Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé

Encadrer la violence

Le rôle du cadre de santé dans la maîtrise et la prévention de la violence des usagers envers les personnels soignants.

Maryse POULAIN

DCS@13-14

Ecole Supérieure Montsouris 42 Bd Jourdan 75014 PARIS

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l’Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l’Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

Je remercie en premier lieu Paul Souciet, mon Directeur de mémoire.

Je remercie sans les nommer l'ensemble des personnes rencontrées lors de ce travail pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

Je remercie Madame Macario, directrice des ressources humaines; Madame Reynaert, directrice des soins; Madame Raffin, cadre supérieur pour leur soutien continu.

Je remercie Marc Prével, pour ses grandes orientations.

Je remercie Linda, Anne et Fabienne, mes lectrices.

Je remercie Joseph et Germaine Poulain pour leurs corrections rigoureuses.

Je remercie mes collègues de promotion pour cette année intense passée avec eux, Sylvie en particulier.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 3

1 INTRODUCTION 4

2 CONTEXTE 6

2.1 MON EXPERIENCE 6

2.2 CONTEXTE MEDIATIQUE 8

2.3 CONTEXTE HOSPITALIER 9

2.4 CODE DU TRAVAIL 14

2.5 QUESTION DE DEPART 16

3 CADRE CONCEPTUEL 17

3.1 LA VIOLENCE 17

3.2 LES RISQUES 22

3.3 LE ROLE DU CADRE 31

3.4 LE MANAGEMENT D'EQUIPE 33

3.5 LA DYNAMIQUE DE GROUPE 36

4 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE 41

5 ENQUETE 43

5.1 METHODOLOGIE GENERALE DE L'ENQUETE 43

5.2 ENQUETE DANS LE SAU N°1 44

5.3 ENQUETE DANS LE SAU N°2 52

5.4 LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ENQUETE 63

5.5 SYNTHESE 64

6 CONCLUSION ____ **66**

7 BIBLIOGRAPHIE ____ **68**

8 WEBOGRAPHIE ____ **76**

9 RADIOGRAPHIE ____ **78**

TABLE DES ANNEXES ____ **79**

Liste des abréviations

Alarm : Association of Litigation And Risk Management

Anact : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Dares : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DGOS : Direction générale de l’offre de soins

DRH : Direction des ressources humaines

HAS : Haute autorité de santé

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

SAU : Service d’accueil des urgences

1 INTRODUCTION

L'obtention du Diplôme de Cadre de Santé selon l'arrêté du 18 août 1995, est soumise à un travail de fin d'études prenant la forme d'un mémoire. Ce travail de recherche s'est présenté pour moi comme l'occasion de traiter du thème de la cohésion d'équipe face à la violence des usagers à l'encontre des personnels soignants.

La violence à l'encontre des personnels soignants est aujourd'hui un sujet d'actualité important qui mobilise les ministères[1] et préoccupent les professionnels[2]. De nombreux articles de presse[3] et émissions radiophoniques[4] témoignent dans ce sens.

Récemment, mon vécu à l'hôpital de deux événements très violents, ont provoqué un questionnement sur le sujet et la façon de l'aborder. Ayant ressenti que l'intervention en équipe était primordiale pour y faire face, j'ai eu envie de valider cette impression et d'en comprendre les raisons afin de trouver des pistes d'actions pour ma future vie de cadre.

Mon objectif à travers ce travail de recherche est de montrer que le traitement de la violence est un travail d'équipe. Que la cohésion de celle-ci est primordiale pour faire face à ce type de situation et que cela relève du rôle du cadre. Il s'agira alors de trouver des outils qui permettront de traiter la violence.

En effet, la violence des usagers exercée à l'encontre des soignants n'est pas anodine. Elle constitue un risque professionnel à part entière et pose la question de la sécurité et du bien-être des professionnels. On verra que la qualité de la prise en charge des usagers est impactée par les comportements violents de ceux-ci à l'égard des soignants.

---

1 "A la suite des événements récents, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et Manuel Valls, ministre de l'intérieur, renouvellent leur condamnation des violences à l'encontre des professionnels de santé exposés, à l'hôpital ou en ville, à des actes d'incivilité voire à des actes de violence" http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiques,2322/violences-envers-les,16110.html. Septembre 2013.

2 "Selon une enquête de l'Observatoire des violences envers les infirmières et infirmiers révélée par RTL, 80 % d'entre eux se disent préoccupés par les problèmes d'incivilités et d'agressions dans le milieu hospitalier" http://lci.tf1.fr/france/societe/violences-a-l-hopital-8-infirmiers-sur-10-se-disent-preoccupes-8259702.html.

3 Articles de presse en Annexe 1

4 Trois émissions sur la radio nationale France Inter

Emission du 9 avril 2012 - Le téléphone sonne. – « Les violences contre les médecins, un phénomène qui reste élevé ».

