

Violence des patients, souffrance des soignants

Mémoire de fin d'études, sous la direction de Jérôme Texier



Mai 2015

Ophélie PERROT

Note aux lecteurs : « **Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur** ».

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais d'abord éprouver ma gratitude envers mon directeur de mémoire, Jérôme Texier, pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont agrémenté ma réflexion.

Je voudrais également remercier les infirmières interrogées pour leur collaboration et leur temps, sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

J'aimerais aussi exprimer mes remerciements à la documentaliste, Elodie Duflos, pour son aide et ses recherches pertinentes quant à mon sujet de mémoire.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers mes proches, mes amis, et mes camarades de classe pour leur soutien dans l'aboutissement de ce travail et durant ces trois années d'études.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AP – HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

CII : Conseil International des Infirmiers

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAU : Service d’Accueil des Urgences

SFMU : Société Francophone de Médecine d’Urgence

UHCD : Unité d’Hospitalisation de Courte Durée

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. L'APPROCHE CONTEXTUELLE	3
1. Les généralités sur la violence	3
1.1 La violence et ses définitions	3
1.2 Les différentes formes de violence	4
1.3 L'état des lieux de la violence à l'hôpital	5
1.4 Violence et cadre législatif	6
1.5 Les directives publiées pour la gestion de la violence	6
2. L'infirmier face à la violence	7
2.1 Rôle propre infirmier et cadre législatif	7
2.2 Formations infirmières et violence	9
2.2.1 <i>La prise en charge de la violence dans la formation continue</i>	9
2.2.2 <i>La prise en charge de la violence dans les services hospitaliers</i>	10
2.3 Les moyens de lutte contre la violence à l'hôpital	10
3. L'unité d'hospitalisation de courte durée	12
II. L'APPROCHE CONCEPTUELLE	13
1. De la violence sociologique à la violence psychologique de l'individu	13
2. Les stratégies d'adaptation mises en place par les soignants face à la violence	14
1.6 Les mécanismes de défense utilisés	15
1.7 Les stratégies de coping adoptées	16
3. L'impact de la violence sur les soignants : les risques psychosociaux	18
1.8 Quand la violence engendre du stress	18
1.9 Quand la violence engendre l'épuisement professionnel	20
III. METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	22
IV. ANALYSE	23
1. La violence en société : des points de vue divergents	23
2. La violence génère des stratégies d'adaptation	24
3. La violence stresse mais n'épuise pas professionnellement	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	33
1. Nomenclature de l'ONVS pour décrire les faits de violence	33
2. Grille d'entretiens et résultats d'enquête	34

INTRODUCTION

Le travail de recherche que j'ai mené a été effectué lors de mes études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Étampes. Il m'a permis de compléter mes connaissances quant à un sujet précis : la violence.

Étudiante infirmière en première année, je suis, en mai 2013, en stage dans un service de sanatorium. Un matin, je suis chargée d'administrer seule des antibiotiques à huit patients. Je commence donc mon tour et arrive au niveau de la chambre de Mr P., connu pour être difficile. Mr P. est un patient d'origine géorgienne. Il est atteint d'une tuberculose pulmonaire ainsi que d'une schizophrénie, traitée sous antipsychotique. C'est un ancien toxicomane à la cocaïne, traité sous opiacés de synthèse. Il parle très mal le français et est régulièrement dans la négociation ou dans le refus de soins. J'entre donc dans sa chambre et prépare le matériel nécessaire. Je lui pose le premier antibiotique et lui indique que je repasserai pour le rincer. Je termine avec les autres patients et passe le voir à nouveau. Je lui explique alors mes intentions et le matériel que je vais utiliser. Il me répond par une phrase en géorgien que je ne comprends pas, et exprime des gestes que j'interprète comme un refus de soins. Je tente alors de négocier calmement avec lui et de lui réexpliquer les soins. Mais il réitère ses gestes avec davantage de violence, en haussant fortement la voix. Me sentant agressée et ne sachant pas comment gérer la situation, je décide de quitter la chambre et d'aller chercher de l'aide auprès d'une infirmière.

Au décours de ces circonstances, je me suis posée de nombreuses questions : comment peut-on prendre en charge la violence d'un patient ? Comment gérer la violence de patients atteints de pathologies psychiatriques dans des services de soins généraux ? Est-ce que l'agressivité d'un patient peut être perçue ou ressentie d'une façon différente selon chacun des soignants ? L'agressivité du patient dépend-elle du soin fait ou du comportement de l'infirmière ?

J'ai trouvé intéressant d'aborder le sujet de la violence, car celle-ci semble être aujourd'hui de plus en plus présente dans les soins. Je me suis d'abord intéressée à comment pouvait-on la gérer. Puis, je me suis finalement demandé quelles conséquences cette violence pouvait-elle avoir sur le soignant lui-même. Je me suis aussi interrogée sur les moyens qu'il pouvait mettre en place pour s'adapter, et s'ils étaient efficaces. Au départ, je souhaitais parler des services de soins généraux. Mais le sujet m'a semblé trop vaste. Je me suis alors tournée

vers la médecine interne, mais j'ai finalement trouvé ce service trop ciblé et j'ai douté sur sa pertinence par rapport aux actes de violence présents dans ces services. Pour sortir des stéréotypes de la psychiatrie et des urgences, j'ai finalement choisi d'aborder les unités d'hospitalisation de courte durée. Je voulais choisir un service qui reste tout de même général, mais pas complètement à part, comme les urgences. Finalement, j'ai pu élaborer la problématique suivante : un infirmier en UHCD, confronté au quotidien à la violence, n'aurait-il pas un risque majeur de développer du stress lorsque ses stratégies d'adaptation ne sont plus efficaces ?

Dans un premier temps, j'aborderai le côté contextuel de mon travail en développant le thème de la violence en général, de l'infirmier face à cette violence ainsi que du service de soin choisi. Dans une seconde partie, l'approche conceptuelle, j'évoquerai à nouveau la violence dans son aspect sociologique. J'aborderai également les stratégies d'adaptations des soignants mis en place face à la violence, ainsi que les conséquences que celle-ci peut engendrer. Enfin, j'expliquerai ma méthodologie d'enquête avant d'en analyser les résultats.

I. L'APPROCHE CONTEXTUELLE

1. Les généralités sur la violence

1.1 La violence et ses définitions

La violence peut être définie de bien différentes façons. Les dictionnaires, comme les organisations internationales, ont élaboré leur propre définition.

D'après le dictionnaire Larousse, la violence peut être définie comme l'« *Ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité* »¹, ou comme une « *Contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé* »².

Pour l'OMS, la violence consiste en « *La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations* »³.

Ensuite, pour l'Organisation des Nations Unies, « *la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée* »⁴.

Enfin, le Conseil d'Europe présente la violence, ou plus généralement la maltraitance, comme « *tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »⁵.

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

¹ LAROUSSE. Dictionnaire de Français. Violence. [En ligne]. [Consulté le 13/09/2014].

² *Ibid.*

³ KRUG, E. ; DAHLBERG, L. ; et al. Chapitre 1 : La violence – un défi planétaire. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS. [Format pdf]. 2002. p 5.

⁴ JUILHARD, J. ; BLANC, P. *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médicosociaux et les moyens de la prévenir, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002.* N° 399. [Format pdf]. 2003. p 18.

⁵ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. *Orientations prioritaires de la politique nationale.* [En ligne]. 23/01/2015. [Consulté le 02/02/2015].

1.2 Les différentes formes de violence

Tout d'abord, les incivilités sont des méfaits causés à autrui, sous forme d'impolitesses, de non-respect des règles de vie en société ou de grossièretés. Elles peuvent déboucher sur des violences verbales, c'est-à-dire, des discours dépréciant ou avilissants. Ces discours sont plus ou moins répétitifs, et vont de simples haussements de la voix à des insultes. La violence verbale est généralement un signe précurseur de violence physique. Le plus souvent, elle vise à générer de la peur chez un individu, afin de le maîtriser ou de le sévir.

Ensuite, la violence psychologique se définit comme « *toute action [...] qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine* »⁶. Elle a pour but de diminuer l'estime de soi de la victime. Elle peut se manifester par des mots, des écrits, ou encore, des comportements. L'auteur de violences peut faire du chantage à sa victime, ou bien la menacer, par exemple « *Je vais te retrouver, j'attendrai à la sortie...* »⁷. Il peut la rabaisser en l'humiliant, en l'intimidant : « Vous n'êtes bonne à rien ! ». Il peut également s'attaquer à des valeurs importantes pour la personne, la dénigrer elle, ou parfois même son entourage.

Puis, la violence physique altère directement le corps de l'individu convoité par un abus de force physique. Les coups, les blessures, les bousculades, les griffures, les morsures, les menaces avec arme à feux en sont des manifestations à proprement dite. Toutefois, cette violence peut également se tourner vers des objets. Par exemple, le fait de dégrader du matériel médical ou des locaux peut être aussi appréhendé comme de la violence physique.

Enfin, d'après l'OMS, est considéré comme violence sexuelle « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* »⁸. Ces violences peuvent aller du harcèlement sexuel à l'agression sexuelle, voire, jusqu'au viol. Dans tous les cas, ce type de violence impacte psychologiquement, parfois même physiquement la victime, à un degré plus ou moins important. Mais, en définitive, quelle que soit sa forme, la violence est de plus en plus présente à l'hôpital.

⁶ LEBOEUF, D. Violence et soins. Parler de la violence pour mieux la gérer [dossier]. *Soins*. 2007. n°715. p 34.

⁷ E. GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. 2ème édition. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2011. p 5.

⁸ OMS, ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE. *La violence sexuelle*. [Format pdf]. 2012. p 2.

1.3 L'état des lieux de la violence à l'hôpital

L'ONDRP a recensé conjointement les actes de violence des services de police et des unités de gendarmerie en 2015. En somme, sur l'année 2014, 2 216 860 atteintes aux biens ont été relevées contre 507 064 atteintes volontaires à l'intégrité physique. Il note une importante hausse des actes de violence par rapport aux années précédentes.

En parallèle, l'ONVS a recensé auprès de 352 établissements sanitaires et médico-sociaux 11 344 signalements de violence en 2012. Un peu plus des deux tiers étaient des atteintes aux personnes, et le reste concernait des atteintes aux biens. Cette même année, au moins une personne sur deux a fait l'objet de violence de niveau 3, ce qui correspond à l'avant dernier niveau de gravité des actes de violences sur l'échelle de l'OMS⁹. On y retrouve les violences volontaires, les menaces avec armes, ou encore les agressions sexuelles. En parallèle, les atteintes aux biens étaient majoritairement de niveau 1, soit essentiellement des vols sans effraction ou des dégradations légères¹⁰. Parmi les recensements généraux, les services de psychiatrie étaient les plus touchés par la violence, suivie des urgences et de la gériatrie. Dans l'ensemble, 84% des victimes de violences travaillaient dans des établissements de santé. Les auteurs de violence étaient, en majorité, des patients, et les catégories professionnelles les plus touchées étaient les infirmiers.

En effet, que ce soit à l'échelle nationale ou internationale, le métier d'infirmier est considéré le plus à risque face aux autres soignants. D'après le Canadian Nurses Association, 72% d'entre eux ne se sentiraient pas en sécurité dans leur travail. Pour cause, ce sont des acteurs de première ligne dans la relation de soin. Leurs effectifs ne sont pas toujours appropriés, ni contrôlés. Les équipes commutent parfois entre la nuit et le jour, et leurs soins nécessitent parfois un contact physique rapproché. De plus, peu de moyens de sécurité dans les établissements sont mis en place, alors que la population s'y déplace librement. Malgré cela, les soignants peuvent tout de même s'étayer sur différentes lois qui blâment les comportements violents des patients à l'hôpital.

⁹ cf. ANNEXES. Nomenclature de l'ONVS pour décrire les faits de violence. p 33.

¹⁰ *Ibid.* p 33.

1.4 Violence et cadre législatif

L'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 stipule que « *la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* »¹¹. Il est repris dans la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé. Cette dernière rappelle le devoir de protection par leur employeur des soignants confrontés à des comportements agressifs.

