entretiens exploratoires ont tous une expérience en admission mais au moment des entretiens ils n'y travaillent plus, alors que ceux du focus group y exercent encore aujourd'hui. Cette distinction dans les postures exerce une influence notable sur le contenu des discours recueillis.

Les interviewés de l'enquête exploratoire partagent leurs vécus avec un regard rétrospectif qui autorise une prise de distance, tandis que les interviewés, ici, expriment une expérience toujours d'actualité, dans laquelle ils sont toujours impliqués tant sur le plan émotionnel qu'organisationnel. Cette réalité est, d'ailleurs, perceptible dans les verbatims qui sont formulés au présent ou dans un passé proche, et teintés par une vive résonance émotionnelle en lien avec leur situation actuelle. Cette nuance s'accorde avec les travaux de Schön (1983), qui distingue la réflexion en action : celle qui accompagne l'agir dans le présent, imprégnée par l'incertitude, l'émotion et l'adaptation, de la réflexion sur l'action, activée à posteriori, mieux structurée et analytique. Elle est, de surcroît, éclairée par Kaufmann (1996), pour qui l'expérience individuelle et professionnelle de l'interviewé impacte grandement la nature du discours. En effet parler de ce que l'on vit n'est pas comparable à parler de ce que l'on a vécu.

Par conséquent, les propos tenus lors du focus group présentent comme caractéristiques une parole plus directe, teintée d'affects et parfois d'ambivalence. Ces propos révèlent aussi des tensions internes, des contradictions usuelles et une souffrance encore présente. Ils permettent d'analyser ce qui est mis en avant mais aussi comment cette violence institutionnelle est perçue, assimilée ou évitée dans l'instant du travail. Ce corpus permet un accès plus inscrit dans le rapport subjectif que les infirmiers entretiennent avec la violence institutionnelle, ses causes et ses conséquences.

Dans cette optique, il semble intéressant de faire référence à la pensée d'Edgar Morin (2005), qui encourage à porter attention à toute situation humaine comme un phénomène complexe, constituée de multiples dimensions en interaction permanente. La violence institutionnelle ne peut donc se limiter à des dysfonctionnements perceptibles ou à un cadre normatif inadéquat. Elle est système, processus, stratégies d'actions et de représentations, le plus souvent intériorisés et perpétués de manière involontaire. C'est sur cette notion de complexité que cette analyse se réfère, en s'appuyant sur les propos croisés des infirmiers, leur maturité professionnelle, le contexte d'exposition actuel et leur recherche de sens.

Les situations considérées comme violentes

Cette catégorie regroupe plusieurs types de situations considérées comme violentes : des situations de soins, des situations dans lesquelles les soignants vivent une dissonance éthique et les situations vécues comme violentes en lien avec l'image de la psychiatrie.

Les situations de soins

Les propos tenus par 5 infirmiers tels que « Qu'est-ce qui prévaut sur la contention ? », « Une patiente qui était isolée et maintenue » ou encore « Maintenir et isoler une patiente » mettent en lumière la récurrence des pratiques de contention et d'isolement vécues comme violentes par les infirmiers.

Ces récits font références à une forme de glissement du soin vers une régulation des comportements qui traduit une certaine normalisation des pratiques coercitives, ou l'exception s'impose peu à peu comme la règle. Ces pratiques, initialement prévues comme dernier recours,

tendent à être utilisées préventivement, voire systématiquement, parfois en décalage avec une justification clinique claire.

Michel Foucault (1975), dans son ouvrage *Surveiller et punir*, stipule que les institutions telles que la prison ou l'hôpital psychiatrique sont des endroits où s'applique une discipline du corps et de la conduite à l'aide de processus de surveillance, de mesures disciplinaires et d'isolement. L'autorité disciplinaire ne s'appuie pas sur l'usage de la force mais plutôt sur des dispositifs diffus, ancrés et subtil qui institutionnalise la contrainte en pratique courante.

Les infirmiers très expérimentés arrivent à questionner la légitimité des pratiques coercitives ainsi que leur sens clinique. A contrario, les infirmiers débutants les explicitent sans distance critique et avec un discours teinté d'affects. Ce qui appuient la notion définie par Clot (2010) selon laquelle l'aptitude à la prise de distance, la réflexion sur le travail effectif, et de jugement professionnel se renforce avec le temps et l'expérience collective.

Cette réflexivité ne relève pas de l'évidence, elle se construit, se discute, se perpétue. Les professionnels interviewés étant toujours en poste en unité d'admission se manifestent aussi dans le registre discursif. En effet, les verbatims sont souvent exprimés au présent ou passé immédiat, et mettent en lumière une implication directe à ces pratiques, amplifiant la portée affective et critique de leur retour d'expérience. Tout ceci, entraîne chez eux un vécu teinté de dissonance éthique.

La dissonance éthique : vécu violent dans certaines situations

Les infirmiers mettent en lumière des situations dans lesquelles les procédures légales ou médicales sont mises en application de manière abusive, voire instrumentalisée, ce qui engendre une importante dissonance morale. Un des infirmiers s'interroge, « Normalement ils ne doivent pas mettre quelqu'un en SDT si la personne est d'accord pour les soins », soulignant une utilisation inadéquate de la contrainte légale.

Une autre situation soulevée raconte « qu'elle le prescrivait à distance, mais du coup, sans voir la patiente en fait », ce qui révèle une rupture dans la pérennité de la prise en soin. D'autres propos, tels que « Et il n'y avait plus vraiment nécessité de ...contention en fait, c'est surtout ça le truc », de même que « je voulais parler sur les faux SL, les faux soins libres » illustrent un décalage entre les textes réglementaires et leur application réelle.

La tension est à son comble dans le propos suivant « on a dû se retrouver à maintenir et isoler une patiente [...] complètement illégal en somme », ou la violation perçue devient explicite. Enfin un infirmier se questionne concernant l'encadrement judiciaire lui-même, stipulant « on a un juge qui, du coup, pour moi, pose un souci de l'ordre du secret professionnel », attirant l'attention sur une possible ambiguïté entre logique judiciaire et logique soignante.

Ces témoignages mettent en lumière une confrontation entre les valeurs soignantes et la réalité institutionnelle, engendrant une souffrance éthique. Dejours (1993) démontre que cette souffrance trouve ses racines dans le fait que le professionnel ne soit plus en capacité d'exercer

son métier avec ses repères moraux. Hochschild (1983) évoque, quant à elle, une dissonance émotionnelle, lorsque le vécu affectif doit être masqué derrière une neutralité professionnelle.

Dans ce contexte, les propos des infirmiers expérimentés se démarquent par leur capacité à identifier l'illégalité, à comprendre l'enchaînement logiques entre les normes juridiques ou éthiques, là où les professionnels moins expérimentés insistent davantage sur les situations vécues, sans adopter une posture réflexive à leur égard. Le fait que les infirmiers soient encore postés en admission apporte au discours une résonance profonde car ses derniers évoquent un conflit éthique actuel, ancré dans leur pratique quotidienne.

L'image de la psychiatrie : élément récurrent lié à un vécu violent

Un infirmier synthétise avec pertinence « Mais qui sont dus au fonctionnement de la psychiatrie », laissant paraître une forme de résignation face à une violence identifiée comme structurelle plutôt que accidentelle. Cette observation, brève mais porteuse de sens, révèle une forme de résignation organisationnelle ; les mesures coercitives ou de négligence ne sont plus perçues comme des écarts, mais comme des éléments constitutifs du soin psychiatrique.

Denise Jodelet (2003) insiste sur le fait que la psychiatrie est historiquement imprégnée par une ambivalence ancrée entre lieu de soin et lieu mis à l'écart, entre soutien et exclusion. Cette vision ambiguë contribue à consentir à l'usage de pratiques dérogatoires, considérées comme inacceptables dans d'autres secteurs de soins, mais formalisées ici. Le fait que cette observation émane d'un professionnel toujours en poste dans l'unité, confronté à la réalité du terrain, amplifie son impact car il ne s'agit pas d'un constat rétrospectif mais plutôt ancré dans le vécu actuel. Cette perception est formulée d'autant plus facilement chez les soignants expérimentés, qui possèdent le recul nécessaire pour cerner les logiques systémiques en jeu.

Les acteurs

Cette catégorie, comme dans l'enquête exploratoire, relève les mêmes acteurs soient en tant que destinataires de la violence ou en tant qu'initiateurs.

Destinataires de la violence : patients et équipe de soins

Les infirmiers interviewés expriment une violence qui affecte non seulement les patients mais aussi l'équipe de soins. L'un d'eux déclare « Pour le patient, c'est de la violence institutionnelle, peu importe si ça vient du médecin ou de dessus », laissant entendre que la source hiérarchique ou médicale de l'acte n'a pas d'importance face à son impact.

Cette violence se manifeste aussi à travers des décisions retardées ou non communiquées : « Elle n'a pas été réévaluée avant dimanche soir » ou encore « Le patient, il reste maintenu un peu plus longtemps que ce qu'il voulait au début ». Ce maintien dans une situation coercitive est perçu comme injustifié « T'as l'impression qu'il est sous contrainte en fait », et fait référence à une perte de droit fondamental, d'autonomie pour le patient mais aussi à un dilemme éthique pour le soignant. Ce dernier se retrouve confronté à des injonctions contradictoires, comme l'exprime un infirmier « Je trouve pas ça correct vis à vis de nous et vis à vis de la patiente ».

La violence touche également l'équipe soignante, confrontée à une forme de défaillance managériale. Plusieurs infirmiers évoquent « on a eu beau appeler, personne ne venait » ou « ils s'en foutent ». Ce vécu d'abandon, d'isolement dans la gestion des cas critiques, est mis en avant. L'impact de ce défaut collectif est exprimé à travers le propos suivant « Une personne qui fait n'importe quoi [...] ça découle sur tout le monde », illustrant comment l'attitude négative d'un seul soignant peut fragiliser l'ensemble du collectif.

Cette violence cumulée, envers patients et professionnels de santé, fait référence à la définition de « violence institutionnelle perverse » développée par Hirigoyen (2003), selon laquelle la souffrance ne tire pas son origine d'un bourreau définie, mais d'un environnement dysfonctionnel, d'un silence institutionnalisé et de la disparition du soutien collectif. Pour Linhart (2009), les évolutions de pratiques managériales ont divisé les collectifs de travail, entraînant les professionnels à l'isolement décisionnel et à la perte de sens.

Dans ce contexte, le fait que les participants à l'enquête de recherche soient encore en activité en unité d'admission donne à leur témoignage une résonance particulière. En effet, ils partagent leur vécu depuis le cœur de l'action, avec une charge émotionnelle étroitement liée à la confrontation quotidienne à cette violence. De plus, leur ancienneté influence la nature de leur propos. Les infirmiers les plus expérimentés formulent une critique construite et explicite, tandis que les infirmiers les moins expérimentés manifestent un malaise latent, se manifestant souvent par l'incompréhension ou l'épuisement professionnel. Cela démontre que l'expérience ne prémunit pas contre la violence, mais donne les moyens de la nommer, de la localiser et parfois de la révéler.

Initiateur de la violence : l'institution

Quatre infirmiers désignent explicitement l'institution comme facteur générateur de violence. L'un déclare « C'est de la violence institutionnelle », un autre poursuit « Et après t'as l'institution, c'est à dire l'hôpital, qui est violent », mettant en lumière une perception où l'institution elle-même, en dépassant les dimensions individuelles, est facteur de souffrance. Cette perspective est appuyée par d'autres témoignages tels que « oui mais c'est l'institution qui embauche les personnes » ou « avec les contraintes que l'institution a actuellement », qui attire l'attention sur les logiques de recrutement, de moyens et d'organisations sont inhérentes à une responsabilité systémique. Enfin, un infirmier évoque « vous avez les mêmes manquements institutionnels », révélant que ces dysfonctionnements sont considérés comme récurrents, généralisés et structurels.

Ces témoignages ne dépendent pas d'une perception subjective individuelle, mais d'une prise de conscience collective dans laquelle la souffrance ressentie n'est pas imputable à un seul acteur, mais à une organisation. Cette conception fait écho au concept de violence symbolique définie par Bourdieu (1998), selon lequel la domination se manifeste de façon invisible, par des règles intégrées, implicitement admises. Ici, l'institution génère des exigences budgétaires, hiérarchiques ou organisationnelles qui s'appuient sur le langage discursif du soin, sans être soumis à la remise en question.