Ensuite, la circulaire du 11 juillet 2005, relative au recensement des actes de violence dans les établissements médico-sociaux, rappelle l'ensemble des mesures prises pour lutter contre la violence. Elle met en place l'ONVS, dans le but de recenser tout acte de violence en établissement de santé.

Enfin, le 12 août 2005, un protocole d'accord entre le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé a été signé. Il aborde l'alliance entre les forces de l'ordre et l'hôpital pour assurer la sécurité des soignants sur leur lieu de travail. Ils signent à nouveau un protocole national le 20 avril 2011, afin d'améliorer grandement la sécurité des professionnels de santé.

Si de nombreuses lois sanctionnent les comportements violents à l'hôpital, des directives sont également publiées par des organisations internationales pour améliorer la gestion de la violence.

1.5 Les directives publiées pour la gestion de la violence

Les directives définissent le même objectif à atteindre pour tous les pays membre d'un organisme. En revanche, elles laissent libre choix sur les moyens utilisés pour y parvenir. En ce qui concerne la santé, elles permettent la création d'outils ou de protocoles spécifiques, exposant les conduites à tenir en cas d'une situation donnée. Elles apportent alors des conseils en ce qui concerne la prévention et la gestion de la violence.

L'OMS, le CII, l'Organisation Internationale du Travail et l'Internationale des Services Publics ont proposé en 2002 des directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Afin de mieux gérer les actes de violence dans les services de soins, le

¹¹ Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. N° 83-634.

CII a aussi publié des directives sur la violence : comment affronter la violence au travail. Elles développent essentiellement les conséquences des actes de violences sur les victimes, leurs réactions instantanées et des solutions pour y faire face. Puis, l'ONVS, en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, a élaboré en 2012, des fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaires et médico-sociaux. Elles décrivent les types de violences en fonction du statut de la victime, les procédures à mettre en œuvre et les textes juridiques sur lesquels s'étayer.

Si tout le monde peut être victime de violence, nous avons vu que l'infirmier, au cœur de la relation soignant-soigné, était le plus touché. Avant même d'être formé, l'infirmier, de son rôle propre, doit déjà savoir repérer, gérer et mettre en place des actions permettant la gestion des comportements violents.

2. L'infirmier face à la violence

2.1 Rôle propre infirmier et cadre législatif

Le rôle propre de l'infirmier est défini dans l'article R. 4311-3 du Code de la Santé Publique : *« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers »*¹².

L'infirmier, de son rôle propre, est donc apte à poser des diagnostics infirmiers. D'ailleurs, l'Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers définit le diagnostic

¹² MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, *Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Paris : Berger-Levrault. p 163.

infirmier comme « *un jugement clinique des réactions d'un individu, d'une famille ou d'une communauté à des problèmes, réels ou potentiels, axés sur le processus de vie ou la santé* »¹³.

Aussi, d'après l'article R4311-3 précédemment cité, l'infirmier peut prendre des initiatives dans les soins. Cette aptitude est également étayée par les articles R4311-1 R4311-2 qui stipulent que « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation* »¹⁴. « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des soins relationnels avec le malade. [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ces composantes physiologiques, psychologiques, économique, sociale et culturelle* »¹⁵.

Ensuite, l'infirmier est habilité à gérer et organiser ses soins. Un ensemble d'actes infirmiers réalisables sur rôle propre, comme l'aide et le soutien psychologique, ou encore l'observation et la surveillance des troubles du comportement du patient, sont listés dans l'article R4311-5. Ce dernier définit que : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». ¹⁶

Enfin, l'infirmier doit gérer le dossier de soins infirmier du patient. Il est défini par le Ministère de la Santé en 1985 comme un « *un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée* »¹⁷.

Lorsque les comportements violents sont réitérants dans un service, des formations peuvent être proposées aux professionnels de santé pour améliorer leur pratique dans prise en charge de la violence.

¹³ HEATHER HERDMAN, T. North American Nursing Diagnosis Association. *What is Nursing Diagnosis And Why Should I Care?* [En ligne]. [Consulté le 14/02/2015].

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *op. cit.* p 163.

¹⁵ *Ibid.* p 163.

¹⁶ *Ibid.* p 164.

¹⁷ JOVIC, L. ; RENAUT, M. ; et al. *Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation : amélioration des pratiques professionnelles et paramédicales*. Paris : ARS Ile-de-France. [Format pdf]. 2012. Paris : ARS Ile-de-France. 2012. p 6.

2.2 Formations infirmières et violence

2.2.1 La prise en charge de la violence dans la formation continue

L'article 4133-1 de la loi du 21 juillet 2009 du Code de la Santé Publique stipule que « *le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* »¹⁸. Cette nouvelle loi donne naissance à l'OGDPC, un organisme qui permet d'assurer et de financer le développement personnel continu de l'ensemble des professionnels de santé qui exercent en France. Par exemple, elle propose pour 2015, en partenariat avec l'Institut Régional du Travail Social du Pas de Calais, une formation « *Gestion de l'agressivité et des comportements déviants et violents* »¹⁹. Différents formateurs spécialisés (communication, relations humaines, etc) assurent cette formation en proposant un programme complet. Ils présentent d'abord un cadre théorique, en abordant des thèmes comme « *agressivité, colère, actes violents, déviance : clarification des concepts* »²⁰ ou encore « *rôle et utilité de l'agressivité dans le développement de la personnalité du sujet* »²¹. Ensuite, ils présentent des ateliers pratiques, dirigés par un professeur d'arts martiaux, de type « *stratégies pour se protéger, protéger l'agresseur et assurer la sécurité de tous* »²², pour améliorer la pratique professionnelle des soignants quant à la gestion de la violence.

Aussi, au Centre Hospitalier d'Esquirol de Limoges, une formation *anti-violence*, orientée sur la pratique, est proposée de façon permanente pour tous les professionnels de l'établissement. Son intérêt consiste en l'apprentissage de techniques de neutralisation et d'auto-défense afin de maîtriser ses peurs et mieux gérer la violence. Clés de bras, immobilisations au sol, stratégies d'évitement, ou encore utilisation d'objets environnants sont toutes des techniques enseignées au sein de la formation.

Néanmoins, même si diverses formations sont à disposition des professionnels de santé aujourd'hui, la violence peut avoir des conséquences néfastes pour leur santé. Une prise en charge psychologique par l'hôpital est donc nécessaire afin d'en limiter les conséquences.

¹⁸ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. Le développement professionnel continu (DPC) : une démarche innovante au service des patients. [Format pdf]. 2010.

¹⁹ OGDPC, SANTELYS. *Formation Continue 2015*. [Format pdf]. 2014. p 9.

²⁰ *Ibid.* p 9.

²¹ *Ibid.* p 9.

²² *Ibid.* p 9.

2.2.2 La prise en charge de la violence dans les services hospitaliers

La violence fait partie des risques professionnels. Elle est considérée aujourd'hui comme un risque psycho-social. Nathalie BAUD, psychologue à la médecine du travail, spécialiste dans les risques psychosociaux, suggère qu'il faille se préparer à la violence grâce à l'analyse de certains comportements agressifs. Dans l'instant même, elle préconise des techniques de gestion du stress et de communication, comme la gestion de ses émotions, la verbalisation de l'insatisfaction de l'agresseur, le passage de relai à un collègue, ou encore le travail en équipe.

Après un acte de violence avéré sur un personnel soignant, celui-ci doit être déclaré à la médecine du travail par la victime, un témoin ou un cadre de santé. Cette dernière est également encouragée à déposer plainte au commissariat de police. Le médecin du travail réceptionne la déclaration et la contacte, afin de lui proposer une consultation avec lui et le psychologue du travail. « *Le rôle du médecin du travail est de prévenir les atteintes à la santé physique et mentale du salarié survenant par le fait ou à l'occasion du travail* »²³.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, en cas d'acte de violence dans les services, des groupes de paroles sont mis en place entre les équipes et les psychologues de la médecine du travail. Si un membre est victime de violence, un suivi individuel personnalisé est nécessaire. Cela permet de mettre des mots sur la situation, afin de soulager son stress et ses souffrances psychologiques. Cela peut également permettre de repérer l'éventuelle apparition d'un choc post-traumatique ou d'un syndrome d'épuisement professionnel. Afin de prévenir des conséquences éventuelles sur l'état de santé des soignants, des hôpitaux ont mis en place différents moyens pour lutter contre la violence.

2.3 Les moyens de lutte contre la violence à l'hôpital

D'après le reportage du 21 septembre 2014 sur les violences à l'hôpital, le stress, l'angoisse du diagnostic, la douleur et les représentations de ce lieu inconnu pour les patients augmenteraient leur agressivité. Après recensement de plusieurs actes de violence graves sur des soignants, différents moyens de lutte ont été mis en place dans des services d'urgences.

En effet, une vitre de protection a été installée à titre de séparation entre l'infirmière organisatrice d'accueil et le patient. Cela permet de garder une certaine distance avec ce

²³ CLEMENT, I. « *Pour moi la violence concerne la santé au travail* ». La violence à l'hôpital. [Format pdf]. 2013. p 1.

dernier. Si la vitre est complètement fermée, un interphone peut permettre de communiquer avec le patient et sa famille. L'accès au service ne peut se faire qu'avec un badge ou un digicode. Les entrées des patients sont règlementées à l'aide de portes sécurisées dont seuls les professionnels de santé peuvent autoriser l'ouverture.

Plus communément, les établissements de santé peuvent engager un vigil. En restant ainsi sur place, il peut directement intervenir en cas d'agression. Il joue un rôle important car il dissuade facilement les patients d'aller plus loin, parfois simplement par sa présence ou sa carrure. Aussi, on peut trouver des caméras de surveillance avec enregistrement qui, après coup, facilitent l'identification des agresseurs. Elles peuvent être parfois reliées au service de sécurité de l'hôpital, auquel cas, les agents de sécurité peuvent intervenir dans les plus brefs délais. Parfois, des boutons d'alerte sont présents dans les services pour faire appel, là aussi, à la sécurité interne de l'hôpital. Enfin, des téléphones directement reliés aux postes de police peuvent également être installés dans des services de soins. Les soignants peuvent ainsi prévenir les autorités rapidement en cas de problème.

Dans certains services d'urgence, un réaménagement de l'accueil et de la salle d'attente a été entrepris. Bancs, distributeurs, coin de jeux pour enfants ont été mis à disposition pour augmenter le confort des patients et de leurs accompagnants en attente de prise en charge. À l'hôpital Nord de Marseille, un écran de télévision a été installé à l'entrée pour informer les patients en temps et en heure des disponibilités du service : patients en attente, patients graves en attente, attente estimée, patients en soins, patients graves en soins et durée moyenne de passage. Aussi, un médiateur social a été engagé. L'après-midi, il accueille, informe, oriente et rassure les patients et leur entourage, pour que l'attente leur semble un peu moins longue.

Enfin, l'hôpital de Narbonne met en avant le règlement intérieur de l'établissement, afin d'avertir l'ensemble des visiteurs. Une affiche de lutte contre les agressions à l'encontre des professionnels de santé rappelle que : « *La direction porte plainte de manière systématique et nominative auprès des autorités de police et judiciaire contre toute personne, patient, famille ou proche, ayant un comportement d'agressivité verbale ou physique à l'encontre d'un personnel de santé* »²⁴. Ainsi, cette affiche rappelle que l'hôpital est un lieu de soin et non de violence. Dans la même optique, l'APHM a lancé une campagne de

²⁴ LASSALLE, Charlotte. *Violences à l'hôpital : les urgences vont craquer !* [Reportage]. YEMAYA Productions, Enquête Exclusive. Diffusé le 21/09/2014.

sensibilisation à la violence. Plusieurs affiches ont été publiées et mises à disposition des services, avec des slogans de type « Notre métier ? Vous soigner... Pas nous faire insulter ».

Ainsi, différents moyens de lutte contre la violence sont élaborés. Nous avons pu observer que les urgences étaient souvent des services ciblés par la violence. Cependant, d'autres, comme l'UHCD, ne sont pas épargnés. Voyons comment fonctionnent ces unités bien spécifiques.

3. L'unité d'hospitalisation de courte durée

Les UHCD font partie intégrante des services d'urgence. Elles en assurent leur continuité. Également appelées services de lits porte, ces unités assurent la prise en charge constante de patients en attente de diagnostic et/ou d'orientation dans un service plus adapté. La durée des séjours varie de quelques heures à 24h maximum. Du matériel de monitoring peut être disponible dans certaines chambres pour des patients nécessitant une surveillance rapprochée. La présence d'UHCD dans un service d'urgence est favorable. En effet, cette unité permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Elle réduit le temps d'attente, donc les risques d'agressions. C'est un service très riche, où les professionnels sont amenés à prendre en charge des patients atteints de pathologies diverses et variées. Cependant, des critères d'admissions sont recommandés pour maintenir l'organisation et l'intérêt du service.

D'abord, sont admis en UHCD les patients dont le retour à domicile est envisagé dans la journée. À leur arrivée, leur état de santé est évalué, et des soins adaptés sont mis en place. On suppose ensuite que, dans les prochaines 24h, il y aura une amélioration de leur état, permettant un retour à domicile. Lorsqu'une observation est nécessaire avant une sortie ou un transfert, les patients peuvent rester quelques heures dans l'unité. Cela permet d'apprécier dans les prochaines 24h l'évolution de leur état lorsqu'il n'est pas prédictible. On rencontre également en UHCD des patients en attente de place dans d'autres services.

L'UHCD est donc un service particulier, mais pas à l'abri de violences. En apparence de plus en plus présente, nous allons comprendre pourquoi en abordant la violence d'un point de vue sociologique.

II. L'APPROCHE CONCEPTUELLE

1. De la violence sociologique à la violence psychologique de l'individu

La violence est présente dans notre société depuis de nombreuses années. « *Le XX^e siècle a vu se multiplier les guerres mondiales, les guerres civiles, les génocides [...], les déplacements forcés de populations, les épurations ethniques ou idéologiques, les camps de concentration...* »²⁵. Ce sont, d'après Michel MICHEL et Jean François THIRION, le développement des techniques et la conviction de la nécessité d'une progression de la société et de l'humanité qui ont donné naissance à ces « *violences de masse* »²⁶. Cependant, même si ce siècle est révolu, ces violences excédantes sont toujours présentes aujourd'hui, et de moins en moins tolérées.

Pour cause, un surcroît d'informations contenant des images violentes est diffusé chaque jour dans les médias. « *Il est bien connu que seules les ruptures de la norme font l'objet d'une information. [...] Si toutes les ruptures de norme ne sont pas des violences, toutes les violences sont des ruptures de norme* »²⁷. De ce fait, meurtres, thrillers, catastrophes naturelles, films d'horreur, attentats ou guerres, sont des images constamment diffusées à la télévision qui favorisent « *le développement d'un sentiment global d'insécurité* »²⁸ chez les individus.

Pendant que la société évolue, le domaine médical progresse et se désacralise peu à peu. Le médecin n'est plus l'unique détenteur du savoir. Les individus développent leurs connaissances quant aux maladies et aux traitements disponibles. Ils ont de plus en plus conscience de leurs droits et sont davantage revendiquants. D'ailleurs, Michel MICHEL et Jean François THIRION abordent la notion de « *consumérisme* »²⁹, où l'on ne parle désormais plus de patients mais de clients. Ces derniers, désormais acteurs de leur santé, savent que celle-ci coûte cher et sont, par conséquent, de plus en plus exigeants vis-à-vis du corps de la santé. Le rapport à la maladie change lui aussi. Les patients angoissent face à l'hospitalisation, l'annonce d'une maladie grave, un manque d'information ou encore des

²⁵ MICHEL, Michel ; THIRION, Jean-François. Faire face à la violence dans les institutions de santé : gestion des risques et de la qualité. Rueil Malmaison : Lamarre. 2004. p 10.

²⁶ *Ibid.* p 14.

²⁷ *Ibid.* p 8.

²⁸ *Ibid.* p 9.

²⁹ *Ibid.* p 81.

soins perçus comme agressifs. Cela provoque des émotions parfois trop fortes, qui s'expriment souvent sous forme de violence. On dit d'ailleurs que « *la violence est [...] le substitut d'une parole non formulée* »³⁰.

Puis, « *la plus part des acteurs hospitaliers affirment que les rapports avec les usagers donnent actuellement lieu à plus de passages à l'acte qu'auparavant* »³¹. Seulement, les statistiques ne produisent pas de données très fiables, car les professionnels de santé seraient amenés à banaliser ces comportements. Il semblerait que seulement un tiers des hôpitaux déclarerait les actes de violence avérés dans leurs établissements. Un manque de temps, des actes devenus habituels, un dépôt de plainte pas toujours suivi d'un procès, une hiérarchie pas toujours étayante, la violence reste avant tout un sujet tabou. Pour les soignants, cette violence peut être parfois difficile à accepter, car l'hôpital est un lieu d'accueil et de convalescence où les mots d'ordre sont aide et soins. Il peut donc être difficile en tant que professionnel de santé de concevoir que ce lieu puisse accueillir de la violence. Sentiment d'incompréhension, contestation, injustice, la violence provoque différentes réactions chez les soignants.

2. Les stratégies d'adaptation mises en place par les soignants face à la violence

Face aux dangers extérieurs et conflits internes, l'individu met en place deux types de stratégies d'adaptation : les mécanismes de défense et le coping. Longtemps confondus, ces deux concepts sont aujourd'hui bien distincts. En effet, les mécanismes de défense sont utilisés de façon inconsciente, spontanée, indépendamment de notre volonté, pour diminuer son angoisse. À l'inverse, le processus du coping est plutôt conscient, puisqu'il dépend de la volonté du sujet. Il s'ajuste en fonction de ce dernier lorsqu'il est confronté à une situation stressante. « *Défense et coping constituent donc deux dimensions entremêlées de nos moyens de faire face aux problèmes intérieurs et extérieurs qu'il est important de prendre en compte simultanément pour la compréhension du sujet en souffrance* »³².

³⁰ LEBOEUF, D. *op.cit.* p 48.

³¹ MICHEL, Michel ; THIRION, Jean-François. *op.cit.* p 80.

³² CHABROL, Henri. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*. 2005. n°82. p 32.

1.6 Les mécanismes de défense utilisés

D'après LAPLANCHE et PONTALIS, « les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente »³³. Pour Charlotte MAREAU et Adeline VANEK DREYFUS, il s'agirait plutôt de « stratégies mises en place [...] pour défendre le sujet contre angoisse suscitée par un conflit intrapsychique ou par des éléments extérieurs »³⁴. Dans les deux cas, on retrouve la notion de défense face à des événements menaçant l'intégrité psychique du sujet.

Dans les établissements de santé, les soignants utilisent des mécanismes de défense plus spécifiques dans leur relation avec les patients. Ils sont utilisés pour se protéger face aux agressions extérieures et maintenir un équilibre psychique. Séverine REZETTE explique les différents mécanismes de défense utilisés par les soignants face à des événements angoissants.

Dans son livre de la Psychologie Clinique, elle aborde en premier lieu le mécanisme de l'évitement. Elle explique que le soignant ne va pas chercher d'interactions avec le patient, mais, au contraire, tout faire pour ne pas lui parler ou croiser son regard. Elle définit ensuite le mécanisme du mensonge. Pour elle, c'est le résultat d'un conflit personnel interne dont la seule solution envisagée est de mentir, par exemple, dans le but de ne pas froisser le patient. Aussi, lorsqu'un soignant se focalise sur la maladie du patient, lorsqu'il rend excusable certaines choses venant de lui, lorsqu'il évite de le prendre en charge dans sa globalité, Séverine REZETTE explique qu'il se sert de la banalisation pour se protéger. Ce dernier peut également avoir recours à la rationalisation. Dans ce cas-là, le soignant trouve des explications raisonnables aux attitudes du patient pour qu'elles soient plus acceptables. Séverine REZETTE décrit aussi ce mécanisme comme un langage non adapté, de type discours médical ou scientifique, derrière lequel le soignant va se réfugier. Il peut être accompagné d'humour ou de dérision. Parfois, les professionnels de santé sont amenés à se servir de l'identification projective. Comme son nom l'indique, le soignant va complètement s'identifier au patient. Il sait alors mieux que lui ce qui est bon pour lui, puisqu'il agit comme

³³ FORMARIER Monique ; JOVIC, Ljiljana (sous la direction de). *Les Concepts en Sciences Infirmières*. Éditions Mallet Conseil. 2012. 2^e édition. p 214.

³⁴ MAREAU, C. ; VANEK DREYFUS A. *L'indispensable de la psychologie*. Levallois-Perret : Studyrama. 2004. p 148.

s'il était entièrement à sa place. Enfin, tout comme les patients, les professionnels de santé peuvent, eux aussi, utiliser l'agressivité comme forme de réponse à l'angoisse.

Ainsi, l'utilisation des mécanismes de défense varie selon les soignants. Comme moyens de protection, ils permettent la mise à distance du patient, de ses émotions, de ses réactions avec lesquelles le soignant aurait du mal à composer. Pas toujours aidants pour le soigné, leur efficacité dépend de l'individu, la situation, l'angoisse générée par celle-ci, le type de mécanisme choisi et sa façon de l'utiliser (fréquence, intensité). Pour certains, tel ou tel mécanisme va donc être un moyen efficace pour se défendre, dans telle ou telle situation. Pour d'autres, ces moyens ne seront pas du tout efficaces et il faudra en utiliser des différents.

1.7 Les stratégies de coping adoptées

De l'anglais *to cope*, qui signifie –faire face-, le coping est développé au départ par LAZARUS et FOLKMAN. Ils le définissent comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* »³⁵. Le coping est donc utilisé pour réduire le stress engendré par une situation ou un événement. D'après eux, il aurait deux caractéristiques : il serait multidimensionnel et variable selon chaque individu. Par exemple, une personne gravement malade peut être stressée à cause de sa pathologie, de l'atteinte de son image corporelle, des conséquences sur ses relations familiales... Elle peut donc adopter diverses stratégies de coping pour réguler son stress. A l'inverse, dans la même situation, un autre individu pourra en développer d'autres.

Ainsi, plusieurs stratégies de coping existent pour moduler le stress d'une personne : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème consiste à « *réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* »³⁶. De cette façon, l'individu va chercher à maîtriser l'environnement stressant. Deux possibilités s'offrent à lui : soit il cherche à résoudre le problème en s'informant, soit il va directement affronter le problème. Par exemple, un soignant qui travaille dans un service de soin où la violence est, pour lui, stressante, peut choisir de se former à la gestion de la violence ou, au contraire, choisir de se confronter

³⁵ PAULHAN, Isabelle. Le concept de coping. *L'année psychologique*. 1992. Volume 92. N° 4. p 545.

³⁶ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*. 2001. N° 67. p 71.

directement à la situation. Le coping centré sur l'émotion, lui, permet de réguler nos réponses émotionnelles de manières différentes face au stress (physiologiques, psychologique, émotionnelles, cognitive, comportementale). L'expression de ses émotions, la minimisation de l'importance d'une situation, la consommation de drogues ou autres produits, la relaxation, les activités plaisantes (sport, loisirs) ou encore tout moyen pour se changer les idées sont des stratégies centrées sur l'émotion. Réévaluer une situation positivement, être dans l'évitement ou encore rechercher un soutien social (aide, sympathie d'autrui) peuvent également en faire partie.

Finalement, le plus intéressant est de savoir si ces stratégies de coping sont efficaces ou non. En réalité, elles ne le sont pas plus les unes que les autres. Leur efficience varie en fonction du contexte et de la situation de la personne qui l'utilise. Ainsi, une stratégie de coping ne pourra être efficace que si elle permet de diminuer le stress chez un individu dans une situation donnée. Cependant, certaines recherches ont abouti à des résultats intéressants. En effet, elles ont montré que certaines stratégies régulaient mieux le stress professionnel que d'autres. CESLOWITZ, par exemple, explique que certaines infirmières auraient moins de risque de s'épuiser professionnellement si elles utilisaient le coping centré sur le problème, ou si elles recherchaient du soutien social. Cela améliorerait leur réalisation de soi et donnerait du sens à leur acte et vie (personnalisation), ce qui leur permettrait alors de mieux affronter les événements stressants. A l'inverse, certaines infirmières auraient plus de risque de développer le burn-out en utilisant des stratégies comme l'évitement ou le retrait. Cela freinerait l'accomplissement personnel et favoriserait la dépersonnalisation du patient. Par conséquent, l'infirmière, se sentant parfois impuissante, pourrait d'autant moins bien gérer la situation.