Les témoignages qui adoptent un langage critique structuré sont avant tout ceux des professionnels les plus expérimentés.

Conséquences psychologiques

Les propos de cinq des infirmiers révèlent une fatigue psychologique, que ces derniers imputent à des situations redondantes d'inaction de la part de l'institution. L'un d'eux affirme « ils s'en foutent », traduisant un sentiment d'abandon et de non considération face aux demandes émises par l'équipe. Un autre illustre la complexité contextuelle en des termes lourds de sens « c'est compliqué ». La récurrence de ses phases de tension, sans solutions, altère l'engagement professionnel. Une infirmière relate « On avait beau appeler l'interne », ce qui souligne le manque d'efficacité des relais médicaux dans des moments de crises. Ce défaut de soutien est à l'origine d'une forme de découragement, exprimé à travers cette observation désabusée « Pourquoi on se ferait chier [...] ils ne veulent pas en trouver ». Et il ajoute, une autre remarque qui laisse entendre un épuiement interne « C'est pas faute de s'être... », comme si la vitalité a été vidée jusqu'au non verbal.

Pour Hochschild (1983) ces propos mettent en lumière une dissonance émotionnelle, dans laquelle les soignants essaient de maintenir une posture d'engagement malgré une perception marquée d'injustice et d'isolement. Dejours (1993) caractérise ce processus de souffrance éthique, lorsque le soignant est empêché d'agir en accord avec ses principes. Cette forme de tension durable peut engendrer un repli sur soi, un désengagement affectif, voire une forme de cynisme à visée défensive.

L'expérience des infirmiers interrogés exerce une influence centrale dans la façon dont cette souffrance est exprimée. En effet, les infirmiers les plus expérimentés émettent des propos clairs, parfois directs et abrupts concernant leurs désillusions : « Ils s'en foutent », « c'est compliqué ». Les infirmiers plus jeunes laissent apparaître une détresse plus diffuse, moins formalisée, difficile à expliquer mais tout aussi réelle : « on avait beau ... ».

Facteurs aggravants : banalisation, conditions de travail, manque de formation, négligence et privation de liberté

Les interviewés mettent en avant plusieurs facteurs aggravants qui amplifient ou génèrent les formes de violences institutionnelles perçues. Cinq participants font référence à la **banalisation** des pratiques coercitives. L'un stipule « c'est banalisé », alors, qu'un autre ajoute « pourquoi se faire chier », mettant en évidence une forme de résignation commune face aux situations considérées comme défailtantes mais uniformisées. Ce glissement éthique est amplifié par la certitude que certaines mesures coercitives font partie intégrantes du champ de la psychiatrie.

Tous les infirmiers évoquent **les conditions de travail** comme pourvoyeur possible de violence institutionnelle. L'un d'entre eux affirme « le turnover [...] c'est aussi une violence institutionnelle » et un autre explique « on était pas en effectif, on va dire très fourni ». Ces constats mettent en lumière une organisation en situation de fragilité, dans laquelle les équipes soignantes doivent pallier un manque structurel de personnel. Linhart (2009) apporte des

précisions concernant ces environnements, fragilisés par la précarité, le sous-effectif et les exigences paradoxales, amènent les professionnels à baisser leur seuil de tolérance à l'intolérable, ce qui entraîne à long terme une perte de sens collectifs.

Parallèlement, trois d'entre eux évoquent **un manque de formation** inquiétant. L'un explique que « la majorité des gens en poste sont des gens qui sont arrivés depuis moins de 3, 4, 5 mois [...] enfin c'est une mise en danger » et un autre complète « de par leur cursus, ne sont pas de leur faute, sortent de l'école pas assez formés ». Cette situation met à mal les jeunes infirmiers, confrontés à des grandes responsabilités sans pour autant avoir acquis les outils pour y faire face. Ce déséquilibre est pointé avec clairvoyance par un infirmier intermédiaire qui fait le constat « qu'elle peut être amenée à faire de la merde », non pas pour fustiger mais plutôt pour insister sur la vulnérabilité de ses jeune collègues face aux failles institutionnelles.

Le rapport Gollac et Bodier (2010) pointe clairement le manque de personnel, l'instabilité, le manque de formation, comme pourvoyeurs de risques psychosociaux qui entraînent une usure progressive du sens au travail.

Trois infirmiers évoquent aussi la négligence professionnelle qui est également perçue comme un facteur aggravant de la violence institutionnelle. Ils abordent la notion de collègue défaillant « C'est un mec qui fait mal son truc, ou qui n'est pas là au bon moment ou qui fait pas son taf bien » ou « une personne qui fait n'importe quoi », insistant sur les effets néfastes de comportements peu rigoureux sur la dynamique d'équipe.

Enfin quatre infirmiers évoquent **la privation de liberté** perçue comme injustifiée, que ce soit en lien avec le mode d'hospitalisation du patient ou avec le fonctionnement même du service. L'un d'entre eux rapporte « qu'il n'avait le droit à rien [...] comme si il était en soin sous contrainte », même si ça n'est pas le cas. Un autre décrit une hospitalisation sans consentement alors que la patiente « était d'accord pour être hospitalisée », mettant en évidence le manque de prise en compte du consentement du patient.

La régulation des déplacements est aussi évoquée « ils ne voulaient pas qu'on bouge leurs patients ». Ces propos mettent en lumière une restriction des libertés fondamentales, comme celle de circuler, de choisir ou de penser. Cette forme de coercition s'est installée comme une réalité institutionnelle banalisée, touchant aussi bien les patients que le personnel soignant, qui se retrouvent souvent contraints d'appliquer des règles qu'ils remettent en question. Szasz (1961) met en lumière cette dérive, la décrivant comme une déformation des soins au profit d'une fonction de régulation sociale. Dans ce contexte, les soins psychiatriques deviennent un outil de coercition plutôt qu'un moyen d'émancipation. Cette perspective théorique illustre les tensions ressenties par les soignants, qui font face à une souffrance éthique en raison de l'écart entre leurs valeurs de soin et les pratiques contraignantes. Lorsque cette situation s'inscrit dans les pratiques institutionnelles, elle crée un climat organisationnel délégitimant, où la relation soignante est remplacée par des logiques organisationnelles.

Les infirmiers les moins expérimentés se sont peu exprimé concernant les facteurs aggravants de la violence institutionnelle. Cette prise de parole limitée peut être justifiée par une absence de distance critique sûrement liée à leur temps d'exercice trop court. Ce qui rend difficile

l'analyse et la verbalisation des mécanismes organisationnels latents. Contrairement aux infirmiers plus expérimentés, ils peuvent percevoir des dysfonctionnements comme faisant partie intégrante du fonctionnement de l'unité, sans en repérer immédiatement la dimension problématique. Cette analyse soutient l'hypothèse que l'expérience permet d'identifier les dynamiques institutionnelles en jeu mais aussi d'avoir le sentiment de légitimité pour en témoigner.

Ainsi cette analyse révèle une violence institutionnelle omniprésente dans la dynamique quotidienne des services d'admissions psychiatriques. Elle s'exprime à travers des pratiques soignantes banalisées comme l'usage de la coercition, des transgressions procédurales, le manque de soutien hiérarchique, ainsi que des défaillances organisationnelles. A ces notions s'ajoutent des facteurs aggravants comme les conditions de travail, le défaut de formation, la négligence professionnelle et l'atteinte aux libertés fondamentales des patients.

Ces violences institutionnelles ne sont pas identifiées comme des défaillances isolées, mais comme des expressions courantes d'un système structuré par une dynamique de contrôle, parfois au détriment des valeurs soignantes. Un tel climat favorise le retrait, le désengagement professionnel voire un certain cynisme protecteur chez les professionnels de santé.

Les propos recueillis sont plus représentatifs des réalités vécues à ce jour puisqu'ils proviennent d'infirmiers toujours en poste dans ces services. Les infirmiers expérimentés s'autorisent une analyse critique grâce à un recul affirmé, tandis que les plus jeunes rapportent un vécu plus brut, parfois ambigu, voire caractérisé par le silence, notamment concernant les causes organisationnelles de la violence. Cette hétérogénéité d'expression en fonction de l'expérience met en évidence que la capacité à expliciter la violence se construit dans le temps, en étant confronté à la réalité et à l'aide d'échanges professionnels. Par rapport aux entretiens exploratoires réalisés auprès d'infirmiers n'exerçant plus en service d'admission, cette séance de focus group exprime une expérience issue du terrain, parfois ambivalente, et offre l'opportunité de comprendre ce qui est dénoncé, mais aussi comment cela est perçu et intégré au présent.

Conformément à la pensée d'Edgar Morin (2005), cette violence doit être appréhendée comme une réalité complexe, à la fois produite par l'institution, intégrée par les soignants, et parfois même perpétuée par ces derniers à défaut d'alternatives.

Après avoir mis en lumière la présence d'une violence institutionnelle latente, organisationnelle et souvent inclus dans le fonctionnement quotidien des soignants, il semble important d'interroger les ressources que les soignants utilisent afin d'y répondre. La deuxième question permet ainsi d'explorer un autre versant qui n'est plus de l'ordre du constat mais de l'ordre des moyens d'action utilisés par les soignants confrontés aux situations de tension ou de violence.

3.2. Les moyens à disposition pour faire face aux situations de tension ou de violence

La deuxième question invite les participants à partager leur point de vue non plus sur ce qu'ils subissent mais sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser pour intervenir ou limiter les situations de violence rencontrées en service d'admission. Les échanges peuvent me permettre de cerner les moyens concrets considérés comme accessibles et efficaces, qu'ils relèvent de l'institution (procédure, formation, législation), d'ordre relationnel (soutien collectif ou hiérarchique) ou d'ordre individuels (réflexivité professionnelle).

Le tableau ci-dessous représente ces différents thèmes qui ont émergé suite à l'analyse des données du focus group pour la deuxième question.

| Sous-catégorie | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Outils institutionnels | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Soutien du collectif/ des expérimentés | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Soutien hiérarchique ou médical | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Formation | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Législation | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Acquisition d'une réflexivité professionnelle | | ✓ | | | | ✓ |
| Syndicats | | ✓ | | | | ✓ |

Tableau 5 : Analyse question 2 du focus group

De manière plus implicite, cette question favorise une réflexion sur leur capacité d'agir dans un environnement contraint. Comme le stipule Clot (2010), la possibilité d'action ne se limite pas aux outils prescrits, mais sur l'aptitude à discuter le travail réel, instaurer des marges de manœuvre et préserver un fonctionnement collectif. L'analyse favorise l'émergence des leviers mobilisés et la façon dont les professionnels soignants, individuellement ou collectivement, élaborent des solutions afin de faire face à la violence institutionnelle.

Outils relationnels

Cette catégorie regroupe des leviers relationnels de type soutiens collectif, hiérarchique ou médical.

Soutien du collectif

L'un des premiers leviers évoqués par tous les interviewés pour faire face aux violences est le collectif de travail, perçu comme espace d'échange, de soutien et de structuration expérientielle. Un infirmier souligne en parlant de « l'équipe » que « c'est vraiment la base [...] c'est tout le temps les discussions, les réflexions et les améliorations qui sont possibles » et qui contribuent à préserver un équilibre face à la pression. Un autre infirmier pense que la cohésion

est centrale « La cohésion d'équipe et de façon de travailler tous ensemble », elle est perçue comme un élément favorisant la stabilité dans un environnement mouvant.

Ce soutien peut revêtir un caractère formel à travers les « réunions de staff » mais aussi un caractère informel comme « le café réflexif », qui est décrit comme « pas un truc défini, c'est plus un lieu de discussion ». Il s'appuie sur la possibilité d'en « parler en équipe », « d'échanger avec les postés ou ceux qui sont inter-postés » et même de reprendre « avec médecin, encadrement, DRH, cadre » ce qui indique que la régulation se joue sur plusieurs registres, notamment émotionnels, cliniques, hiérarchiques ou interactionnels.

Tous les infirmiers interrogés, y compris les moins expérimentés, s'expriment au sujet de la ressource collective. Les propos révèlent que le besoin d'un espace d'échange, d'écoute et de cohésion d'équipe touche tous les infirmiers. L'équipe représente un repère commun face à la violence institutionnelle.