Si diverses stratégies sont nécessaires pour faire face à ces situations, elles ne sont parfois pas toujours efficaces. La violence peut alors avoir un réel impact sur la santé du soignant.

3. L'impact de la violence sur les soignants : les risques psychosociaux

Selon Françoise BOISSIERES DUBOURG, les risques psychosociaux « *recouvrent les risques professionnels perçus et vécus par les salariés comme portant atteinte à leur santé mentale et, secondairement, physique. Ils résultent d'une combinaison entre les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle* »³⁷. Des facteurs externes (relations interpersonnelles, organisation de travail...) ou individuels (sexe, expérience, situation...) peuvent en être à l'origine. « *Si le professionnel est exposé à ces facteurs, des troubles physiques, psychiques ou comportementaux peuvent apparaître* »³⁸ tels que l'asthénie, des douleurs diverses, des insomnies, des troubles thymiques, un absentéisme, voire une dépression ou des idées suicidaires. D'ailleurs, le stress, aigu comme chronique, et le syndrome d'épuisement professionnel font partie des risques psychosociaux.

1.8 Quand la violence engendre du stress

La violence, d'après Patrick LEGERON, peut être un facteur étiologique du stress. En effet, l'acte en lui-même, voire sa fréquence et sa gravité dans certains services, peuvent faire naître chez les professionnels de santé un sentiment d'insécurité au travail. Patrick LEGERON affirme que c'est surtout ce « *sentiment d'insécurité, le fait de travailler 'la peur au ventre' qui affecte de plus en plus de personnes. Cette angoisse les fait vivre dans un état de stress permanent* »³⁹.

Hans SELYE est le premier à étudier le stress sur les rats. Il définit ce concept comme une « *réponse non spécifique de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation* »⁴⁰. Il découvre que ce mécanisme adaptatif serait propre à chaque individu et indispensable à leur fonctionnement. Il nomme d'abord ce concept le syndrome général d'adaptation, qui se compose de trois phases successives. La première étape s'intitule la phase d'alarme. Lorsque l'on est confronté à un événement stressant, notre organisme va nous alerter. Des manifestations diverses de type biologiques (adrénaline), physiologiques (tachycardie, tachypnée, sueurs, contractions

³⁷ BOISSIERES DUBOURG, Françoise. *Les soignants face au stress : comment se prémunir contre l'épuisement professionnel*. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2012. 2^e édition. p 143.

³⁸ *Ibid.* p 143.

³⁹ LEGERON, Patrick. *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob. 2001. p 112.

⁴⁰ E. GBEZO, Bernard. *op.cit.* p 26.

musculaires, mydriase, etc.), et psychologiques (hypervigilance, peur, irritabilité) vont survenir. F. BOISSIERES parle de « *stress qui sauve* »⁴¹. Si le facteur de stress persiste, on entre dans la phase de résistance. Notre organisme s'adapte peu à peu à la situation : il va chercher un nouvel équilibre et puiser dans ses ressources. Cette phase sollicite beaucoup d'énergie pour l'individu. F. BOISSIERES parle de « *stress qui use* »⁴². Enfin, si le facteur de stress persiste toujours, le sujet peut entrer dans la phase d'épuisement. Ses ressources deviennent alors insuffisantes et la personne finit par être dépassée par les événements. Elle s'épuise et peut alors présenter divers troubles somatiques, ou être plus sujette aux maladies. F. BOISSIERES parle de « *stress qui tue* »⁴³.

Du côté de LAZARUS et FOLKMAN, le stress résulterait d'une transaction entre la personne et son environnement. Ils le définissent comme une « *relation particulière entre la personne et son environnement qui est évaluée par la personne comme éreintante ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être* »⁴⁴. Le stress serait alors subjectif : il dépendrait non seulement d'une situation mais également de l'idée que la personne s'en fait. En effet, face à un événement stressant, chaque individu va procéder à deux évaluations : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire, c'est le stress que l'on perçoit. Il peut être positif (défi, challenge) ou négatif (menace, perte). Il dépend entièrement de la personne et de ses caractéristiques personnelles (expérience, personnalité, mode de traitement de l'information, capacités d'adaptation, mécanismes de défense utilisés...). Puis, l'individu va procéder à l'évaluation secondaire : c'est le contrôle que l'on pense avoir sur la situation. Cela dépend des ressources de la personne et de la perception qu'elle en a. De ce fait, on peut parler d'un stress négatif si une personne perçoit une situation comme menaçante et ne pense pas avoir les ressources nécessaires pour la surmonter.

Lorsque le stress se chronicise et qu'il touche le milieu professionnel, on appelle cela l'épuisement professionnel ou le burn-out. « *Le burnout est une réponse psychologique au stress chronique d'un travail à caractère interpersonnel et émotionnel* »⁴⁵. Il est donc généré par des situations stressantes qui impactent émotionnellement les professionnels de la relation

⁴¹ BOISSIERES DUBOURG, Françoise. *op.cit.* p 33.

⁴² *Ibid.* p 33.

⁴³ *Ibid.* p 34.

⁴⁴ MANOUKIAN, Alexandre. *La souffrance au travail : les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2009. p 3.

⁴⁵ EL AKREMI, Assâd ; GUERRERO, Sylvie ; NEVEU, Jean-Pierre. *Comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. Paris : De Boeck. Volume 2. 2006. p 265.

à autrui sur leur lieu de travail. Pour que ce syndrome apparaisse, il faut que des événements stressants soient fréquents. On dit qu'il faut que la personne soit exposée à un stress professionnel allant d'un à cinq ans.

1.9 Quand la violence engendre l'épuisement professionnel

Herbert FREUDENBERGER, psychiatre d'origine allemande, est le premier à étudier le burn-out. Du verbe *to burn*, qui signifie –brûler– en français, FREUDENBERGER illustre l'état psychologique observé des soignants dans la prise en charge de patients toxicomanes : *« je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte »*⁴⁶. FREUDENBERGER ajoute aussi que le burn-out est la *« maladie du battant »*⁴⁷. En effet, ce syndrome serait *« la conséquence d'un engagement trop intense dans une activité professionnelle trop exigeante »*⁴⁸. Les ressources internes du professionnel seraient alors trop sollicitées par rapport à ses attentes et à son environnement de travail. Par conséquent, selon Cary CHERNISS, le professionnel *« se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties »*⁴⁹. PINES et ARONSON abordent également cette notion d'engagement dans le burn-out où ce dernier serait plutôt lié à *« l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement »*⁵⁰. C'est pourquoi ce sont particulièrement les professionnels de la relation d'aide qui sont le plus touchés, puisque l'essence même de leur métier est basée sur des échanges relationnels (sentiments, émotions, difficultés, valeurs...). Cependant, la population soignante reste tout de même particulièrement touchée. En effet, un soignant sur quatre serait atteint par le syndrome du burn-out tôt ou tard dans sa carrière. Environnement de travail, sur-engagement, attentes professionnelles et réalité du travail, plusieurs facteurs peuvent engendrer le burn-out.

⁴⁶ CANOUI, Pierre ; MAURANGES, Aline ; FLORENTIN, Anne. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Elsevier Masson. 2001. p 6.

⁴⁷ EL AKREMI, Assâd ; GUERRERO, Sylvie ; NEVEU, Jean-Pierre. *op.cit.* p 314

⁴⁸ *Ibid.* p 313.

⁴⁹ *Ibid.* p 315.

⁵⁰ *Ibid.* p 315.

Le burn-out est un syndrome qui se compose en trois dimensions. Le professionnel est, au départ, épuisé physiquement, mais surtout émotionnellement. Selon CANOUI et MAURANGES, plusieurs signes comportementaux vont apparaître, tels qu'une humeur changeante, une difficulté à composer avec les émotions du patient, une nervosité, signes d'un trop-plein émotionnel. D'autres signes physiques, plutôt somatiques, vont également survenir de type asthénie, troubles divers (digestifs, sommeil, alimentaire) ou des infections répétées (rhumes, angines...). Peu à peu, le soignant se déshumanise dans sa relation avec le patient (dépersonnalisation). Il perd son empathie, utilise parfois l'humour de manière excessive ou déplacée. Finalement, il ne reconnaît plus vraiment le patient comme un individu en tant que tel, mais plutôt comme un objet, un simple numéro de chambre ou une pathologie. Comme une façon de se protéger psychologiquement, le soignant met à l'écart le patient. Il devient dur, froid, indifférent, parfois même cynique ou agressif, ce qui n'est pas en faveur d'une bonne relation soignant-soigné. A défaut, même, ces attitudes déshumanisantes peuvent générer de la violence chez les patients, en sachant que le burn-out peut lui aussi apparaître à la suite d'évènements violents : c'est un cercle vicieux. Enfin, le soignant ne s'accomplit plus personnellement au travail. Sentiment d'inutilité, d'échec, dépréciation de soi et de ses capacités, ou encore culpabilité sont autant de manifestations possibles. Pour EDELWICH et BRODSKI, l'épuisement professionnel serait « *Une perte progressive de l'idéal, de l'énergie, de la volonté, vécue par des personnes dans des métiers d'aide* »⁵¹. L'idéal du travail serait trop difficile à atteindre, le soignant serait alors continuellement déçu face à la réalité du travail et ses attentes personnelles. Par conséquent, le soignant perdrait de sa motivation, il se mettrait en retrait et cumulerait les absences, ou, au contraire, rentrerait dans l'hyperactivité.

⁵¹ MANOUKIAN, Alexandre. *op.cit.* p 11.

III. METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Afin de compléter nos recherches théoriques précédentes, nous allons procéder à une enquête de terrain. Le but de cette enquête est d'échanger avec différents professionnels de santé, afin de recueillir des informations sur la réalité du terrain. Cette méthode qualitative va nous permettre d'apporter une réponse à notre problématique de départ : un infirmier en UHCD, confronté au quotidien à la violence, n'aurait-il pas un risque majeur de développer du stress lorsque ses stratégies d'adaptation ne sont plus efficaces ? La méthode d'entretien choisie est semi-directive. Elle permet de guider la personne interrogée sur des thématiques, au préalable ciblées, grâce à des questions ouvertes. Ainsi, elle laisse une liberté de réponse à l'interlocuteur tout en restant dans un cadre de référence.

Au regard de la problématique choisie, j'ai opté pour une enquête de terrain dans des unités d'hospitalisation de courte durée. J'ai donc effectué mes entretiens auprès de quatre infirmières jeunes diplômées, travaillant dans deux hôpitaux différents. Nous les appellerons Elvire, Antigone, Bérénice et Juliette. Elles sont toutes les quatre diplômées depuis moins de quatre ans. Elles travaillent dans le service des urgences depuis en moyenne deux ans et tournent entre le SAU et l'UHCD. Dans le premier UHCD, les infirmières travaillent en 7h36. Dans le second, elles travaillent en 12h. Ces deux unités contiennent entre dix à vingt lits dont certains sont monitorées. La durée moyenne de séjour est de 24h. En général, les patients les plus rencontrés sont ceux présentant des troubles psychiatriques, des décompensations cardio-respiratoires, ou encore, des personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou une altération de l'état général. Dans l'ensemble, les services rencontrés avaient une bonne gestion de la violence. Il n'y avait pas de protocoles écrits, mais des formations étaient ponctuellement proposées. La violence des usagers semble davantage être présente au SAU qu'à UHCD. Cependant, dans le premier UHCD, des box de sécurités sont disponibles pour les patients agités. Pour le second, l'utilisation de la contention est privilégiée.

Après avoir recueilli diverses informations sur les personnes interrogées et leur contexte de travail, j'ai pu aborder sous forme de questions mes différents concepts. Nous allons donc, lors de l'analyse, comparer les informations pratiques avec les données théoriques.

IV. ANALYSE

1. La violence en société : des points de vue divergents

Au regard de notre approche théorique, et concernant les rapports actuels avec les usagers, la majorité des infirmières interrogées a trouvé personnellement, ou en rapportant les dires de collègues, que les patients et leurs familles étaient aujourd'hui moins respectueux, moins patients et plus exigeants. Trois d'entre elles ont d'ailleurs noté que les comportements des individus pouvaient varier en fonction des saisons, du moment de la journée, du service de soin, de l'hôpital et de sa zone géographique.

Antigone : « *Quand j'entends des infirmiers qui ont dix ou vingt ans de recul, [...] j'entends souvent que les patients sont quand même plus agressifs, que c'est un peu 'tout est dû', et ils ne veulent pas attendre* ».

Si ces données sont en adéquation avec les concepts au préalable développés, Elvire explique tout de même le fait qu'aujourd'hui, tous les patients ne sont pas forcément acteurs de leur santé. Il y en a qui en savent plus que des infirmiers, contrairement à d'autres.

Ensuite, les patients et leurs familles seraient davantage agressifs, car non informés sur leur état de santé, angoissés face à l'idée d'être hospitalisé, ou confrontés à des soins offensifs. Elvire et Juliette rejoignent effectivement cette idée, en expliquant que la personne serait avant tout très angoissée par la situation dans laquelle elle se trouve.

Elvire : « *C'est vrai que les urgences c'est pas très simple. Des fois, les gens montent, ils ne savent même pas ce qu'ils ont, fin on ne leur a pas expliqué ce qui allait se passer, la famille n'est pas au courant... Fin des fois, c'est vrai que c'est un peu angoissant* ».

Bien que les données conceptuelles définissent la violence au sein des équipes et des institutions comme un sujet tabou, les infirmières m'ont répondues à l'unanimité que non. Au contraire, la violence serait quelque chose qui se produit, et ce, d'autant plus dans les services d'urgence. Les infirmières auraient tendance à en parler facilement en équipe, ou à solliciter l'intervention du cadre si nécessaire. La violence ne semblerait pas non plus taboue avec les supérieurs, puisque certains ont tentés de mettre en place des moyens simplifiés pour porter plainte.

Bérénice : *« Non, c'est pas un sujet tabou parce que justement c'est quelque chose qui arrive et, on est aux urgences, donc c'est pas du tout quelque chose que l'on va cacher. Pas du tout au contraire, on va plus avoir tendance à en parler ».*

Seulement, pour Antigone, les cadres ne sont pas toujours étayants lors des situations de violence. Elle explique qu'une fois, elle s'est retrouvée en désaccord important avec un patient. Elle a donc demandé de l'aide à son supérieur qui, au lieu de se déplacer pour rappeler le patient à l'ordre comme l'infirmière l'attendait, a envoyé quelqu'un d'autre à sa place. L'infirmière n'a donc pas eu le sentiment d'être entendue et s'est beaucoup remise en question.

Antigone : *« Je me suis sentie un peu à défaut, comme si c'était de ma faute. On ne m'a pas fait de reproche ni rien, mais moi je l'ai pris un peu comme si j'étais pas capable de faire mon travail ».*

En ce qui concerne le dépôt de plainte, les infirmières sont plutôt encouragées dans cette démarche par la direction, les cadres, ou lors de formation. En revanche, un manque de temps, un nombre trop important de plaintes à déposer, des résultats de procès pas forcément justes, ou encore, une habitude de la violence freineraient beaucoup les infirmières à porter plainte. D'ailleurs, pour certaines, la violence est due à la maladie du patient : la pathologie excuse alors le geste. Pour d'autres, c'est plutôt une fatalité.

Juliette : *« Y'a même pas cette idée de porter plainte [...]. C'est un peu le 'à quoi bon'. Les gens sont comme ça, on le sait et voilà ».*

Enfin, si certaines infirmières ont le sentiment de ne pas être reconnues, d'autres ressentent plutôt de l'injustice ou encore de l'incompréhension. Quoi qu'il en soit, la violence génère chez elles différentes réactions.

2. La violence génère des stratégies d'adaptation

Dans le cadre des mécanismes de défense, aucune des infirmières interrogées n'ont abordé l'évitement, le mensonge ou l'identification projective. Dans la majorité des cas, le mécanisme de la rationalisation a été utilisé. En effet, trois infirmières ont expliqué que les patients étaient violents parce qu'ils étaient dans une situation particulière, ou parce que leur

pathologie induisait ce type de réaction. Cette vision des choses leur permet d'accepter la violence d'une certaine façon. Seule Juliette semble avoir recours aux mécanismes de la banalisation et de l'humour.

Bérénice : « *Les patients ils sont dans une situation hyper instable, ils peuvent ne pas être eux même* ».

Juliette : « *Généralement on le prend à la dérision. [...]. Je me dis ouais, je me suis pris une bonne gifle aujourd'hui, et puis voilà ça passe* ». [...] *Quelqu'un est violent [...] ça fait partie en fait, bah y'a des gens qui font des crises d'asthme, bah y'a des gens qui sont violents* ».

Ensuite, confrontées à la violence, la totalité des infirmières semble utiliser des stratégies de coping. Trois infirmières sur quatre semblent utiliser des stratégies de coping centrées sur le problème. En effet, elles cherchent au départ à recueillir des informations sur la situation. Par exemple, elles distinguent si le patient souffre de troubles psychiatriques ou non, et adaptent leur prise en charge en conséquence. Cela leur permet, par la suite, de mieux contrôler la situation et de se confronter directement au problème. Ces trois infirmières sont donc plutôt dans les faits. Elles adaptent leur comportement en fonction de l'évènement. Elles cherchent avant tout à apaiser le patient. Lorsque celui-ci présente des troubles psychiatriques, et que cela est nécessaire, elles optent pour la contention. Certaines sont d'ailleurs formées à son utilisation.

Antigone : « *Alors, qu'est-ce que j'essaye de faire déjà c'est [...] de prendre un ton assez calme, de m'poser avec la personne, de me mettre à sa hauteur, des trucs un peu de base pour essayer de de calmer la chose. [...] Alors, quand la personne a toute sa tête [...], si elle ne veut pas rester, dans ce cas-là, on la fait sortir des urgences. Mais quand la personne est un peu, bah, soit bourrée ou n'a pas toute sa tête, dans ce cas-là, [...] ça se finit en contention* ».

Concernant le coping centré sur l'émotion, les quatre infirmières interrogées recherchent du soutien social. En effet, les infirmières ont toutes répondues que, dans l'instant, elles demandaient de l'aide quand un patient se montrait trop agressif. Elles s'appuient sur la coopération et la cohésion d'équipe : un médecin, un collègue homme, parfois même leur cadre de santé. A posteriori, elles cherchent plutôt un soutien émotionnel au sein de l'équipe. Elles parlent de la situation passée, afin d'évacuer les tensions générées, ou de l'analyser pour améliorer leur pratique en cas d'une situation similaire.

Puis, la violence suscite parfois des émotions négatives comme la colère. Certaines peuvent être blessées par certains propos où gestes. Dans ces cas-là, trois infirmières utilisent la maîtrise de soi. Elles essaient, au mieux, de gérer leurs émotions, de ne pas prendre la violence pour elles, de ne pas paniquer ou de s'emporter dans ces moments-là. Pour Antigone et Bérénice, la distanciation semble être un moyen pour se détendre après des événements violents. Antigone fume une cigarette à l'extérieur pour se changer les idées, Bérénice s'attelle à des activités plaisantes et passe du temps avec ses proches pour penser à autre chose. A l'inverse, Juliette, elle, accepte les choses comme elles viennent, moyen comme un autre de gérer son stress.

3. La violence stresse mais n'épuise pas professionnellement

La violence, et le sentiment d'insécurité qu'elle génère, peuvent être des facteurs étiologiques de stress. Or, lors de mes entretiens, aucune des infirmières interrogées ne m'a dit qu'elle ne se sentait pas en sécurité dans le service de lits portes. Elvire, enceinte, a même rétorqué que, en situation de vulnérabilité, elle préférerait rester dans ce service-là plutôt qu'à l'accueil des urgences où, là en revanche, elle ne se sentait pas toujours en sécurité. D'ailleurs, il m'a été dit deux fois que ce service était plus calme que celui de l'accueil des urgences, car la violence y était déjà maîtrisée.

Puis, Antigone et Juliette m'ont clairement dit dans leurs propos que la violence n'était pas du tout quelque chose qui les stressait. Si nous suivons le concept de LAZARUS et FOLKMAN, nous pouvons expliquer cela par le fait qu'elles estiment que leurs ressources sont suffisantes, que la situation n'est pas menaçante, et que celle-ci n'est donc pas génératrice de stress. Cependant, certains propos utilisés par les soignantes vont à l'encontre de l'analyse précédente. Antigone nous explique bien elle-même que, lorsqu'elle est confrontée à des comportements agressifs, elle tachycarde. Ceci semble être la preuve que l'infirmière est dans la phase d'alarme du syndrome général d'adaptation selon le modèle de Hans SELYE. Les situations de violence suscitent différentes réactions qui peuvent être variables selon les individus. Certaines infirmières seront en colère, d'autres seront plutôt blessées, d'autres encore, auront plutôt un sentiment culpabilité.

Bérénice : *« Ça peut être un peu énervant les gens qui sont agressifs, qui sont violents alors qu'ils ne sont pas du tout psy, qui viennent pour se faire soigner. Parfois, c'est pénible ! ».*

Antigone : *« Après je vais me dire mince, est-ce que j'aurais pas pu faire autrement pour que ça se passe mieux [...] ? Qu'est ce qui a fait que cette situation dégénère, ou, est-ce que nous on n'a pas merdé à un moment pour que ça dégénère aussi quoi ».*

À force d'être confrontées à des comportements violents, Antigone et Bérénice semblent épuisées. En effet, on peut observer dans leur propos une exaspération. L'une d'entre elles décrit clairement un changement de son comportement dans la vie de tous les jours. L'autre infirmière explique que, pour elle, certaines violences ont plus d'impact que d'autres.

Antigone : *« Oui, parce que c'est surtout parce qu'on ramène toujours un peu à la maison quand même, [...] je pense que l'on est un peu des éponges. On prend un peu l'agressivité des gens tout le temps, [...] on sort de notre journée de travail et on a pris des insultes, des coups, [...] moi j'ai vu quand même que je devenais beaucoup plus irritable depuis que j'étais aux urgences ».*

Concernant le syndrome d'épuisement professionnel, aucune infirmière ne semblerait concernée. Surnommée la maladie du battant, il interviendrait, selon plusieurs auteurs, chez des sujets trop engagés dans leur travail. Or, les quatre infirmières m'ont répondues lors de leur entretien que, malgré être jeune diplômées, elles savaient aujourd'hui prendre suffisamment de recul sur les choses. En plus des années d'expérience, travailler aux urgences aiderait beaucoup à mettre à distance les choses. Les infirmières semblent avoir appris à travailler convenablement sans trop s'investir pour se protéger. Cela leur permet de ne pas prendre les choses trop à cœur, de garder une certaine distance, notamment face à des comportements violents. D'ailleurs, Juliette exprime bien ce recul qu'elle arrive à prendre.

Bérénice : *« J'ai appris tellement d'choses et euh, j'ai une autre façon de travailler, de gérer la distance, gérer l'investissement dans la prise en charge des patients, etc. On arrive plus à se protéger, euh... Mais c'est avec le temps, forcément ».*

Juliette : *« A aucun moment je crois que je me suis dit que c'était vraiment moi Juliette qui était visée. Non c'était l'infirmière qui était visée mais je ne suis pas que ça donc voilà ».*

CONCLUSION

Ce travail de recherche m'a permis d'approfondir ma réflexion autour du thème de la violence. J'ai ainsi pu aborder les différentes stratégies d'adaptation mises en place par les soignants et l'impact psychosocial que des comportements violents pouvaient avoir sur eux.