Clot (2010) souligne que le collectif n'est pas uniquement un espace relationnel, mais un espace de vitalité psychique où la pratique se structure par le dialogue, l'observation mutuelle et l'élaboration collective du sens au travail. Dejours (1998) ajoute que la reconnaissance entre pairs est un élément central de la santé mentale au travail, notamment lorsque les réponses institutionnelles sont perçues comme inexistantes ou insuffisantes.

Soutien hiérarchique ou médical

La hiérarchie et le médical sont cités par cinq infirmiers comme des ressources éventuelles pour faire face aux situations de violence institutionnelle, mais dans une relation marquée d'ambivalence. D'une part, la position hiérarchique oblige à un respect de l'institution « Il y a une hiérarchie, t'es obligé de respecter ça », reconnaît un infirmier, ce qui révèle une forme de contrainte organisationnelle dans les canaux ascendants de l'information. D'autre part, les propos démontrent que des recours sont accessibles comme « Faire remonter au cadre sup », « Faire remonter à la cadre, cadre sup, cadre de santé » ou « Il y a des choses qu'on peut faire remonter à notre cadre ». Ces réflexions font apparaître une volonté d'emprunter les voies officielles, tout en laissant entendre implicitement que tout n'est pas résolvable par la hiérarchie.

En ce qui concerne le corps médical, deux infirmiers font mention d'interlocuteurs accessibles et ouverts « Il y a des médecins assez accessibles » ou « il y a des psy qui sont ouverts au débat ». Ces propos mettent l'accent sur le fait que la relation au pouvoir médical est hétérogène et qu'elle varie en fonction des individus, du contexte et des affinités professionnelles.

Ce rapport individualisé à la hiérarchie et au pouvoir médical met en lumière ce que Dejours (1998) définit comme une nécessité de reconnaissance verticale de l'activité effective. Lorsque cette reconnaissance fait défaut, la souffrance professionnelle ne peut être ni pensée, ni gérée. Linhart (2009) insiste également que le caractère imprévisible des réponses institutionnelles peut amplifier le malaise, notamment lorsque l'équipe soignante balance entre soutien sporadique et déni.

Ainsi, si les médecins et la hiérarchie sont perçus comme des ressources, ils peuvent néanmoins devenir sources de tension lorsqu'ils se montrent indisponibles ou peu engagés. Le fait que cette ressource soit verbalisée par les infirmiers expérimentés et les plus jeunes prouve qu'elle est universellement identifiée. Cependant elle est investie à des degrés divers en fonction de l'expérience antérieure et du contexte local.

Outils institutionnels

Quatre infirmiers évoquent les outils institutionnels qu'ils connaissent qui sont mobilisables en réponses aux situations de violences. Certains rapportent la possibilité de « faire une FEI », ou de « mettre une transmission » ou encore de remplir « les rapports circonstanciés », dans le but de formaliser un événement indésirable et de documenter celui-ci. Il est également question de « réunions de fonctionnement », d'outil de contrôle comme les « relevés de température », ou encore de dispositifs spécifiques comme « les CREX » et l'exploitation du logiciel « cariatide ». L'un des infirmiers résume « on a utilisé en tant qu'infirmiers les outils qu'on avait à disposition », reflétant une démarche adaptative plutôt que d'adhésion.

Ces outils s'inscrivent dans la prévention dite secondaire, étant donné qu'ils permettent une réponse structurée en post événement. Ils ont une fonction de protection médico-légale, de traçabilité et sont à l'origine de réponses institutionnelles. Cependant leur efficacité est peu interrogée. Selon Gollac et Bodier (2010), l'impact de ces outils est largement conditionné par la prise en considération de l'encadrement. En effet sans suivis, ni retours ils sont susceptibles de se limiter à de simples formalités sans répercussion sur les conditions de travail.

Ce sont essentiellement les infirmiers expérimentés qui s'y réfèrent les plus, laissant entendre qu'ils ont une meilleure connaissance de leur existence et de leur fonctionnement. Les jeunes professionnels s'y rapportent peu, reflétant une méconnaissance de leur existence ou d'un faible sentiment de légitimité à les utiliser, plus précisément dans les contextes où le recours à ceux-ci n'est pas valorisé par le collectif.

La formation

Trois infirmiers mentionnent la formation comme un levier mobilisable afin de faire face aux situations de violence, cependant son accès et son organisation semblent inégaux. Un des interviewés souligne la nécessité de « réformer petit à petit », tandis qu'un autre évoque « une formation interne à notre sauce », mettant en évidence une forme d'auto-organisation de l'acquisition de compétences au sein des équipes infirmières. La présence de ce cadre informel renvoie à une gestion parfois fragile de la transmission des savoirs.

Malgré cela, des dispositifs plus formels sont reconnus comme efficaces. C'est le cas du programme OMEGA, présenté comme un outil pertinent « on a OMEGA qui peut être pas mal, la pacification, tout ça, ça marche bien en général ». La formation est évoquée par plusieurs infirmiers ce qui démontre que ce volet est perçu comme nécessaire.

Le rapport Gollac et Bodier (2010) insiste sur le fait que la formation continue, lorsqu'elle est appropriée à la réalité de terrain, représente un élément déterminant dans la prévention des risques psychosociaux.

L'expérience offre la possibilité d'identifier les lacunes, mais aussi de structurer une transmission informelle de savoirs, ce qui complète les apports théoriques plus formalisés.

Législation et cadre juridique

Le cadre juridique est à la fois considéré comme un repère et comme un espace conflictuel dans la régulation de situations de contraintes. Cinq infirmiers font référence au cadre législatif. Certains renvoient au rôle du juge des libertés et de la détention « ça avait été validé par le JLD » ou aux documents à renseigner « les papiers à faire signer sur les soins sous contrainte ». D'autres abordent leurs responsabilités individuelles « c'est que moi le responsable » ou « notre responsabilité » témoignent d'une clairvoyance concernant leurs expositions juridiques.

Les lois régissant la privation de liberté, la traçabilité ou le secret professionnel sont parfois mal perçues voire mal appliquées, ce qui amplifie l'inconfort des soignants. Une infirmière relate « qu'elle prescrivait à distance, mais du coup sans voir la patiente », alors qu'une autre attire l'attention sur l'importance de « quand on reprend les textes » afin de se situer. Le recours à la notion « illégal » traduit une rupture manifeste entre la loi et la pratique, qui place les professionnels de santé dans une posture inconfortable, forcés d'accomplir des actes qu'ils considèrent comme juridiquement incertains.

Ces propos illustrent le fait que les professionnels utilisent le droit comme une ressource afin de se repérer, mais aussi comme protection individuelle dans un contexte institutionnel parfois ambigu. Hirigoyen (2003) affirme que cette ambiguïté juridique représente un levier classique de la violence institutionnelle, laissant place à des zones grises dans lesquelles l'institution délègue la responsabilité aux individus. Les soignants doivent alors se débrouiller seuls entre soins, éthique et lois, sans avoir systématiquement été formés à ces arbitrages.

Enfin, ce sont les soignants expérimentés qui font état de ces questions de manière la plus réfléchie: “ quand on reprend les textes” ou “ c'est moi le responsable”. Par contre les plus jeunes, se contente de citer les faits “ elle prescrivait à distance, mais du coup sans voir la patiente”, sans faire référence aux notions légales. Ce qui suggère que l'aptitude à articuler ses notions de soin et droit se construit dans le temps, à travers l'expérience et l'exposition régulière aux situations concrètes.

Réflexivité professionnelle

La réflexivité professionnelle est exprimée par deux infirmiers, intermédiaires et expérimentés. Elle est perçue à la fois comme une compétence nécessaire et difficile à acquérir. L'un d'eux met l'accent sur le fait que « développer ça, c'est très long et peut être que des gens qui travaillent depuis 10 ans ne le sauront quand même pas », illustrant la complexité de cette

compétence à penser sa pratique dans l'action. Cette remarque suggère que la réflexivité relève à priori d'un processus continu, personnel et contextuel.

L'autre infirmier explique les difficultés auxquelles peuvent être confrontés certains collègues « il fait de la merde, parce qu'il y a une usure professionnelle, parce qu'il y a des manquements dans son équipe ». Cette formulation brutale mais réfléchie illustre la souffrance liée à une perte de sens, et la difficulté à préserver une posture réflexive lorsque le fonctionnement collectif est altéré.

Ces paroles viennent étayer ce que Schon (1983) nomme "praticien réflexif". Celui qui est en capacité d'apprendre de son expérience tout en analysant les situations rencontrées, parfois de façon simultanée. Cependant cette capacité repose sur des espaces de parole, de transmission et de prise de recul, qui font défaut à une partie des professionnels. Notamment dans des contextes tendus, surchargés ou marqués par le manque de reconnaissance. La réflexivité ne relève pas d'une évidence, elle apparaît comme une ressource fragile qui dépend de l'environnement et de la dynamique collective.

Cependant, lorsque cette dynamique est éprouvée, des médiateurs extérieurs à l'équipe comme les syndicats, peuvent jouer un rôle de facilitateur, bien que leurs missions soient évoquées de manière ponctuelle au cours de l'interview.

Les syndicats

Les syndicats sont cités rapidement par deux infirmiers, sans réelle évaluation explicite de leur capacité d'action. Deux éléments discursifs illustrent cette position périphérique « deux syndicats différents » et « les syndicats peuvent faire remonter des choses directement sans intermédiaire ». Les syndicats sont reconnus, cependant ils ne sont pas spontanément évoqués comme des ressources protectrices ou comme instance de soutien en situation de violence institutionnelle.

Pourtant, les références théoriques sur la souffrance au travail indiquent que la représentation collective est un facteur de protection, à condition qu'elle soit clairement identifiable, facilement accessible, légitime et réactive (Gollac et Bodier, 2010). Le défaut de soutien collectif visible contribue à un sentiment d'isolement ou de désengagement des professionnels de santé face aux contraintes organisationnelles vécues comme violentes.

Ainsi, l'analyse fait émerger une multitude de ressources utilisées par les professionnels de santé afin de faire face aux tensions. Notamment des outils institutionnels, les appuis du collectif et des postures professionnelles acquises avec l'expérience. Ces moyens se révèlent inégalement accessibles et pour certains faiblement reconnus. Leur efficacité repose sur le contexte, le soutien hiérarchique et sur la cohésion d'équipe. Les infirmiers expérimentés semblent plus aptes à en exploiter les effets bénéfiques du fait de leur maîtrise des circuits formels et informels.

Cette analyse révèle aussi les limites de ces ressources comme un ajustement permanent, parfois un manque de structuration et certaines charges symboliques transmises aux équipes. Suite à

l'exploration des ressources mobilisées par les professionnels soignants afin de faire face aux violences, la troisième question lance une piste de réflexion sur l'apport possible d'une figure professionnelle en développement dans les services : l'infirmier en pratique avancée . Il convient donc d'examiner la manière dont cette nouvelle fonction est perçue et quelle plus-value elle pourrait apporter aux équipes soignantes en service d'admission psychiatrique.

3.3. Connaissance de l'IPA : ce qu'il est en mesure d'apporter à une équipe soignante en unité d'admission

Suite à l'exploration des ressources dont disposent les infirmiers afin de faire face aux situations de tensions en service d'admission, la troisième question interroge la perception qu'ont les participants du rôle de l'IPA. Elle offre la possibilité d'évaluer la place qu'occupe cette fonction au sein du collectif de travail, au regard de l'appui clinique apporté, de la coordination, ou en terme de valorisation des compétences. Les propos recueillis mettent en lumière une vision nuancée, entre attentes implicites, représentations mal définies et reconnaissance partielle des fonctions de l'IPA en intra hospitalier.

Le tableau ci-dessous représente ces différents thèmes qui ont émergé suite à l'analyse des données du focus group pour la troisième question.

| Sous-catégorie | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Connaissance des missions de l'IPA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Disponibilité et accessibilité de l'IPA | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Soutien aux équipes | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Lien entre l'équipe et le médical | | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Limites perçues de l'IPA | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Implémentation | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ |

Tableau 6 : Analyse question 3 du focus group

Connaissance des missions de l'IPA

Le discours des 5 infirmiers met en lumière une connaissance partielle, manquant de clarté sur certains points, des missions de l'IPA. Deux participants expriment leurs méconnaissances directes des missions de la profession « je me suis pas trop penché sur la question, donc je sais pas trop ce qu'il fait » ou « je pourrais me renseigner sur les missions générales d'un IPA ».

D'autres propos révèlent une incertitude concernant le champ d'intervention « c'est pas sa fonction, c'est ce que t'as ressenti », « ils ne peuvent que prescrire ce qui a déjà été prescrit » et « il voit des patients et ils peuvent prescrire des trucs ». Un infirmier affirme même « qu'il doit créer ses propres missions », ce qui indique qu'il s'agit d'une fonction en construction, mal délimitée, et sans référentiel partagé au sein des équipes soignantes.

Les propos recueillis reflètent une absence de cadre professionnel clairement définie, ou l'IPA est considéré comme un intervenant à mi-chemin entre la profession infirmière et médicale, sans que ces prérogatives ni sa valeur ajoutée ne soient clairement identifiées. Ce constat rejoint les travaux de Luan et Fournier (2023), qui prouve que les IPA, malgré leur haut degré de compétence, éprouvent des difficultés à s'inscrire dans un positionnement défini dans l'organisation hospitalière. Et ce en raison d'une légitimité institutionnelle fragile. Kaufmann (1996) révèle également que l'absence de représentation collective claire ralentit la légitimation d'une fonction professionnelle émergente.

Toutefois, malgré une méconnaissance de l'IPA et ses missions, les interviewés considèrent que la disponibilité de ce professionnel de santé est un levier.

La disponibilité de l'IPA comme levier

L'IPA est considéré par les infirmiers comme un appui de proximité, dont la présence favorise la communication et la réactivité au sein des équipes soignantes. Les propos recueillis évoquent cette disponibilité, souvent mise en parallèle avec le manque de disponibilité du psychiatre « il est plus accessible et plus disponible qu'un médecin » ou « plus disponible que le psychiatre ». Cette accessibilité lui procure une fonction de coordination entre les différents acteurs de soins « il est entre l'équipe infirmière et le médecin », déclare une infirmière, et elle ajoute « il discute et avec l'équipe », ce qui reflète une attitude favorable à l'échange clinique dans la pratique quotidienne.

Pour autant, cette disponibilité présente parfois un certain flou dans son application pratique, comme le stipule une infirmière « on ne sait pas quand est ce qu'on peut le solliciter ». Ces propos illustrent le fait que la fonction est en cours de construction, et que la présence de l'IPA, n'est pas encore pleinement ancrée comme un soutien structuré dans les démarches de prise de décisions infirmières.

Cette représentation d'un acteur pivot au sein d'un dispositif, accessible et transversal, s'aligne sur les recommandations du projet de pôle d'un secteur d'un EPSM des haut de France (2020), qui met en valeur le développement de professionnels ressources, en mesure de renforcer la qualité des soins en favorisant le lien entre les différentes disciplines, dans une perspective d'approche horizontale et inclusive.

Aussi, les échanges font émerger clairement et de manière partagée majoritairement l'IPA comme un appui concernant les pratiques cliniques.

Un appui aux pratiques cliniques

L'IPA est perçu par cinq des participants comme un appui clinique pour les équipes soignantes, notamment dans les situations complexes. Cette mission s'exprime à travers des paroles explicites « ça peut nous aider », et une infirmière réagit à ce propos par « ah oui c'est sûr ». Un autre infirmier y voit un intérêt « pour échanger sur certaines questions ». L'IPA est ainsi considéré comme un professionnel avec qui il est pertinent d'aborder les difficultés cliniques

rencontrées dans les unités, comme en témoigne un autre infirmier au travers de ses propos « qu'il y a un souci que l'équipe rencontre ».

Cette fonction de soutien s'appuie sur une démarche de réflexivité collective, dans laquelle l'IPA favorise la verbalisation des tensions professionnelles, soutient la réflexion clinique, et participe à l'émergence de pistes d'ajustement. La pensée de « faire évoluer les pratiques en intra » illustre bien cet aspect. L'IPA n'a pas vocation à se substituer à l'équipe, il est une ressource qui l'aide à réfléchir différemment les situations, avec une prise de recul.

Cette posture fait écho au concept de praticien réflexif défini par Schön (1983), d'après lequel le professionnel expert ne se limite pas à apporter des solutions techniques, mais aide à la structuration du raisonnement en situation concrète. Il apparaît donc comme un facilitateur de réflexion clinique, en mesure d'accompagner l'équipe en préservant les dynamiques participatives. Ainsi, il peut se révéler un lien entre l'équipe soignante et le corps médical.

Lien entre équipe soignante et le corps médical

Trois participants évoquent cette place de l'IPA à travers des propos quelque peu teintés d'ambivalence. Pour certains, il est un intermédiaire nécessaire « pour moi c'est l'intermédiaire entre le médecin et l'équipe », soulignant une fonction possible de médiateur dans les échanges professionnels. Un autre participant reprend cette vision en indiquant que le lien médecin-infirmier est déjà effectif « c'est pas un intermédiaire, parce qu'en soi, t'as pas besoin de passer par l'IPA pour communiquer avec le médecin ». Le dernier professionnel pense qu'une « meilleure proximité avec le psychiatre et le psychiatre nous écoute un peu plus ». Ainsi, il suggère que l'IPA peut jouer un rôle de facilitateur sur la dynamique interdisciplinaire.

Cette fonction de coordination, malgré quelques ambiguïtés dans les propos, renvoie à ce que le projet de pôle cité antérieurement définit comme un facteur d'évolution des pratiques. Grâce à des professionnels intermédiaires aptes à établir des liens entre les professionnels et de garantir une continuité des soins. Cette approche corrobore la pensée complexe d'Edgar Morin (2005), pour qui la richesse d'un système s'appuie sur l'épaisseur du maillage interdisciplinaire.

Au fil des échanges, émergent peu à peu les limites du rôle et des interventions de l'IPA dans un service d'admission fermé.

Limites perçues de l'IPA

Lors de l'interview trois infirmiers s'expriment sur d'éventuelles limites du rôle de l'IPA en unité d'admission, notamment dans son rapport avec les médecins psychiatres. L'un d'eux exprime « quand ça concerne les "psy" et leurs décisions, je ne suis pas sûr que ça change grand-chose », suggérant que l'IPA exerce une influence limitée sur la sphère décisionnelle médicale. Un autre infirmier dit « c'est sûr que je pense que certains "psy" sont assez fermés à la discussion », ce qui laisse entendre qu'il existe des résistances culturelles ou relationnelles au sein de certaines unités d'admission.

Cette réserve d'investissement du rôle IPA dans la sphère des unités d'admissions est aussi mise en avant par une participante « les IPA servent plus sur l'ambulatoire que sur l'intra », témoignant d'une perception du rôle IPA encore cloisonnée.

Ces propos font écho au rapport Millon (2009) qui souligne que les réformes en psychiatrie, notamment celles qui introduisent des professions émergentes, rencontrent des résistances face à l'inertie des centres hospitaliers. Il met l'accent sur l'importance d'une coopération interprofessionnelle constante afin de permettre aux fonctions émergentes d'assumer pleinement leur rôle et de contribuer à l'évolution des pratiques. Ce qui nous amène à une problématique connue et partagée par bons nombres d'IPA, l'implémentation de cet exercice professionnel infirmier.

Difficulté d'implémentation

Au cours des échanges quatre infirmiers expriment une absence de lisibilité concernant l'implémentation de la fonction IPA, qui altère son intégration au sein des équipes. Plusieurs propos témoignent de cette incertitude « parce que l'IPA, il est arrivé ici, ils n'ont toujours pas vraiment défini ce qu'il doit faire » ou « même les IPA, ils savent pas ». L'absence de cadre de structuration est à l'origine de confusion autour des attentes et des responsabilités. Le manque d'informations est aussi pointé en ces termes « Il y a un manque d'information » ou « c'est ce qu'ils nous ont expliqué en tout cas quand ils nous ont présentés les IPA », suggérant que les présentations initiales de la fonction de l'IPA sont perçues comme partielles ou dépourvues de forces mobilisatrices.

Un infirmier rapporte « on a jamais eu de réelle présentation ou de fonction de ce que fait l'IPA au sein de l'EPSM en tout cas », démontrant qu'il existe des failles au niveau du plan d'intégration sur le plan institutionnel. Ce contexte compromet le positionnement IPA, non seulement auprès des équipes, mais aussi en ce qui concerne son ancrage durable dans les pratiques professionnelles en psychiatrie.

Luan et Fournier (2023) mettent en avant que cette définition floue du rôle est un frein important à l'intégration de la profession IPA. En l'absence de cadre clair, sans soutien institutionnel, l'IPA reste un professionnel excentré, difficilement identifiable par les équipes de soins. Clot (2010) souligne que la construction d'une profession doit être sujette à la confrontation des points de vues, la réflexion sur les objectifs visés et les possibilités d'action. Or, à défaut de régulation collective et de débats structurés, les IPA éprouvent des difficultés d'intégration, prises entre les attentes imprécises et des rôles ambigus.

Ainsi les éléments recueillis reflètent une vision encore imprécise mais potentiellement bénéfique de la fonction IPA en service d'admission. Les participants identifient tout de même une valeur ajoutée de l'IPA, à travers la disponibilité, l'appui clinique, le rôle d'intermédiaire entre le corps médical et l'équipe soignante et l'accompagnement réflexif sur les pratiques professionnels. Ces notions expriment une attente réelle, en dépit des freins liés à une élaboration en cours du rôle et de sa reconnaissance institutionnelle.

Son efficacité perçue est conditionnée à la fois par sa posture, sa visibilité et du soutien institutionnel dont il dispose. Cette fonction émergente, donne lieu à des interrogations, des incertitudes et des espoirs, notamment chez les infirmiers confrontés à un contexte professionnel sous tension.

Poursuivant cette réflexion, la question suivante invite à aller au-delà de la perception générale du rôle de l'IPA afin d'analyser son impact potentiel sur la capacité d'agir des professionnels de santé. Il s'agit d'aller questionner plus directement la façon dont l'IPA pourrait contribuer à développer l'aptitude des infirmiers à gérer efficacement les situations de violences institutionnelles, à travers une dynamique de soutien et de transformation des pratiques professionnelles.

3.4. IPA et pouvoir d'agir des soignants dans ces situations de violences

Cette partie fait suite à l'analyse de la perception du métier d'IPA et elle s'intéresse en particulier à l'impact potentiel de l'IPA sur le pouvoir d'agir des infirmiers en service d'admission. Notamment dans un contexte où la violence institutionnelle est présente. Elle ouvre la réflexion sur l'identification des leviers que les infirmiers relient à la présence IPA comme la formation, les soutien clinique, l'accompagnement dans les situation complexes, la coordination interdisciplinaire ou encore l'harmonisation des pratiques.

Le tableau ci-dessous représente ces différents thèmes qui ont émergé suite à l'analyse des données du focus group pour la quatrième question.

| Sous catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Formation et montée en compétences | | ✓ | | | | ✓ |
| Soutien dans les situations complexes | | ✓ | | | | ✓ |
| Approche pluridisciplinaire | ✓ | ✓ | | | | |
| Expertise clinique | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Uniformisation des pratiques | ✓ | ✓ | | | | ✓ |

Tableau 7 : Analyse question 4 du focus group

Cette réflexion fait écho aux travaux de Clot (2010), pour qui la capacité d'agir dans le cadre professionnel repose sur les facultés de réflexion critique sur les pratiques, à concevoir en collaboration des marges de manœuvre, et de faire évoluer les pratiques professionnelles. A travers leurs propos, les participants expriment leurs attentes à la fois pragmatiques et symboliques, centrées sur une fonction susceptible de consolider leur légitimité professionnelle, leur autonomie clinique, dans un contexte de travail sous contrainte.