Ces dernières années, les établissements de santé ont mis en place des moyens de sécurité qui semblent avoir un effet cadrant pour les patients et rassurant pour les soignants. Mais, en dépit de ces moyens sécuritaires, la violence persiste. Dans les services d'UHCD rencontrés, un changement notable des comportements des patients a pu être observé. Si la violence n'est pas, pour les infirmières interrogées, un sujet tabou, elle est souvent banalisée et rend le dépôt de plainte exceptionnel. Les stratégies d'adaptation mises en place sont variées, mais les plus prévalentes (coping centré sur le problème, recherche de soutien social) sont celles qui sembleraient les plus efficaces d'après les concepts développés. Les infirmières, d'après leurs dires et l'efficacité de leurs mécanismes, ne devraient donc pas être stressées par la violence. Néanmoins, j'ai pu constater qu'il y avait parfois un impact émotionnel plus ou moins important derrière. Les infirmières présentaient des signes liés au stress (tachycardie, irritabilité). J'ai donc finalement estimé que leurs stratégies d'adaptation n'étaient que moyennement efficaces et qu'elles étaient bel et bien stressées. A l'inverse, elles ne m'ont pas apparues comme engagées avec excès dans leur métier, je n'ai donc pas trouvé qu'elles étaient concernées par le syndrome d'épuisement professionnel. En revanche, une infirmière a exprimé être davantage irritable qu'auparavant. Si des nombreux éléments sont manquants pour réellement exprimer que cette infirmière est épuisée professionnellement, ce peut en être un signe précurseur. Finalement, un infirmier en UHCD, confronté au quotidien à la violence, a bien des risques de développer du stress, lorsque ses stratégies d'adaptation ne sont pas ou peu efficaces.

Ainsi, cette étude m'a amené un autre regard sur la violence. J'ai réalisé que, en dépit de notre volonté, elle faisait désormais partie intégrante de notre métier. Pour cause, de multiples facteurs peuvent en être à l'origine. J'ai alors compris que ces types de comportements n'étaient pas adressés à la personne en tant que telle, mais au soignant et son statut. En interrogeant les infirmières, j'ai observé que la violence était bien un facteur de stress. En revanche, il n'était pas toujours négatif et n'engendrait pas systématiquement un épuisement psychique. En effet, la violence est avant tout gérable. Ce sont les formations, les équipes et

notre expérience professionnelle qui nous permettent de maîtriser aux mieux ces situations, pour arriver à composer avec. En définitive, ce travail de recherche, en plus de mon expérience durant ces trois années d'études, m'a appris à prendre du recul quant à l'agressivité des patients en service de soin. En tant que future professionnelle, je pense que je réagirai désormais autrement dans des situations similaires.

Enfin, lors de mes entretiens, j'ai remarqué que la violence était beaucoup associée aux pathologies psychiatriques. D'ailleurs, la plus part des infirmières ont évoqué le fait qu'elles l'acceptaient mieux venant d'un patient présentant ces types de troubles, car elle n'était pas intentionnelle et n'avait donc pas le même impact. De ce fait, il pourrait être intéressant de continuer notre recherche afin d'étudier l'impact la violence sur les équipes soignantes travaillant dans des services psychiatrique, comme par exemple les urgences.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- E. GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. 2^{ème} édition. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2011. 227 p. (Soigner et accompagner).
- FORMARIER Monique ; JOVIC, Ljiljana (sous la direction de). *Les Concepts en Sciences Infirmières*. Éditions Mallet Conseil. 2012. 2^o édition. 328 p.
- MAREAU, C. ; VANEK DREYFUS A. *L'indispensable de la psychologie*. Levallois-Perret : Studyrama. 2004. 223 p. (Principes – culture générale)
- REZETTE, Séverine. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Paris : Elsevier Masson. 2008. 175 p.
- MICHEL, Michel ; THIRION, Jean-François. *Faire face à la violence dans les institutions de santé : gestion des risques et de la qualité*. Rueil Malmaison : Lamarre. 2004. 237 p. (Fonction cadre de santé).
- BOISSIERES DUBOURG, Françoise. *Les soignants face au stress : comment se prémunir contre l'épuisement professionnel*. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2012. 2^o édition. 246 p. (Soigner et accompagner).
- MANOUKIAN, Alexandre. *La souffrance au travail : les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2009. 209 p. (Soigner et accompagner).
- LEGERON, Patrick. *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob. 2001. 376 p.
- CANOUI, Pierre ; MAURANGES, Aline ; FLORENTIN, Anne. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Elsevier Masson. 2001. 224 p.
- EL AKREMI, Assâd ; GUERRERO, Sylvie ; NEVEU, Jean-Pierre. *Comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. Paris : De Boeck. Volume 2. 2006. 368 p. (Méthodes & Recherches).
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, *Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Paris : Berger-Levrault. 91 p. (Formations de santé).

ARTICLES ET PERIODIQUES

- LEBOEUF, D. Violence et soins. Parler de la violence pour mieux la gérer [dossier]. *Soins*. 2007. n°715. pp. 29-54.
- SFMU. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 2001. Volume 14. N° 1-2. pp. 144-152. Disponible sur : <http://www.sfmu.org>
- CHABROL, Henri. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*. 2005. N°82. pp. 31-42. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*. 2001. N° 67. pp. 68-83.

PAULHAN, Isabelle. Le concept de coping. *L'année psychologique*. 1992. Volume 92. N° 4. pp. 545-557. Disponible sur : <http://www.persee.fr/>

PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*. 2001. N°67. pp. 84-98.

RESSOURCES ELECTRONIQUES

LAROUSSE. Dictionnaire de Français. *Violence*. [En ligne]. [Consulté le 13/09/2014]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/>

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *Fact Sheet - Violence in the workplace*. [Format pdf]. 2005. 4 p. Disponible sur : <https://www.cna-aiic.ca/en>

HEATHER HERDMAN, T. North American Nursing Diagnosis Association. *What is Nursing Diagnosis And Why Should I Care?* [En ligne]. [Consulté le 14/02/2015]. Disponible sur : <http://www.nanda.org/>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. *Orientations prioritaires de la politique nationale*. [En ligne]. 23/01/2015. [Consulté le 02/02/2015]. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/>

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. *Le développement professionnel continu (DPC) : une démarche innovante au service des patients*. [Format pdf]. 2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

CLEMENT, I. « Pour moi la violence concerne la santé au travail ». La violence à l'hôpital. [Format pdf]. 2013. 5 p. Disponible sur : <http://violence-hopital.fr/>

BAUD, N. *Gérer au mieux une situation d'agressivité*. La violence à l'hôpital. [Format pdf]. 2013. 2 p. Disponible sur : <http://violence-hopital.fr/>

AP-HM. *STOP VIOLENCE, Les professionnels de l'AP-HM prennent soin de vous... prenez soin d'eux !* [En ligne]. [Consulté le 05/10/2014]. 2013. Disponible sur : <http://fr.ap-hm.fr/>

OMS, ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE. *La violence sexuelle*. [Format pdf]. 2012. 12 p. Disponible sur : <https://extranet.who.int/iris/restricted>

RAPPORTS ET DOSSIERS

JUILHARD, J. ; BLANC, P. *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médicosociaux et les moyens de la prévenir, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002*. N° 399. [Format pdf]. 2003. 249 p. Disponible sur : <http://www.senat.fr/>

ONDRP. *Criminalité et délinquance enregistrées en décembre 2014*. [Format pdf]. 2015. 44 p. Disponible sur : <http://www.inhesj.fr/>

FERRARI, Rachel. *Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport annuel 2012*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé. [Format pdf]. 2013. 46 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

ONVS. *FICHES REFLEXES sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social*. Paris : Ministère de la santé. [Format pdf]. 2012. 30 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

OMS, CII, et al. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. Genève : OMS. [Format pdf]. 2002. 32 p. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>

CII. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. 2007. 33 p. Disponible sur : <http://www.icn.ch/>

JOVIC, L. ; RENAUT, M. ; et al. *Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation : amélioration des pratiques professionnelles et paramédicales*. Paris : ARS Ile-de-France. [Format pdf]. 2012. 42 p. Disponible sur : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/>

OGDPC, SANTELYS. *Formation Continue 2015*. [Format pdf]. 2014. 40 p. Disponible sur : <https://www.ogdpc.fr/>

KRUG, E. ; DAHLBERG, L. ; et al. Chapitre 1 : La violence – un défi planétaire. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS. [Format pdf]. 2002. pp. 1-23. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>

TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. N° 83-634. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violences. n° DHOS/p1/2000/609. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

Circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. n° DHOS/p1/2005/327. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SANTE. Protocole d'accord du 12 août 2005 signé entre le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire. 05/04/2007. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SANTE. Protocole national du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professionnels de santé. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

REPORTAGES

LASSALLE, Charlotte. *Violences à l'hôpital : les urgences vont craquer !* [Reportage]. YEMAYA Productions, Enquête Exclusive. Diffusé le 21/09/2014.

ANNEXES

1. Nomenclature de l'ONVS pour décrire les faits de violence

Gravité	Atteintes aux Biens	Atteintes aux Personnes
Niveau 1	Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis.	Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures.
Niveau 2	Vols avec effraction.	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux).
Niveau 3	Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...).	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle.
Niveau 4		Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...).

2. Grille d'entretiens et résultats d'enquête

TALON IDENTITAIRE

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (sexe, âge, date de diplôme, ancienneté dans le service, expérience professionnelle)

	Elvire	Antigone	Bérénice	Juliette
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
Age	25 ans	31 ans	22 ans	22 ans
Date de Diplôme	2011	2012	2013	2013
Ancienneté dans le Service	1 an et demi	3 ans	2 ans et demi	1 an et demi (1 an de nuit, 6 mois de jour)
Expérience Pro.	Gériatrie aigue (2 ans)	Pas d'autres services	Intérim (2 mois)	Réanimation (3 mois)

CONTEXTE DU SERVICE

Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous travaillez ? (horaires, équipe, organisation de travail, fonctionnement du service, patients rencontrés, pathologies prévalentes, gestion de la violence dans le service)

	UHCD n°1	UHCD n°2
Service	20 lits : simples et doubles 4 unités de soins rapprochés	10 lits (2 simples, 4 doubles) 8 lits monitorés
Organisation	Durée du séjour : 24h	Durée du séjour : 24h

Équipe Pluridisciplinaire	Aide-soignants, Infirmiers, Urgentiste, Internes, Assistante Sociale, Secrétaire Hospitalière, Psychiatre de garde de l'hôpital	Aide-soignants, Infirmiers, Psychiatre, Equipe gériatrique, Assistante Sociale, ORL
Horaires et Roulements	Roulement des infirmiers entre le SAU et l'UHCD. Travail en 7h30. Rotation des équipes du matin et du soir tous les quinze jours.	Roulement des infirmiers entre le SAU et l'UHCD. Travail en 12h.
Patients et pathologies prévalentes	Troubles psychiatriques Décompensation cardio-respiratoires Personnes âgées	
Gestion de la violence	Gestion de la violence principalement au SAU Boxs de sécurité disponibles en UHCD Utilisation de la contention Formations plus ou moins proposés dans les services	Gestion de la violence principalement au SAU Utilisation de la contention Formations proposées dans les services

LA VIOLENCE SOCIOLOGIQUE

Pensez-vous que les rapports avec les patients aient changés depuis quelques années ?

Elvire : « Non... Depuis que j'ai commencé, je ne vois pas forcément de différences. Je dirais que les patients sont un peu moins respectueux du secteur public. C'est le seul truc que je trouve. Après, plus acteurs de leur santé, ça dépend des gens : y'a des gens qui ne connaissent absolument pas leurs antécédents ou quoi que ce soit, et y'a des gens qui sont vraiment limite mieux renseignés que nous ».

Antigone : « Moi, sur le peu de recul, fin sur les trois ans que j'ai, j'ai pas vu de changements. Après c'est vrai que, quand j'entends des infirmiers qui ont dix ou vingt ans de recul, ils trouvent qu'il y a quand même un changement. J'entends souvent que les patients sont quand même plus agressifs, que c'est un peu 'tout est dû', et ils ne veulent pas attendre. Ils viennent pour avoir leur IRM et ils veulent leur IRM tout de suite par exemple quoi. Après c'est vrai que moi en trois ans je n'ai pas vu d'évolution ». « J'ai fait mon stage aux urgences à l'Hôtel-Dieu et c'était en été donc... C'est des plus petits urgences, y'a quand même beaucoup moins de monde donc c'est vrai que c'était plus calme. Les gens étaient moins agressifs mais après c'est un autre hôpital aussi, c'est pas la même population non plus... Donc non, moi franchement, personnellement je n'ai pas vu de changements ».