L'expertise clinique : un levier du pouvoir d'actions des soignants

Cinq participants s'accordent pour dire que l'IPA est un professionnel qui dispose d'une expertise clinique dépassant le champ d'action de l'infirmière. Un des infirmiers stipule que les IPA « ont quand même une forme d'expertise sur un domaine ou qui dépasse la cadre d'un infirmier lambda ». Un autre, quant à lui précise « regarde un peu, enfin, pas extérieur, mais un peu plus que nous quand même ». Ces propos traduisent la reconnaissance par les infirmiers d'un haut niveau de compétences de l'IPA. Cette expertise est davantage valorisée par leurs expériences professionnelles dans la discipline « prendre en compte qu'un IPA qui a fait ses expériences infirmières » ou « l'IPA dans la structure qui est formé au suicide ». Leur aptitude

à « prescrire » est aussi relevée par une participante. Ce qui marque une évolution professionnelle des IPA qui renforce leur légitimité, notamment dans les échanges avec les médecins psychiatres.

Ce point de vue donne à l'IPA une certaine crédibilité, en effet il est à la fois reconnu pour ses compétences et sa légitimité à s'impliquer dans les situations complexes. Abbott (1988) met en avant que l'autorité professionnelle s'appuie sur l'aptitude à apporter des solutions aux problématiques que les autres jugent complexes. L'IPA occupe une place qui se situe au carrefour de l'organisation hiérarchique et disciplinaire. Il est suffisamment expert pour apporter des solutions et encore assez proche du milieu du soin pour être considéré comme un soutien.

Formation et montée en compétence : l'IPA une ressource

L'IPA est perçu par deux infirmiers comme un professionnel ressource en ce qui concerne la formation continue. Il est à même d'impacter positivement la montée en compétence des équipes de soignantes. Plusieurs propos vont en ce sens, souvent de manière pragmatique « Tu peux faire de la formation », « il pourra faire des topos » ou « j'ai vu avec l'IPA, mais de toute façon, il va commencer ces formations ». Ces verbatims laissent transparaître une certaine attente de transmission des savoirs, dans une dynamique de développement de l'autonomie professionnelle. Le deuxième infirmier apporte une précision « J'avais déjà fait la formation avec lui », ce qui met en évidence que cette démarche est déjà engagée au sein du service.

Les propos démontrent que les participants ont une perception de l'IPA comme médiateur des savoirs. Il est en capacité d'adapter le contenu des formations aux besoins du terrain. Cette mission pédagogique suscite un intérêt croissant car elle se développe dans un contexte où les formations dispensées par certains organismes sont parfois jugées inadaptées, trop théoriques ou difficilement accessibles.

Ce point de vue vient corroborer les travaux menés par Zimmerman (1995) concernant l'empowerment. Selon lui, l'accès à certains savoirs spécifiques, pertinents et répondant aux besoins du terrain est une condition centrale du pouvoir d'agir collectif. Dans cette perspective, l'IPA peut devenir un catalyseur de reconnaissance et de sécurisation des pratiques, en luttant contre le sentiment d'abandon ou d'impuissance parfois rapporté par les infirmiers d'admission.

Soutien dans les situations complexes

Deux infirmiers identifient à travers leurs propos, l'IPA comme un personnel ressource les situations de prise en soin complexes. L'un d'eux affirme « on peut avoir des difficultés sur les prises en charge [...] et on a quelqu'un qui du coup, extérieur, va apporter quelque chose », mettant en avant l'avantage d'une intervention par un professionnel ayant le recul nécessaire et externe au tension d'équipe. L'autre stipule que l'IPA est une « ressource pour des questions sur des situations compliquées », traduisant la nécessité d'un soutien clinique pragmatique.

Cette posture professionnelle est évoquée par Schön (1983) dans ses travaux du praticien réflexif, qui joue un rôle de facilitateur de pensée dans la pratique. L'IPA n'est pas considéré comme un supérieur hiérarchique, mais plutôt comme une ressource apte à aider l'équipe à mettre du sens dans l'action, tout en respectant les pratiques actuelles. Cet accompagnement sporadique, ciblé et intégré dans la pratique quotidienne, renforce le pouvoir d'agir du collectif, tout en leur donnant de la légitimité par rapport aux décisions prises sur le terrain.

Approche pluridisciplinaire

Deux infirmiers ont une perception de l'IPA comme un professionnel en mesure de promouvoir une approche pluridisciplinaire, renforcé par son parcours de formation axé sur le champ médical et infirmier. Un des infirmiers évoque « une approche différente de par les études », soulignant la particularité de son parcours de formation et sa fonction transversale. Ce caractère complémentaire est détectable dans les espaces de coordination « réunion ou les médecins, et du coup l'IPA et l'encadrement sont présents pour peut-être aborder les sujets sous un autre angle ».

Les verbatims mettent en avant le fait que l'IPA est en capacité d'apporter un point de vue supplémentaire aux situations complexes, par la confrontation des différentes perspectives professionnelles et les échanges entre les disciplines. Il représente donc un professionnel d'interface réflexif qui participe au décloisonnement des soins.

L'IPA est apte à faciliter la communication entre des professionnels de disciplines différentes ce qui s'inscrit dans une approche de complexité telle que définie par Edgar Morin (2005). Selon lui, appréhender une situation dans sa globalité implique la mise en lien de plusieurs points de vue, disciplines et axes d'interprétations. C'est à ce niveau que l'IPA peut jouer un rôle pivot dans la coordination des prises en soins en renforçant le sens du partage dans un contexte de soin souvent disséminé.

Harmonisation des pratiques

L'IPA peut aussi être perçu comme un facteur d'harmonisation des pratiques professionnelles. En effet, il contribue à apporter une certaine cohésion au niveau des postures et des décisions du collectif. Un des participants affirme que l'IPA « ça aide à aller tous dans le même sens ». Et un autre ajoute « oui, carrément, qu'on ait tous le même [...] parler d'une même voix, c'est ça ». Cette convergence d'idée des participants traduit une forte attente de cohérence collective, dans un environnement emprunt aux décisions parfois non coordonnées. Le rôle de l'IPA est alors de porter la référence clinique et être un catalyseur d'une organisation collective, en mesure de faire évoluer les pratiques, comme le souligne un des interviewés au travers de ses propos « dans le but peut-être de faire évoluer les pratiques ». Il joue donc un rôle de stabilisateur des repères, est de garant de la circulation de l'information et prend part à l'élaboration d'un langage professionnel commun.

Cette posture est évoquée par Clot (2010), il la nomme de la sorte « un genre professionnel partagé » qui est une des conditions nécessaires à la coordination d'équipe et à la

prévention de l'isolement au travail. Par le renforcement de la cohésion d'équipe, l'IPA est impliqué dans la consolidation du pouvoir d'agir de l'équipe de soin. Il s'agit là, d'une notion importante à prendre en compte dans un contexte soumis aux tensions éthiques et organisationnelles persistantes.

Cette analyse des propos tenus par les participants révèle que les infirmiers les plus expérimentés font plus référence aux différentes thématiques en lien avec l'empowerment. Notamment la formation, l'expertise clinique ou l'approche pluridisciplinaire. En revanche, les infirmiers les moins expérimentés ne se sont quasiment pas prononcés sur ces thématiques. Ce silence exprime probablement une difficulté de projection dans une logique participative au changement. Cela met en lumière que le sentiment du pouvoir d'agir s'acquiert avec le temps, l'expérience et les échanges professionnelles et par la légitimation au sein des équipes.

Ainsi toutes les réponses apportées à cette question mettent en évidence que l'IPA est considéré comme vecteur de l'amplification du pouvoir d'agir. Notamment par son aptitude à communiquer, soutenir et coordonner. Que l'on parle de formation, de soutien dans les situations complexes ou d'expertise clinique, l'IPA représente une fonction désirée par les professionnels de terrain cependant elle est toujours en cours de structuration. Cette conception demeure néanmoins répartie de manière inégale selon les professionnels, elle dépend de l'expérience et de la légitimité au sein du collectif. Dans un contexte teinté d'incertitude et de violence organisationnelle, l'IPA se présente comme un acteur de l'évolution des pratiques possible, sous réserve d'être légitimé, identifié et d'avoir le soutien de l'institution.

4) Le leadership clinique des IPA : compétence contribuant à renforcer les capacités à reconnaître, comprendre et réguler les situations de violence institutionnelle des infirmiers en unité d'admission psychiatrique

L'hypothèse de recherche énoncée supposait que le leadership clinique des infirmiers en pratique avancée contribue à l'empowerment des soignants en psychiatrie. Un pouvoir d'agir à travers une meilleure appréhension, compréhension et régulation des situations de violence institutionnelle auxquelles ils sont exposés dans leur pratique quotidienne. L'analyse inductive, réalisée selon la méthode de Laurence Bardin, des données issues du focus group semble confirmer partiellement cette thèse. Les participants sont en poste en unité d'admission au moment de l'enquête et ils décrivent une violence institutionnelle multiforme. En effet, les verbatims nous permettent d'identifier des violences procédurales, relationnelles, organisationnelles et symboliques qui entrent parfois dans la norme, posant des dilemmes éthiques aux professionnels de santé qui y sont confrontés. La majorité de ces derniers sont en proie à un sentiment d'impuissance parfois même de résignation, nettement plus perceptible chez les jeunes professionnels.

Face à cet état des lieux, l'infirmier en pratique avancée est perçu comme une ressource possible par les soignants interviewés. Ils s'accordent à dire que l'IPA peut être un point d'appui à la formation continue, un soutien clinique et à la réflexivité. Il est aussi apte à soutenir les équipes dans la gestion des situations complexes, mettre en place des espaces d'analyse de pratiques et contribue à une meilleure coordination des soins.

Le leadership de l'IPA est dit clinique car il repose sur la proximité, la compétence et transversalité. Une compétence clé sur laquelle s'appuie l'IPA afin d'induire l'émergence progressive d'une parole collective, d'une mise en sens des pratiques professionnelles et d'un sentiment d'efficacité collective. Sans se substituer au cadre de santé, l'infirmier en pratique avancée apporte une approche complémentaire, horizontale, favorisant l'autonomie des professionnels de santé tout en sécurisant leurs pratiques quotidiennes.

L'hypothèse est partiellement confirmée sur plusieurs points importants. L'IPA se positionne comme un acteur ressource en termes de sécurisation des décisions cliniques, d'organisation du collectif professionnel et de valorisation de l'expertise infirmière.

Par son approche transversale et son intégration dans les pratiques de terrain, l'IPA joue un rôle dans le renforcement de l'empowerment des équipes soignantes, sous réserve d'être clairement identifié, légitimé par l'équipe médicale et parfaitement intégré aux processus institutionnels, car cette intégration conserve un caractère fragile et inégalement implémenté, comme en témoignent les données recueillies auprès des participants.

Conclusion

Ce travail de recherche, inscrit dans une approche de théorisation ancrée, a permis d'étudier les perceptions de la violence institutionnelle chez les infirmiers postés en service d'admission psychiatrique. Aussi, j'ai pu interroger la fonction possible de l'IPA dans la gestion de ces situations de violences.

L'analyse inductive des propos recueillis des interviewés a révélé la nature complexe et intégrée de cette violence ainsi que les conséquences professionnelles qu'elle induit.

Cette violence rapportée par les infirmiers ne dépend pas uniquement de comportements isolés, mais d'une culture institutionnelle invisible, ancrée, banalisée qui altère la qualité des soins et l'engagement des professionnels de santé. Au sein de cet environnement marqué par les tensions, les équipes soignantes manifestent une attente marquée d'espace de soutien, de formation, de reconnaissance et d'organisation des pratiques.

Grâce à son approche clinique, son expertise infirmière et son rôle d'interface, l'IPA se présente comme un personnel ressource pour répondre à ces besoins. Lorsque son implémentation est sans ambiguïté et soutenue, il est apte à redonner du sens au travail, à organiser des pratiques collectives et à renforcer l'empowerment des agents face aux violences institutionnelles.

Ainsi ce mémoire de recherche met en évidence que le leadership clinique de l'IPA n'est pas lié à un rôle formel ou hiérarchique, mais plutôt à un engagement opérationnel, centré sur la collaboration, la réflexivité et l'amélioration continue des pratiques de soins. Il n'est pas l'unique réponse à la violence institutionnelle, mais une ressource exploitable, à condition d'être légitimé, soutenu et intégré à une stratégie institutionnelle d'amélioration des conditions de travail en psychiatrie.

Ce travail est le point de départ d'une réflexion plus large sur la violence institutionnelle en psychiatrie. Il ouvre de nouvelles perspectives de recherche à explorer davantage, comme la perception de la violence par les patients et leurs familles, qui sont directement concernés. L'organisation d'autres focus group composé de personnels issus de l'encadrement, de directeurs des soins, de chefs de service ou de médecins, permettrait d'approfondir la compréhension de cette violence institutionnelle en apportant le point de vue de niveaux hiérarchiques supérieurs. Une démarche de ce type donnerait accès à une vision plus large et interdisciplinaire du fonctionnement institutionnel, et contribuerait à identifier les axes d'amélioration afin de faire évoluer l'offre de soin.

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Augé, M. (1992). *Non-lieux : Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Seuil.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Éditions du Seuil.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x>
- Castel, R. (2011). *La gestion des risques : De l'antipsychiatrie à l'après-psychoanalyse*. Minuit.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion*. Éditions du Seuil.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Bayard.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil.
- Dubet, F. (1994). *Le déclin de l'institution*. Éditions du Seuil.
- Fassin, D. (2018). *La vie, mode d'emploi critique : Essais de santé publique*. Seuil.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Les Éditions de Minuit.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2010). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Ministère du Travail.

Groleau, R., & Da Silva Guerreiro, J. (2019). Aggression en milieu psychiatrique fermé : Identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 45–68. <https://doi.org/10.7202/1060006ar>

Haute Autorité de Santé. (2020). *Isolement et contention en psychiatrie de la personne adulte : Recommandations de bonne pratique*. <https://www.has-sante.fr>

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2009). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (4th ed.). Elsevier Health Sciences.

Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H., & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2378–2392. <https://doi.org/10.1111/jan.14092>

Hirigoyen, M.-F. (2001). *Malaise dans le travail : Harcèlement moral, démêler le vrai du faux*. La Découverte.

Hirigoyen, M.-F. (2003). *Le harcèlement moral : La violence perverse au quotidien* (Nouvelle éd. augmentée). La Découverte.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.

Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.

Kazaal, Y. (2002). Comprendre la violence en psychiatrie : Approche clinique et thérapeutique. In L. Morasz (Ed.), *Psychiatrie et violence* (p. 256). Dunod.

Lamb, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., & Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 5(3), 400–413. <https://doi.org/10.1002/nop2.150>

Lefebvre, H. (1974). *La production de l'espace*. Paris : Anthropos.

Linhart, D. (2009). *Perte d'emploi, perte de soi*. Toulouse : Érès.

Linhart, D., Rist, B., & Durand, E. (2005). *Perte d'emploi, perte de soi*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.linha.2005.01>

Luan, L., & Fournier, C. (2023). Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : La construction difficile d'une profession à l'exercice fragile (n° 277). IRDES.

Manoukian, A. (2015). *La relation soignant-soigné* (4e éd.). Paris : Éditions Lamarre.

Milon, A. (2009). *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*. Sénat et Assemblée nationale.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice de l'infirmier en pratique avancée*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037245660>

Molinier, P. (2005). Le travail du care : Souffrance et éthique. In J. Ion & P. Monjaret (Eds.), *Travailler dans le social* (pp. 121–133). La Découverte.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Éditions du Seuil.

Pezé, M. (2011). *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés : Journal de souffrance au travail*. Les Arènes.

Projet de pôle de santé mentale du secteur 59G21. (2020). *EPSM Lille Métropole*.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72–84.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation.

Terrenoir, V., Barat, C., Massabuau, C., & Schill, H. (2022). *Rapport de l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVS) 2022 : Données 2020 et 2021*. Direction générale de l'offre de soins. <http://social-sante.gouv.fr/dgos-onvs-rapports-annuels>

Veil, C. (2011). *Vulnérabilité au travail : Une approche psychanalytique*. Érès.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581–599.

Table des matières

Sommaire

Glossaire

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| I. LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE : QU'EN DISENT LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ? | 3 |
| A. Appréhender des réalités de terrain : quel chemin emprunter ? | 3 |
| 1) La méthode de recherche | 4 |
| 2) La posture du chercheur | 4 |
| 3) Finalité de cette enquête exploratoire | 4 |
| 4) Caractéristiques de la population cible et lieu d'enquête | 5 |
| 5) Modalités de recrutement et de passation..... | 5 |
| 6. L'outil d'enquête : L'entretien | 6 |
| 7) Méthodologie d'analyse de contenu | 6 |
| B. Analyse des données empiriques recueillies | 6 |
| 1) Profil de la population enquêtée | 6 |
| 2) Déroulé des entretiens | 7 |
| 3) Analyse de contenu : Les thématiques identifiées | 7 |
| Les situations considérées comme violente : une dynamique complexe | 10 |
| Facteurs déclencheurs ou aggravants de la violence institutionnelle | 15 |
| Les conséquences de la violence institutionnelle | 18 |
| Évolution du regard face à la violence | 20 |
| Les facteurs de protection face à la violence institutionnelle..... | 23 |
| 4) Le leadership de l'Infirmier en Pratique Avancée : une fonction transversale et innovante au service de la qualité des soins | 26 |
| Un leadership clinique basé sur l'expertise et l'autonomie | 26 |
| Un leadership transformationnel et collaboratif..... | 27 |
| Un leadership systémique et stratégique..... | 28 |
| Un leadership politique : action sur les représentations tout en faisant évoluer le système | 28 |
| II. VIOLENCE INSTITUTIONNELLE EN PSYCHIATRIE : QUELS POSSIBLES ENTRE INFIRMIERS ET IPA ? | 30 |
| A. Méthodologie d'enquête | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 1) Finalité de l'enquête..... | 30 |
| 2) Population cible et lieu d'enquête | 30 |
| 3) Modalités de recrutement | 31 |
| 4) L'outil d'enquête : Le focus group..... | 32 |
| a) Les règles du focus groupe | 33 |
| b) Avantages du focus groupe | 33 |
| c) Limites de la méthode | 33 |
| B) Analyse des données empiriques | 34 |
| 1) Profil de la population enquêtée..... | 34 |
| 2) Déroulé du focus group..... | 35 |
| 3) Analyse de contenu..... | 35 |
| 3.1. Expériences de violences institutionnelles vécues dans une unité d'admission en | |
| équipe..... | 35 |
| Les situations considérées comme violentes..... | 37 |
| Les acteurs | 39 |
| Conséquences psychologiques | 41 |
| Facteurs aggravants : banalisation, conditions de travail, manque de formation, négligence et | |
| privation de liberté | 41 |
| 3.2. Les moyens à disposition pour faire face aux situations de tension ou de violence..... | 44 |
| Outils relationnels | 44 |
| Outils institutionnels..... | 46 |
| Législation et cadre juridique..... | 47 |
| Réflexivité professionnelle | 47 |
| Les syndicats..... | 48 |
| 3.3. Connaissance de l'IPA : ce qu'il est en mesure d'apporter à une équipe soignante en | |
| unité d'admission | 49 |
| Connaissance des missions de l'IPA | 49 |
| La disponibilité de l'IPA comme levier | 50 |
| Un appui aux pratiques cliniques | 50 |
| Lien entre équipe soignante et le corps médical | 51 |
| Limites perçues de l'IPA..... | 51 |
| Difficulté d'implémentation..... | 52 |
| 3.4. IPA et pouvoir d'agir des soignants dans ces situations de violences | 53 |
| L'expertise clinique : un levier du pouvoir d'actions des soignants | 53 |
| Formation et montée en compétence : l'IPA une ressource | 54 |
| Soutien dans le situations complexes | 54 |
| Approche pluridisciplinaire | 55 |

| | |
|--|-----------|
| Harmonisation des pratiques | 55 |
| 4. Le leadership clinique des IPA : compétence contribuant à renforcer les capacités à reconnaître, comprendre et réguler les situations de violence institutionnelle des infirmiers en unité d'admission psychiatrique | 56 |
| Conclusion | 58 |

Bibliographie

Table des matières

Table des illustrations

ANNEXES

Annexe 1: Verbatims enquête préliminaire

Annexe 2: Tableau d'analyse enquête préliminaire

Annexe 3: Grille d'entretien du focus group

Annexe 4: Verbatims du focus group

Annexe 5: Tableaux d'analyse du focus group

Résumé

Table des illustrations

| | |
|--|----|
| Tableau 1: Population enquête préliminaire..... | 7 |
| Tableau 2 : Analyse des entretiens préliminaires | 7 |
| Tableau 3 : population du focus group..... | 35 |
| Tableau 4 : Analyse question 1 du focus group..... | 36 |
| Tableau 5 : Analyse question 2 du focus group..... | 44 |
| Tableau 6 : Analyse question 3 du focus group..... | 49 |
| Tableau 7 : Analyse question 4 du focus group..... | 53 |

ANNEXES

Annexe 1 : [Verbatims enquêtes préliminaire](#)



Un click sur le lien ou scannez le QR code pour accéder aux verbatims

Annexe 2 : tableau d'analyse enquête préliminaire

| | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 |
|--|--|---|---|--|
| Situations considérées comme violente | | | | |
| Situations de soins | | | | |
| Contention/i solement | | <p>“ c’était chambre d’isolement tu négociais pas”</p> <p>“ avant t’y allais tu faisais l’injection , tu l’attachais au lit”</p> | <p>“ souvent c’est directement chambre d’isolement contentionné , médicalisé”</p> | <p>“ j’ai vécu une situation où on a isolé et maintenu un patient”</p> |
| Représentation du soin en psychiatrie | | | | |
| Image du soin | <p>“Quand j’étais infirmier et que je voulais créer des projets thérapeutiques”</p> | <p>“ j’ai vu quand même pas mal de choses qui m’ont interpellé quand j’étais jeune diplômée ah bah après avec la la pratique et tout ça voilà un peu moins interpellé c’est ce qui est dramatique”</p> <p>“Parce ce que tu te dis que c’est normal mais enfin de compte non ça l’est pas”</p> | <p>“il y a le personnel du soin qui peut sortir de son identité professionnel et a tendance à apporter un jugement par rapport au patient”</p> | <p>“je faisais pas le lien entre cette situation et le soin...l’image du soin que j’avais de base”</p> <p>“D’aller à l’opposé du soin”</p> |
| Image de la psychiatrie | <p>“ j’étais infirmier en unité temps plein , ça pouvait être les moments de violence , des moments de violence en service euh qui pouvait</p> | <p>“Moi j’ai vraiment fait le carrefour entre l’ancienne et la nouvelle psychiatrie.”</p> | <p>“je pense que c’est vraiment une spécialité qui reste à part et je pense que c’est vraiment une erreur de l’avoir confondue avec tous les autres domaines”</p> | <p>“de là bah c’est là que j’ai découvert la psychiatrie”</p> |