Bérénice : « Euh, pffff... Franchement non. Après je ne suis pas diplômée depuis longtemps, donc j peux pas vraiment te dire grand-chose là-dessus... En plus, j'ai fait que ce service-là, fin... Peut-être que d'autres te diront le contraire, mais moi en tout cas de ce que j'ai vu, depuis que j'suis diplômée ou même pendant mes stages, y'a rien qui a changé ».

Juliette : « Nan, je pense que je n'ai pas assez de recul. Personnellement je n'ai pas assez de recul. Le seul recul que j'ai c'est géographique. Je trouve les gens plus facilement agressifs ici qu'à Angers. Après j'entends beaucoup mes collègues parler, ceux qui ont voilà de la bouteille, me dire que avant c'était pas autant, que les gens étaient quand même plus reconnaissants, plus aimables avec le personnel. Moi franchement j'ai toujours connu ça, fin j'ai pas de recul pour l'instant ».

La violence est-elle un sujet tabou au sein de votre équipe ?

Elvire : « Non, on en parle souvent... ». « Oui je me sens soutenue par mes supérieurs. Ils ont essayés de mettre en place le fait que l'on puisse porter plainte directement d'ici et de ne pas devoir se déplacer au commissariat. Je ne sais pas ce qu'il en était, mais effectivement, la cadre supérieure elle était au courant de ça parce qu'il y avait des collègues qui s'étaient fait agresser verbalement ; pas officiellement physiquement, mais qui s'étaient fait quand même cracher dessus à l'accueil. Du coup elles avaient porté plainte et bon, y'a eu toute une histoire sur ça comme quoi c'est inadmissible que la police ne se déplace pas pour prendre notre plainte. Il faut se déplacer mais du coup bah après, à force, on ne le fait pas quoi, on ne se déplace pas et puis voilà. Non justement les supérieurs nous encouragent à déposer plainte ».

Antigone : « Non, c'est pas tabou. On en parle souvent parce qu'on est souvent confronté à la violence. Je me sens soutenue par l'équipe ouais, les supérieurs moins que par l'équipe oui. Je sais que si j'ai un patient qui commence à être agressif, j'ai toujours un collègue qui va venir m'aider. On va jamais laisser seul un collègue avec un patient difficile. Après moi, il m'est arrivée une fois de me disputer, fin, de me prendre vraiment la tête avec un patient. Il m'a vraiment poussé à bout, et j'ai voulu arrêter. J'suis allée voir mon cadre pour lui dire que je ne voulais pas lui faire de soins, fin, qu'il était trop agité, trop agressif, et mon cadre a été demander à une collègue d'aller faire les soins à ma place quoi. J'ai pas trouvé ça, bah sur le coup en fait, je me suis sentie un peu à défaut, comme si c'était de ma faute. On ne m'a pas fait de reproche ni rien, mais moi je l'ai pris un peu comme si j'étais pas capable de faire mon travail. Je ne me suis pas sentie soutenue avec les cadres. Il n'a pas été voir le patient pour lui dire de se calmer, il a envoyé directement quelqu'un d'autre. Donc je me dis que ça fait un peu comme si le patient était dans son bon droit en fait de faire ça, et c'est vrai que du coup je ne l'ai pas trop bien pris quoi ». « J'ai fait une formation sur l'agressivité, sur la gestion de l'agressivité aux urgences et euh, c'que nous disait la formatrice c'est que dès que ça devient personnel, genre 'toi je vais te chopper, toi...' fin voilà. Quand ça commence à être comme ça, là elle nous disait dans ce cas-là faut tout de suite porter plainte et y'a que comme ça que ça peut remonter et que ça peut faire changer les choses. Donc bon moi je pense qu'on est plutôt, fin, de ce que j'ai vu en tout cas on est plutôt soutenus si on veut porter plainte ou si il y a vraiment des problèmes comme ça ».

Bérénice : « Non, c'est pas un sujet tabou parce que justement c'est quelque chose qui arrive et, on est aux urgences, donc c'est pas du tout quelque chose que l'on va cacher. Pas du tout au contraire, on va plus avoir tendance à en parler. Y'en a qui on porté plainte pour des violences, des choses comme ça. Mais c'est quelque chose que l'on va avoir plus tendance à partager plutôt qu'à garder pour soi, tabou, etc, non ». « Honnêtement j'ai jamais essayé de porter plainte donc je ne sais pas. Je ne sais pas car porter plainte à l'hôpital ça ne se fait jamais vraiment beaucoup, donc honnêtement, je n'ai jamais été dans cette situation-là ».

Juliette : « Nan c'est pas tabou, c'est presque devenu normal. C'est d'ailleurs un peu dommage quoi. 'Oui bah machin elle m'a griffée', bon bah voilà... On passe au suivant quoi ! Y'a même pas cette idée de porter plainte car les gens vont être la plus part du temps dans la violence physique, mais c'est la plus part du temps parce qu'ils sont soit déments, soit en décompensation psy, soit fin voilà la plus part du temps c'est ce qu'on se dit voilà. C'est pas lui c'est la pathologie qui parle. Après y'a des gens où on a des doutes sur est-ce que c'est la pathologie ou c'est la personnalité, mais ça on ne peut jamais savoir. Et puis, moi personnellement j'ai jamais eu trop ce genre de situation, mais je me rappelle de collègues qui ont été insultés. La plus part recadrent directement la personne en lui disant que si elle veut partir elle peut partir, que personne ne l'a forcé à venir et que si elle n'est pas contente, bah voilà. Mais, nan, c'est vrai que porter plainte on en parle jamais. C'est un peu le 'à quoi bon'. Les gens sont comme ça on le sait et voilà ». « J'ai souvenir une fois, mais c'était pas en UHCD c'était aux urgences, d'un collègue qui s'était interposé pour protéger sa collègue et du coup le patient lui avait tiré une chaîne qu'il avait autour du cou. Et, fin ça avait été une petite strangulation et il avait porté plainte, mais en fait le patient avait été déclaré ayant des troubles psy donc il n'y a jamais eu de suite fin voilà. Donc tu vois même dans ces situations là où je pense que le monsieur était vraiment... Je pense que c'était pas qu'un trouble psy, il était vraiment spécial... ».

LA VIOLENCE ET LES STRATEGIES D'ADAPTATION

Que mettez-vous en place face à des comportements violents ?

Elvire : « Ça dépend du patient... Souvent, on appelle quelqu'un d'autre pour essayer de gérer la situation, parce que quand ça s passe pas bien avec nous c'est qu'il y a un problème et que vaut mieux laisser je pense la main à quelqu'un d'autre, que ce soit un médecin, un

cadre, un collègue avec qui ça passera mieux. Des fois ça marche ». « Ça dépend la raison, y'a des fois c'est de l'incompréhension parce que les gens s'énervent un peu pour rien. Euh, des fois c'est de la compassion parce que, des fois, c'est vrai que les urgences c'est pas très simple. Des fois, les gens montent, ils ne savent même pas ce qu'ils ont, fin on ne leur a pas expliqué ce qui allait se passer, la famille n'est pas au courant... Fin des fois, c'est vrai que c'est un peu angoissant. Donc, des fois, on comprend, mais ça fait du coup d'la peine pour eux. Mais principalement c'est plutôt l'incompréhension. C'est vrai que parfois bon, on est à l'hôpital quoi, on n'est pas là pour se faire cracher dessus par exemple. Même s'ils sont énervés, bon, c'est de l'incompréhension ». « Des fois au SAU. En UHCD non mais au SAU ouais. Des fois faire autre chose après ouais, ça fait du bien d'être aux portes. C'est beaucoup plus calme. Nous c'est ça qui est bien c'est qu'on change souvent de poste en fait. Tous les jours on change de poste. Donc dans la semaine quand on est aux portes ou en déchoc, fin, c'est quand même beaucoup plus calme, les gens sont moins agressifs et ça fait du bien ».

Antigone : *« Alors, qu'est-ce que j'essaye de faire déjà c'est de calmer un peu les choses, de prendre un ton assez calme, de m'poser avec la personne, de me mettre à sa hauteur, des trucs un peu de base pour essayer de de calmer la chose ». « Quand ça devient trop personnel, je demande à des collègues d'intervenir sur la sécurité, mais je n'essaye plus de négocier dans ce cas-là. Alors, quand la personne a toute sa tête qu'elle n'est pas bourrée, qu'elle n'est pas défoncée, si elle ne veut pas rester, dans ce cas-là, on la fait sortir des urgences. Mais quand la personne est un peu, bah, soit bourrée ou n'a pas toute sa tête, dans ce cas-là, s'il se passe quelque chose, nous on peut être tenus pour responsables, donc quand il faut la garder quelque part, tout ça, ça se finit en contention ». « Après, bah, on en parle pas mal entre collègues parce que c'est vrai que sur le coup on ne s'en rend pas compte mais c'est vrai qu'après on a du mal à digérer tous ces trucs là des fois parce que bah on prend quand même beaucoup d'agressivité sur nous, et puis y'a un moment où y'a un trop plein quoi. Donc on en parle pas mal quand même entre collègues ». « Sur le moment, ça me met en colère. Moi j'commence, fin c'est très physique, j'commence à être tachycarde, à avoir des palpitations. Mais, c'est plus après je vais me dire mince, est-ce que j'aurais pas pu faire autrement pour que ça se passe mieux ? Est-ce que je n'aurais pas dû dire ça, est ce que d'avoir dit ça ça ne va pas... ? Voilà, après je vais plutôt remettre en question la prise en charge et me prendre la tête sur qu'est-ce qu'on a fait et qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour*

que ça se passe mieux quoi. Qu'est ce qui a fait que cette situation dégénère, ou, est-ce que nous on n'a pas merdé à un moment pour que ça dégénère aussi quoi ». « Je sors fumer une clope ! Je leur dis à mes collègues que je sors cinq minutes, je n'en peux plus ! Voilà. En général ça redescend assez vite après ».

Bérénice : *« En UHCD, les patients sont souvent quand même stabilisés. Y'a beaucoup plus de violence en SAU. En UHCD, fin, rarement. En général les personnes sont perfusées, si ça a été nécessaire, ils sont sous loxapac, etc. Donc ils sont plus ou moins calmes. Après j'en ai déjà vu des situations de violence, mais bon, c'est quand même maîtrisé, c'est pas la même urgence qu'au SAU ». « Bah moi les urgences ça t'apprend vachement à mettre à distance les choses avec les patients, à pas prendre les choses pour toi parce que c'est les urgences, les patients ils sont dans une situation hyper instable, ils peuvent ne pas être eux même. Donc moi je ne le prends pas du tout pour moi. Vraiment, j'ai appris à faire cette distance-là. Après quel comportement adapter... C'est du cas par cas. Etre doux, être dans une attitude un peu plus pour calmer le patient, ou alors au contraire être un peu plus autoritaire, un peu plus ferme. Souvent on demande de l'aide quand même. On est une équipe assez nombreuse. En général, quand il y a quelqu'un de violent, on appelle du renfort. Y'a toujours quelqu'un, un grand gars, un peu baraqué, pour nous aider. Parce que, quand on est une jeune fille, parfois un petit peut maigre par rapport aux patients qui sont violent, parfois ça peut aider d'avoir un homme. C'est vrai que c'est un petit peu bête de penser comme ça, mais ça aide parfois ça aide à calmer les gens Mais en général on appelle du renfort, tu ne restes jamais seul face à quelqu'un qui est violent. Parfois, on en vient à appeler le cadre qui essaie de calmer les choses aussi, ça fait un poids aussi en plus ». « Ça peut être un peu énervant les gens qui sont agressifs, qui sont violents alors qu'ils ne sont pas du tout psy, qui viennent pour se faire soigner. Parfois, c'est pénible, c'est clair oui. Mais à ce moment-là euh, si les gens commencent à être violent, agressifs, qui ne veulent pas être là, je veux dire que on ne les attache pas. S'ils veulent partir ils partent, à part s'il y a des critères qui font que l'on est obligés de les garder ». « C'est important de rentrer chez soi et de ne plus avoir ça dans la tête. Tu te vides la tête comme tu veux, moi après c'est vrai que quand j'arrive chez moi j'essaie de mettre le boulot de côté, de faire mes activités, de voir mes proches et tout. Et puis c'est bien d'avoir c'est vrai une vie un peu saine à l'extérieur, comma ça t'es bien au travail aussi ».*