| | survenir là avec avec les patients “ | | | |
|---|---|---|---|--|
| Pathologie | | | | |
| Perception en fonction de la pathologie | "Il y a des patients hospitalisés pour burn-out ou dépression qui se retrouvent avec des patients carrément en décompensation psychotique." | "c'était un schizophrène et voilà on allait vraiment par la force pour mettre au bain." | " certains patients peuvent être stigmatisés lorsqu'ils sont en état d'éthylisation ou une violence là je pars vraiment loin.. des violences intra familiale" | "c'était une unité de psychiatrie mais ils accueillent des patients qui étaient déficient" |
| Etape de la pathologie | "Un usager en décompensation a étranglé un collègue..." | "c'est des patients qui sont délirants" "patient décompensé" | " la phase aiguë elle peut être compliquée" "situation de crise dans laquelle se trouve le patient" | "Pathologie aiguë" " Et du coup des décompensations qui ne sont pas rares" |
| Degrés d'intensité de la violence | "c'est violent c'est violent c'est violent" | "vraiment par la force " | " une situation qui peut vite tourner au vinaigre" | "très violent" " dans certains cas mener à des situations de grande violences" "c'est tellement violent" |
| Les acteurs | | | | |
| Le destinataire de la violence | | | | |
| Patient | "Certains en soins libres demandaient leur sortie quand ils voyaient l'ambiance." | "On allait vraiment par la force pour mettre au bain tu vois donc ça c'est la violence institutionnelle." | "du soignant vers le patient" | " n'empêche qu'on se sent violent envers les patients" |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | "C'est quelque chose que j'ai pu entendre, que ça a pu les heurter." | | | |
| Equipe/ entre collègue | "Un collègue se fait étrangler... et le lendemain, aucune reprise." "Quand on veut créer des projets et qu'on n'est pas valorisé..." | "ils testent les nouveaux. S'ils voient que ça prend et qu'il rentre dans le moule... bon ben ok. Mais si ça prend pas, ça prend pas, et à partir de là tu souffres." | " la violence entre soignant" | "peut nous amener à être violent entre nous" |
| Initiateur de la violence | | | | |
| institution | "Il n'y a pas forcément de remplacement ... ça peut accroître les tensions." | | " de l'institution sur les équipes soignantes" | "la violence de l'institution" |
| Lieux | | | | |
| A l'hôpital /symbolique | "c'est la relations du services publics" | "C'était le médecin qui disait : vous appelez le renfort et vous le mettez au bain." | "un service d'admission c'est d'abord l'accueil du patient" | "on se rend compte que particulièrement à l'hôpital on peut être violent" |
| En unité d'admission (fermé à clé, interdiction de sortir) | "ce qui peut être compliqué en temps plein pour les patients je trouve c'est qu'il y a des il y a des patients si tu veux qui bah tu sais qui | " Des patients qui étaient en SDRE et c'était du soin hospitalisation d'office" | "Le sujet hein euh pour moi dans une unité d'admission la violence actionnelle elle ... Elle est représentée heu il y a plusieurs tableaux de | " Je le compare avec la maison d'arrêt. je travaillais 6ans en maison d'arrêt et en maison d'arrêt pourtant on pourrait croire que par rapport à la structure ou la personne sont privée de leur |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | <p>sont hospitalisés qui sont parfois regroupés dans des unités temps plein il y a des pathologies qui sont différentes”</p> | | <p>violence institutionnelle “</p> | <p>liberté on peut retrouver une certaine violence en tout cas en tant qu’infirmier je l’ai pas vécu aussi violent qu’en unité d’admission fermée.”</p> |
| <p>Problème sociétal , entreprise</p> | | | <p>“on ne peut pas étiqueter l’institution hospitalière comme violente parce que ça se retrouve dans le monde du travail en général. et au-delà de ça on est dans un phénomène de société”</p> | <p>“on la retrouve aussi dans le monde du travail , le monde du travail peut être violent et au-delà ça je pense que la société est déjà violente”</p> |
| <p>Conséquences de la violences</p> | | | | |
| <p>Emotionnel/ sentiment/ perception</p> | <p>“ambiance anxigène”</p> | <p>“Est-ce que c’était mieux ou pas ? Avec du recul je pense pas.”(doute)</p> | <p>“Ça malheureusement parfois ce n'est pas forcément fait correctement ah dû à une charge de travail...” (sentiment d’impuissance)</p> | <p>“ on peut parler de peur , on peut parler de doute”</p> |
| <p>Psychologique</p> | <p>“On avait besoin d’être entendus.”</p> | <p>“tu souffres”</p> | <p>“On sent un épuisement des professionnels par rapport à entre guillemets un échec de la précédente hospitalisation.”</p> | <p>“ je comprenais pas” “ cette fatigue psychique peut nous amener à être violent”</p> |
| <p>Éléments permettant l’évolution du regard/violence</p> | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| Temporalité | <p>“Mon parcours professionnel”</p> | <p>. Est-ce que c'était mieux ou pas .. avec du recul je pense pas mais certaines situations de patient incurique pendant 15 jours , y a un moment faut qu'il se lave quoi. Avec la force peut-être pas mais essayer de trouver des alternatives. Mais .. lesquelles?</p> <p>“Maintenant tu te rends compte que les prises en charge ouais t'écoute plus le patient tu fais attention et tout ça.”</p> | <p>“c'était moins cadré mais je pense que les infirmiers spécialisés en psy avant que ça soit le diplôme d'état , je pense qu'ils étaient plus à même de gérer ces situations”</p> | <p>“ ça fais 15 ans que j'ai travaillé principalement en psychiatrie donc du coup une évolution ou j'ai découvert euh qu'un soin pouvait être violent”</p> <p>“ la psychiatrie a une histoire et je pense que si on remonte dans l'histoire je pense que les situations étaient encore plus violentes qu'aujourd'hui on est quand même sur une évolution”</p> |
| Acquisition/ apprentissage | | | <p>“c'est que les professionnels aient une formation enfin que régulièrement ils se mettent un petit peu au courant des nécessités de compétences qu'ils doivent acquérir”</p> <p>“ formation OMEGA tout ce qui est formation en addicto”</p> | <p>“ il faut des personnes qui soient sensibilisées à la psychiatrie et qui soient experts dans la pathologie , dans les traitements , dans les choses à mettre en place , dans le savoir être , dans le savoir-faire avec les patients”</p> <p>“ j'ai approfondi mes connaissances en psychiatrie”</p> |

Facteurs déclencheurs ou aggravants

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Représentation du soignant par le patient | | | | “ Pour les patients en décompensation par exemple , et bien on va représenter parfois , on va représenter peut être l'autorité , on va peut-être représenter quelque chose de négatif , on peut représenter le mal dans son délire” |
| Représentation du soin par la famille/ culture | | | "Je pense qu'entre en jeu sa culture ...Certains membres de sa famille n'adhèrent pas aux thérapeutiques classiques." | |
| Banalisation des pratiques | “que ce soit pas forcément repris que ce soit banalisé” | "T'avais une patiente qui ne voulait pas manger, bah elle restait devant l'assiette." "Un patient qui venait du pénitencier, même s'il posait pas de souci, c'était chambre d'isolement direct." "C'était des choses qu'on faisait." | "Souvent c'est directement chambre d'isolement, contentonné, médicalisé." "Le personnel soignant peut sortir un petit peu de son identité de professionnel et a tendance à apporter un jugement." | “ au cours de l'histoire l'usage des pratiques a été largement banalisé.” |
| Privation de liberté(choix , pensé , | “par rapport à cette euh ce droit d'aller et venir quand ils sont | "T'avais une patiente qui voulait pas manger... elle | "Souvent c'est directement chambre d'isolement, | “ service qui est fermé à clé ou les patients ne peuvent pas sortir sans autorisation” |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|
| circuler , autosoin) | hospitalisés sous la sous la contrainte ils peuvent le ressortir comme c'est d'ailleurs une privation de liberté temporaire” | restait devant l'assiette." "Tu l'attachais au lit." "Aujourd'hui les patients, ils doivent passer au tribunal voilà c'est administratif c'est du truc mais si t'as le patient qui est pas capable de” | contentionné, médicalisé." | “ on va choisir pour lui , on va se permettre de choisir ses vêtements” “ de leur imposer ce que nous avons envie qu'ils portent ou ne portent pas” “et après ça c'est dans beaucoup de soins de la vie quotidienne ou on va penser ce qui est adapté pour |
| Condition de travail | "On est régulièrement en sous- effectif." "Des cadres qui rappellent les infirmiers alors qu'ils sont en repos." "On impose des contre- postes." des moments de de violence qui se répètent | | “dû à un effectif restreint donc automatiquement ça découle sur une prise en soin de moins bonne qualité” | “ En unité d'admission , on est beaucoup sollicité par les patients” Un poste complet nous demande beaucoup d'attention” |
| Facteur de protection | | | | |
| Législation | “leurs droits” “ quand tu vas demander un professionnel s'il peut revenir sur un repos , sur un congé ... un congé il a pas | “tribunal” “avocat” | | “On a des lois qui se mettent en place et qui sont décidés et ou chaque partie est de plus en plus protégée” “beaucoup de législation qui |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| | <p>le droit”</p> <p>“demander à quelqu'un de faire des contre postes tu sais alors que tu vois au niveau de la législation c'est c'est enfin”</p> | | | <p>sont apparue par rapport à la mise en contention et en isolement et qui du coup conditionne fortement les mises en contention et isolement”</p> |
| <p>Bonne pratique professionnelle</p> | <p>“la valorisation du référent médical est importante”</p> <p>“il faudrait valoriser les professionnels.”</p> | <p>“questions éthiques”</p> <p>"Maintenant, c'est plus dans la communication, les échanges, la négociation."</p> <p>"Les équipes en psychiatrie s'entraident... se soutiennent et heureusement."</p> | <p>“savoir-faire , des savoirs être”</p> <p>“dans le service je pense qu'un projet doit régulièrement être remis à jour”</p> <p>“Collaborer”</p> <p>“c'est d'abord l'accueil”</p> <p>“expliquer “ , “apaiser “ , “désamorcer” , “on a pris le soin enfin le temps de discuter”</p> | <p>“ on va essayer un maximum de calmer la situation de désamorcer”</p> |
| <p>Politique d'établissement</p> | | | <p>“ établissement de santé mentale qui a mis en place un package formation de psychiatrie à l'arrivée des soignants”</p> | |

Annexe 3 : grille entretien du groupe focus

- 1) Pouvez-vous chacun votre tour me parler de votre expérience de violence institutionnelle vécue dans une unité d'admission en équipe?**

Relance : Pouvez-vous me donner un exemple concret qui vous a marqué ; un exemple qui illustre votre vécu?

- 2) Quels sont, selon vous, les moyens à votre disposition pour faire face aux situations de tension ou de violence?**

Relance : Pouvez-vous me donner un exemple de situation dans laquelle vous avez eu recours à l'un de ces moyens et quel a été l'impact ?

- 3) D'après ce que vous connaissez de l'IPA, selon vous qu'est il en mesure d'apporter à une équipe soignante en unité d'admission?**

Relance: pouvez- vous apporter des précisions, en quoi la présence de l'IPA pourrait apporter du changement ou de l'amélioration dans votre quotidien professionnel?

- 4) Selon vous comment un IPA pourrait augmenter votre pouvoir d'agir dans ces situations de violences?**

Relance: A votre avis sur quels éléments, l'IPA pourrait-il influencer afin d'amplifier votre capacité d'action face à ces situations?

Annexe 4 : [Verbatims du focus groupe](#)



Un click sur le lien ou scannez le QR code pour accéder aux verbatims

Annexe 5 : Tableau d'analyse du focus groupe

Question 1

| Sous-catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | infirmier 5 | infirmier 6 |
|---|--|--|--|--|--|---|
| SITUASITUATIONS CONSIDEREES COMME VIOLENTE | | | | | | |
| Situations de soins | | | | | | |
| Contention/isolement | | qu'est ce qui prévaut sur la contention? | une patiente qui était isolée et maintenue | Elle a été démaintenu,forcément | Il y avait des temps d'isolement si refus d'activité | maintenir et isoler une patiente |
| Représentation du soin en psychiatrie | | | | | | |
| Dissonance éthique | Normalement ils ne doivent pas mettre quelqu'un en SDT si la personne est d'accord pour les soins." | On a un juge qui, du coup, pour moi, pose un souci de l'ordre du secret professionnel parce qu'on est sur une audience qui est ouverte, ou n'importe qui peut assister | "Elle le prescrivait à distance, mais du coup, sans voir la patiente, en fait." | "Et il n'y avait plus vraiment nécessité de... contention en fait, c'est surtout ça, le truc." | Je voulais parler sur les faux SL, les faux soins libres | "On a dû se retrouver à maintenir et isoler une patiente [...] complètement illégal en somme." |
| Image de la psychiatrie | | Mais qui sont dus au fonctionnement de la psychiatrie | | | | |
| Les acteurs | | | | | | |
| Le destinataire de la violence | | | | | | |
| Patient | Pour le patient, c'est de la violence institutionnelle, peu importe si ça vient du médecin ou de dessus. | Un médecin qui est comme un serpent. Qui a des patients en soin libre, qui demandent leur sortie, et qui répond pas, et qui se sauve. | En fait, c'était une patiente qui était isolée maintenue [...] Elle a été vue le samedi vers midi. Elle n'a pas été réévaluée avant dimanche soir. | Et le patient, il reste maintenu un peu plus longtemps que ce qu'il voulait au début. | T'as l'impression qu'il est sous contrainte en fait. | Je trouve pas ça correct vis à vis de nous et vis à vis de la patiente, déjà pour ce qui est de la surveillance . |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|--|
| Equipe/ entre collègue | Ils s'en foutent | | | On a eu beau appeler, personne ne venait en fait. Elle ne voulait pas venir. | Une personne qui fait n'importe quoi et du coup, ça découle sur tout le monde | A un moment, on te demande à toi de réfléchir, il y a 3000 solutions, en tout cas, ils ne veulent pas en trouver. |
| Initiateur de la violence | | | | | | |
| Institution | C'est de la violence institutionnelle | Et après t'as l'institution, c'est à dire l'hôpital, qui est violent. | Oui mais c'est l'institution qui embauche les personnes | | | Avec les contraintes que l'institution a actuellement. Vous avez les même manquement institutionnelle. |
| Lieux | | | | | | |
| En unité d'admission (fermé à clé, interdiction de sortir) | Ils l'ont quand même claqué en SDTU et en unité fermée | c'est une problématique qui est induite par la structure | chambre d'isolement | | Je pense à un patient qui est resté des années ici | chambre d'isolement |
| CONSEQUENCES DE LA VIOLENCES | | | | | | |
| Psychologique | Ils s'en foutent | C'est compliqué | On avait beau appeler l'interne | C'était compliqué comme situation | | Pourquoi on se ferait chier[...] ils ne veulent pas en trouver. Non franchement on avait pas de solution. C'est pas faute de s'être... |
| FACTEURS DECLENCHEURS OU AGGRAVANTS | | | | | | |
| Banalisation des pratiques | On fait jamais ça sur des demandes de sorties refusées par exemple. | Déjà de toute façon, ça, c'est quelque chose de reconnu et accepté entre guillemet [...]la | | C'est banalisé | Si on parle des SL on fait jamais | Pourquoi se faire chier, ils se sont pas fait chier du coup. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | structure n'est pas faite pour accueillir des gens en soin libre | | | | |
| Privation de liberté(choix , pensé , circuler , autosoin) | C'est une patiente qui était arrivée ici en SDT, SDTU même, je crois , et qui, depuis le départ, était d'accord pour être hospitalisée . | je préfère que ce mec reste en bas. Lors de l'admission de l'avis motivé[...] ça a renvoyé des choses aux parents , que la personne ne voulait pas renvoyer. | | | Il n'avait le droit à rien [...] comme s'il était en soin sous contrainte | ils voulaient pas qu'on bouge leurs patients |
| Condition de travail | Le turnover qu'il y a ici moi je trouve que c'est aussi une violence institutionnelle | Ou s'est induit par un manque de personnel , par un manque de moyens | Elle voyait l'heure tourner et elle ça la montée en tension[...] Au final elle n'est pas là. | C'est vrai qu'on n'a qu'un seul généraliste et on a été amené à se retrouver sans. | une personne qui fait n'importe quoi et du coup ça découle sur tout le monde | On était pas en effectif, on va dire très fourni. Faute de place, on avait plus de disponibilité en 6. |
| négligence | | C'est un mec qui mal son truc, ou qui n'est pas là au bon moment, ou qui fait pas son taf bien. Un mec, un tiers, qui déconne. | | | Une personne qui fait n'importe quoi. | Il fait de la merde |
| manque d'expérience /formation | La majorité des gens en poste sont des gens qui sont arrivés depuis moins de 3,4,5 mois [...] Enfin c'est une mise en danger. | De part leur cursus, ne sont pas de leur faute, sortent de l'école pas assez formé. | | | | Infirmier 2, je compare avec l'infirmière 3 qui a moins d'expérience. Avec les contraintes [...] tu vas mieux gérer qu'elle. Avec les manquements [...] elle peut être amenée à faire de la merde. |

Question 2

| Sous catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|--|--|---|--|---|---|--|
| Outils institutionnels | | "Si vous faites une FEI" " Mettre une transmission" "cariatide" | "Réunion de fonctionnement" | | "Faire des FEI" " Il y a les CREX" "Les rapports circonstanciés" | "relevés de température" " on a utilisé en tant qu'infirmier les outils qu'on avait à disposition" |
| Soutien du Collectif/ des expérimentés | "La cohésion d'équipe et de façon de travailler tous ensemble" | "le café réflexif, c'est pas un truc défini, c'est plus un lieu de discussion" " Des réunions de staff" | " Les cafés réflexifs" " Le fait qu'on ait des grandes équipes et qu'on soit pas que deux" | " Et puis même des fois on échange [...] on peut échanger avec les postés ou ceux qui sont interpostés" | " En parler en équipe" " Tu reprends avec médecin, encadrement, DRH, cadre" | " L'équipe" " Je pense que c'est vraiment la base [...] c'est tout le temps les discussions, les réflexions et les améliorations qui sont possibles" |
| Soutien hiérarchique ou médical | " Faire remonter au cadre sup" " Il y a une hiérarchie, t'es obligé de respecter ça" | " Il y a des psy qui sont ouvert au débat" | | " Il y a des médecins qui sont assez accessible" | " Faire remonter à la cadre, cadre sup, cadre de santé" | " Il y a des choses qu'on peut faire remonter à notre cadre" |
| Formation | " Tu dois reformer petit à petit" | " La formation" "Formation interne à notre sauce" | | " On a Omega qui peut être pas mal, la pacification tout ça, ça marche bien en général" | | |
| Législation | " Ca avait été validé par le JLD" " Les papiers à faire signer sur les soins sous contraintes" | " Le secret professionnel" " " C'est que moi le responsable" | " Elle prescrivait à distance, mais du coup sans voir la patiente" | | " Quand on reprend les textes" | " Notre responsabilité" " Illégal" |
| Acquisition d'une | | " Développer ça, c'est très | | | | " Il fait de la merde, parce |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|---|
| réflexivité professionnelle | | long et peut être que des gens qui travaillent depuis 10 ans ne le sauront quand même pas" | | | | qu'il y a une usure professionnelle, parce qu'il y a des manquements dans son équipe" |
| Syndicats | | " Deux syndicats différents" | | | | " Les syndicats peuvent faire remonter des choses directement sans intermédiaire" |

Question 3

| Sous catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|---|--|--|---|---|--|--|
| Connaissance des missions de l'IPA | " Je me suis pas trop penché sur la question, donc je sais pas trop ce qu'il fait" | " Il doit créer ses propres missions" " Tu discutes avec le médecin, qu'est-ce que eux, ils ont besoin, parce qu'au final c'est une réponse à un besoin" | " C'est pas sa fonction, c'est ce que t'as ressenti" | " On ne sait rien en fait" " Ils ne peuvent que prescrire ce qui a déjà été prescrit" | " Il voit des patients et ils peuvent prescrire des trucs" | " Je pourrais me renseigner sur les missions générales d'un IPA" |
| Disponibilité et accessibilité de l'IPA | " Plus disponible que le psychiatre" | | | " on ne sait pas quand est ce qu'on peut le solliciter" | " il est entre l'équipe infirmière et le médecin" " Il discute et avec l'équipe" | " Il est plus accessible et plus disponible qu'un médecin" |
| Soutien aux équipes | " qu'il y a un souci que l'équipe rencontre" | "faire évoluer les pratiques en intra" | " ça peut nous aider" | " ah oui c'est sûr" | | " Pour échanger sur certaines questions" |
| Lien entre l'équipe et le médical | | " c'est pas un intermédiaire, parce qu'en soit, t'as pas besoin de passer par l'IPA pour communiquer avec le médecin" | " Meilleur proximité avec le psychiatre et le psychiatre qui nous écoute un peu plus" | | " Pour moi c'est l'intermédiaire entre le médecin et l'équipe" | |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|---|
| Limites perçues de l'IPA | " Quand ça concerne les psy et leurs décision, je ne suis pas sûr que ça change grand-chose" | " C'est sûr que je pense que certains psy sont assez fermés à la discussion" | | " J'ai l'impression que les IPA servent plus sur l'ambulatoire que sur l'intra" | | |
| Implémentation | " Parce que l'IPA , il est arrivé ici, ils n'ont toujours pas vraiment défini ce qu'il doit faire" | " Même les IPA ils savent pas" " Il y a un manque d'information" | | " C'est ce qu'ils nous ont expliqué en tout cas quand ils nous ont présenté les IPA" | | "On a jamais eu de réelle présentation ou de fonction de ce que fait l'IPA au sein de l'EPSM en tout cas" |

Question 4

| Sous Catégories | Infirmier 1 | Infirmier 2 | Infirmier 3 | Infirmier 4 | Infirmier 5 | Infirmier 6 |
|---------------------------------------|---|--|--|-------------|--------------|--|
| Formation et monté en compétences | | "Tu peux faire de la formation" " Il pourra faire des topo" " J'ai vu avec l'IPA, mais de toute façon, il va commencer ces formations" | | | | " J'avais déjà fait la formation avec lui" |
| Soutien dans les situations complexes | | "On peut avoir des difficultés sur les prises en charges [...] et on a quelqu'un qui du coup, extérieur, va apporter quelques chose" | | | | " Ressource pour des questions sur des situations compliquées" |
| Approche pluridisciplinaire | " Une approche différente de par les études" | " Réunion ou les médecins et du coup l'IPA et encadrement sont présents pour peut-être aborder les sujets sous un autre angle" | | | | |
| Expertise Clinique | " Regard un peu, enfin, pas extérieur, mais un peu plus que nous" | " Ils ont quand même une forme d'expertise sur un domaine ou qui dépasse le cadre d'un infirmier lambda" | "prendre en compte qu'un IPA qui a fait ses expériences infirmières" | | " Prescrire" | "L'IPA dans la structure qui est formé au suicide" |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| | quand même" | | | | | |
| Uniformisation des pratiques | " Puis ça aide à aller tous dans le même sens" | " Dans le but peut être de faire évoluer les pratiques" | | | | " Oui, carrément qu'on ait tous le même [...] Parler d'une même voix c'est ça" |

Auteur :

Nom : MESSOUDI

Prénom : Yassine

Date de soutenance : 01/07/2024 à 15h

Titre du mémoire : La perception de la violence institutionnelle par les infirmiers de psychiatrie

Mots-clés: Violence institutionnelle - Pratiques coercitives - Dissonance éthique - Empowerment - Infirmier en pratique Avancée - Leadership clinique

Résumé

Ce travail de fin d'étude s'intéresse à la problématique de la violence institutionnelle en psychiatrie du point de vue des infirmiers exerçant en service d'admission fermé. Sur la base d'une approche qualitative, une double enquête est menée. La première est une phase exploratoire reposant sur des entretiens individuels ouverts. La seconde enquête est organisée, quant à elle, autour d'un focus group. L'analyse thématique des données met en lumière une multitude de formes de violence perçue, qui peuvent être d'ordre organisationnelles, relationnelles ou symboliques. Ces violences, souvent relativisées, ont un impact significatif sur les professionnels de santé, occasionnant dissonance éthique, désengagement et perte de sens au travail. Au regard de ces circonstances, le rôle de l'infirmier en pratique avancée est exploré comme vecteur de renforcement du pouvoir d'agir des infirmiers d'admission. Les résultats démontrent que, bien que ses missions soient mal définies par les professionnels, il est perçu par ses derniers comme un appui clinique, pédagogique et structurel apte à soutenir les équipes qui font face aux situations de violences institutionnelles. Ce mémoire insiste sur l'enjeu de légitimer et de formaliser ce leadership IPA afin de prévenir la violence institutionnelle et d'accompagner les infirmiers dans leur engagement professionnel.

Abstract

This end-of-study study looks at the issue of institutional violence in psychiatry from the point of view of nurses working in a closed admission service. Using a qualitative approach, a double survey was conducted. The first is an exploratory phase based on open individual interviews. The second was organised around a focus group. The thematic analysis of the data highlights a multitude of forms of perceived violence, which may be organisational, relational or symbolic. This violence, which is often put into perspective, has a significant impact on healthcare professionals, causing ethical dissonance, disengagement and a loss of meaning at work. Against this backdrop, the role of the advanced practice nurse is explored as a means of empowering admission nurses. The results show that, although their remit is poorly defined by the professionals, they are perceived by them as providing clinical, educational and structural support to teams dealing with situations of institutional violence. This dissertation emphasises the need to legitimise and formalise this IPA leadership in order to prevent institutional violence and support nurses in their professional commitment.

Directrice de mémoire : Me Léone DE OLIVEIRA