Juliette : « Déjà, moi je trouve que c'est plutôt la nuit que les gens sont agités, pour avoir fait les deux. La journée moins ou alors c'est plutôt aux urgences où ils vont être contentionnés. Ils arrivent ici ils sont toujours contentionnés, et puis généralement ils le restent un moment le temps de se calmer. Mais c'est surtout la nuit que l'on se retrouvait à contentionner les gens. Les papys mamys, Alzheimer, perdus, qui tombent une fois de leur lit, on prend pas de risque. Ça arrive aussi que l'on contentionne des gens qui sont en pré-délirium tremens, parce que, le temps que les traitements agissent, ils peuvent devenir quand même assez agités et se mettre en danger. Après, on est quand même habitués à se faire insulter, voilà, un petit coup comme ça tient, je l'ai pas vu venir. Généralement on le prend à la dérision. Fin du moins c'est comme ça que je le prends. Je me dis 'ouais, je me suis pris une bonne gifle aujourd'hui', et puis voilà ça passe ». « Moi je gère mieux la violence physique que la violence verbale. La violence physique, sans doute aussi parce qu'à chaque fois que ça a été le cas, c'était des gens qui n'étaient pas bien. Donc c'est vrai que je ne la prends jamais, fin, je ne crois pas l'avoir déjà pris contre moi. Je me dis, bah, voilà. Il se sent agressé, c'est une intrusion dans sa bulle, fin, c'est pour ça qu'il me griffe ou qu'il essaie de me frapper. A aucun moment, je crois que je me suis dit que c'était vraiment moi Juliette qui était visée. Non, c'était l'infirmière qui était visée mais je ne suis pas que ça donc voilà. Après la violence verbale... Oui, je crois qu'il a déjà eu des moments où ça m'a blessé dans le sens où, surtout quand t'es jeune diplômée, t'essaie de vraiment faire ton métier bien. Enfin moi personnellement c'est la reconnaissance aussi des gens qui me renvoie si je le fait bien ou pas. Bon, là en l'occurrence, j'ai dû apprendre à faire sans parfois, mais c'est vrai que quelqu'un pour qui tu t'es un peu démené, où ça a été un peu compliqué mais où tu as fait en sorte que ça soit le mieux possible pour lui, bah de le voir t'insulter, s'énervé, c'est vrai que moi ça m'est arrivé où je me suis dit, bah, ouai c'est dur quoi ! C'est pas juste de nous faire ça, en parlant de l'équipe quoi, après tout ce qu'on a fait. Mais, encore une fois, je ne crois pas l'avoir déjà pris pour moi quand même complètement. Ouais, ça m'agaçait et je trouvais que c'était vraiment pas juste mais je savais que ce n'était pas Juliette qui était visée ». « Pour moi en tout cas, c'est pas ma difficulté ici la violence. Souvent, je sors fumer une clope, mais c'est parce qu'on a fait une réa, que ça a été chaud, que j'ai été aussi tachycarde que le patient, que maintenant c'est fini. Quelqu'un est violent pour telle, telle, telle raison : on l'attache, on discute, ça passe, ça passe pas. Si ça passe pas, on trouve d'autres solutions.

Voilà, ça fait partie en fait, bah y'a des gens qui font des crises d'asthme bah y'a des gens qui sont violents ».

LA VIOLENCE ET SON IMPACT PERSONNEL

Quel est l'impact de la violence sur vous d'un point de vue plus personnel ?

Elvire : *« Bah oui fin, euh, enceinte par exemple je ne serais pas très bien en SAU quoi. Je préfère être en UHCD parce que je ne me sens pas en sécurité. Je ne me sens pas mise en danger mais, mais, j pense que quand on est un peu vulnérable, on est moins bien en SAU. Avant ça ne me posait pas de souci. Fin, pfff... Je me sentais, même si, voilà, il y allait avoir un soucis, bon bah, fin après ça m'est jamais arrivée, on ne m'a jamais encore rien fait, euh. J'ai des collègues qui se sont déjà pris des tartes tout ça, donc ouais, je pense qu'enceinte ça ne m'aurait pas plu, fin ça m'aurait inquiétée. Je ne me serais pas sentie en sécurité. Après je pense que si ça m'arrivait là, maintenant, même si je n'étais pas enceinte, je ne sais pas si le lendemain je serais à l'aise pour travailler quoi ». « Oui ça me stresserait. Je pense que j'aurais besoin d'en parler, et j'envisagerais peut-être de changer de service ouais. Mais bon, je ne compte pas faire dix ans aux urgences ».*

Antigone : *« Oui, parce que c'est surtout parce qu'on ramène toujours un peu à la maison quand même, même si on essaye de faire la part des choses, euh, je pense que l'on est un peu des éponges. On prend un peu l'agressivité des gens tout le temps, on ne se rend pas compte : on sort de notre journée de travail et on a pris des insultes, des coups. Moi j'ai vu quand même que je devenais beaucoup plus irritable depuis que j'étais aux urgences. Alors, c'est peut-être le fait d'être tout le temps dans le bruit, ou le fait qu'il y ait de l'agressivité et tout ça. Je suis beaucoup plus énervée en règle générale, donc j'ai beaucoup plus de mal à me détendre et je m'énervé beaucoup plus vite quoi. Quelqu'un dans le métro qui me passe devant ça va m'énervé alors qu'avant je prenais beaucoup plus de recul ». « Je ne peux pas dire que c'est un stress... Ça m'énervé, fin sur le coup je vais être tachycarde, mais c'est plus de l'énervement, mais ça m'angoisse pas ça me, non je ne suis pas stressée par rapport à ça ». « Bah, en général, c'est le soir, quand je sors après une sale journée. J'me dis 'bon là c'est bon, je pose ma dispo, j'me casse !' Mais le lendemain ça part, parce qu'on sait que le lendemain... Comme on tourne tous les jours sur différents postes, c'est l'avantage, et que,*

quand on a une sale journée, on sait que le lendemain on va être sur un autre poste. On aura des nouveaux patients, et du coup, on part quand même plus optimiste le lendemain que si on était dans un service où l'on voit les même gens tous les jours. J pense que ça, c'est le bon côté des urgences. C'est que chaque journée est nouvelle, et on reprend à zéro tous les jours quoi ».

Bérénice : *« Bah, après, ça dépend quelle violence c'est. Les violences verbales, les violences physiques. Pour moi la violence physique sera toujours plus traumatisante entre guillemets que verbal. Verbal, c'est que des mots. Tu te fais insulter, nous ça nous arrive malheureusement régulièrement. J le prends pas du tout pour moi, ça me passe vraiment au-dessus. La violence physique, ça m'est déjà arrivée de me faire mordre, de me faire griffer. Bon après on prend en charge tout de suite, mais c'est sûr qu'après t'es un peu tendue, un peu crispée. Et c'est utile dans ces cas-là de faire un débriefing, d'en parler ne serait-ce qu'informellement, juste quelques minutes avec l'équipe qui était là. Comme ça, ça te permet de vider un peu ça, d'extérioriser un petit peu ça et d'y penser moins. Parce-que si tu l'intériorises, après t'y penses et t'es pas bien quoi. Vaut mieux en parler, partager avec ceux qui étaient là ».*

Juliette : *« J'ai pas de souvenirs où ça impactait réellement. Après certaines remarques ont pu être blessantes sur le moment, puis après voilà. Y'a une prise de recul où, ouais bah, c'était comme ça et puis voilà, puis j'avance... Peut-être que c'est un facteur de stress pour mes collègues, mais moi non. Après effectivement je suis jeune diplômée, toute fraîche. Je ne dis pas que la collègue qui a vingt ans de carrière, ça la saoule pas un peu plus. Fin, je le vois bien, j le vois bien qu'on n'a pas la même tolérance. C'est peut-être une question de personnalité aussi. Mais j me dis effectivement que si ça faisait longtemps que j'étais là, à me faire frapper par les petites mamys, à me faire cracher dessus par les petits papys, à me prendre des coups par des gens qui sont en décompensation psy, à me faire insulter...J'suis pas sûre que je réagisais de la même manière qu'aujourd'hui. Ouais, je pense qu'aussi au bout d'un moment y'a un ras le bol. Moi, j'en suis pas arrivée là pour l'instant. Je le vis bien, j'accepte comme ça vient, toujours en essayant de me dire : c'est la pathologie (ou pas), mais dans tous les cas je ne vais pas rentrer dans le jeu ».*

Pensez-vous être surinvesti(e) dans votre travail ?

Elvire : « Euuh, je pense que j'étais plus investie en gériatrie, et que maintenant j'ai une vie à l'extérieur. J'ai pleins d'autres choses à penser donc euh. J pense que j'suis moins investie, mais après j'suis investie, euh... Fin, oui, je participe aux réunions, euh, oui, on réfléchit avec la cadre pour améliorer les choses tout ça, mais je pense que je suis moins investie qu'au début quand j'ai été diplômée ».

Antigone : « Avant, je m'investissais même trop, et maintenant je prends plus de recul. Là j'pose ma dispo justement pour... J'vais poser une dispo, j'vais partir voir un peu... Voilà. Mais avant oui, j'étais, oui c'était trop. Avant j'le prenais plus à cœur, ouais. J'le prenais plus, bah, pas personnellement mais... Le fait de prendre plus de recul, j'reste plus calme et... Ouais, c'est plus facile à gérer en fait ».

Bérénice : « Euh, moi j pense pas être trop investie, j pense arriver à gérer. Mais c'était plus difficile au début, après c'est plus difficile en étant jeune diplômée. Moi j'dis pas que j'ai pleins d'expérience au contraire, mais quand tu prends place, fin, quand tu prends un poste dans un service au bout d'un moment... Moi ça fait peut-être qu'un an et demi que je suis là mais entre le premier jour où j'étais là et aujourd'hui euh... J'ai appris tellement d'choses et euh, j'ai une autre façon de travailler, de gérer la distance, gérer l'investissement dans la prise en charge des patients, etc. On arrive plus à se protéger, euh... Mais c'est avec le temps, forcément. C'est avec le temps ».

Juliette : « Bah... Un peu comme je te disais tout à l'heure, c'est vrai qu'en tant que jeune diplômée, t'as tendance à vouloir bien faire ton travail. Parfois tu t'investies trop, c'est vrai. Après, moi, aujourd'hui, fin, avec la petite expérience que j'ai, je pense que j'arrive à prendre suffisamment de recul pour pas prendre les choses pour moi. Donc, euh, non, je pense faire bien mon travail, mais j pense pas être non plus surinvestie ».

RESUME

La violence est un phénomène d'actualité. Depuis quelques années, elle est de plus en plus présente dans le milieu de la santé. Elle semble toucher plus particulièrement les infirmiers. De ce fait, un infirmier en UHCD, confronté au quotidien à la violence, n'aurait-il pas un risque majeur de développer du stress lorsque ses stratégies d'adaptation ne sont plus efficaces ? L'intérêt de ce travail est de mettre en évidence les connaissances actuelles concernant la violence à l'hôpital, sur lesquels les professionnels de santé pourront se baser afin d'améliorer leur pratique. J'ai donc entrepris des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers travaillant dans des services d'UHCD. Si les résultats obtenus n'étaient pas toujours ceux auxquels je m'attendais, j'ai pu répondre à la problématique posée. J'ai alors mis en exergue la violence d'un point de vue sociologique, les réactions que celle-ci pouvait engendrer, et les conséquences qu'elle pouvait avoir sur la santé.

Mots clés : Violence, Stratégie d'adaptation, Stress, Épuisement professionnel, UHCD.

ABSTRACT

Violence is a current problem. For some years, it is more and more usual in health field, and it seems to particularly affect nurses. Consequently, a nurse in post emergency room, regularly exposed to violence, does he risk developing some stress when adaptation strategies are not effective anymore? The purpose of this research is to highlight the current hospital violence knowledge, and to use this to improve the nursing staff practice. After having created a guide, I undertook semi-structured interviews with nurses who have been working in post emergency room. If the results were not always those I expected, I answered to the research question. So, I pointed out sociological violence, reactions created by this one, and their consequences on nurses' health. At the end of this work, I proposed another area of research to go on this study.

Key words: Violence, Adaptation strategies, Stress, Burn-out, Post emergency room.