Emission du 16 mars 2013 - Carnet de santé – « Les violences à l'hôpital » suite aux deux agressions de soignants dans l'hôpital Nord de Marseille.

Emission du 4 septembre 2013 – Le téléphone sonne – « Les violences à l'hôpital ».

En tant que future cadre de santé, la prise en compte de la violence comme risque professionnel me semble incontournable.

Dans le cadre de cette initiation à la recherche, ce travail nous a permis d'étudier les aspects théoriques que nous avons confrontés à la réalité du terrain en effectuant des entretiens avec des cadres de deux structures de soins différentes.

Dans les trois premières parties, nous aborderons le contexte et le cadre théorique ce qui nous permettra de poser une problématique. Dans une quatrième partie, nous présenterons l'enquête réalisée dans deux services d'accueil des urgences. Après avoir procédé à son analyse, nous en présenterons une synthèse qui nous permettra de conclure dans une dernière partie.

2 CONTEXTE

2.1 Mon expérience

La première expérience marquante, je l'ai vécue en tant qu'infirmière coordinatrice dans un service de réanimation adulte. La famille d'un patient hospitalisé depuis plusieurs semaines était très agressive envers l'équipe soignante, refusant les explications qu'elle leur donnait, ne respectant pas les règles d'accès au service et allant même jusqu'à tenter de modifier la médication par seringue électrique. La violence a été croissante, jusqu'à des menaces de mort si le patient venait à décéder. Face à cela, les professionnels, de l'aide-soignante au médecin, se sont sentis menacés personnellement. Le fonctionnement de l'équipe en a alors été totalement perturbé. La peur arrivait à faire perdre toute cohérence dans les actions de l'équipe quant à la prise en charge du patient et de la famille. Lors de "staffs", des propos ont été tenus comme : *"l'équipe je m'en fous, c'est ma peau que je veux sauver"* ou *"je ne rentre plus dans cette chambre, j'ai trop peur"*. Le patient n'était plus pris en charge que par les plus "courageux". Et enfin, la réponse donnée à la famille n'était plus uniforme, collégiale puisque chacun était sur la défensive. Il en résulte que cette attitude renforçait la violence exprimée par la famille. Le cadre de santé et le chef de service ont alors pris les choses en main et instauré des réunions au sujet de la prise en charge de cette personne.

La mise en place des réunions d'équipe a alors permis aux soignants, médecins compris, de s'exprimer et a abouti à définir, en équipe, des stratégies de prise en charge du patient. Et cela afin de garder une cohérence et une qualité dans cette prise en charge. Ces réunions ont permis non seulement de restaurer une maîtrise de la situation malgré cette menace de violence qui a régné durant toutes ces semaines, mais également de faire face aux manifestations de violence extrême qui se sont produites le jour du décès de ce patient.

J'ai été très marquée par cette histoire et surtout par la manière dont les individus d'abord, l'équipe ensuite ont réagi à la situation.

Et je me suis demandée :

- Comment est-on passé d'une situation où toutes les personnes étaient dépassées à un groupe de professionnel cohérent ?

- En quoi ce qui a été instauré a permis de renverser la situation ?
- Quel a été le rôle du cadre ?
- Comment le cadre a-t-il agi pour obtenir cette réponse de l'équipe ?
- Qu'a-t-il provoqué ?

Un autre événement allait bientôt m'amener à me questionner à nouveau sur le rôle du cadre dans la gestion de la violence par l'équipe.

Dans le Service d'accueil des urgences (SAU) de l'établissement qui m'emploie, durant l'été 2013, un patient s'est emparé d'un pied à perfusion et a menacé tout le personnel. L'équipe, surprise par cette violence extrême, n'a pu réagir qu'en se protégeant individuellement. Un infirmier a été blessé. La police est intervenue. Une partie du service a été immobilisée plus de 24 heures à cause des dommages causés. Les soignants ont été fortement traumatisés.

Ayant eu la possibilité de rencontrer le cadre du service, j'ai appris qu'en dehors de cette situation extrême, l'équipe soignante était quotidiennement confrontée à des problèmes de violence à son égard de la part des usagers. Non pas des faits d'une violence extrême mais des insultes, des remarques, des crachats. Des comportements irrespectueux et inappropriés dans un milieu de soins, des comportements incompris de la part des soignants, des comportements enfin générant du stress, du mal-être et une ambiance délétère.

Cet événement a fait surgir d'autres questions :

- Comment expliquer ces phénomènes de violence? Est-ce un problème généralisé ?
- Quel impact cette violence peut-elle avoir sur les individus ? Sur les équipes ?
- Comment prévenir le problème et quel est le rôle du cadre dans la gestion du risque et dans l'accompagnement de l'équipe ?

Afin de répondre à ces questions, dans un premier temps, nous allons présenter le contexte de la violence à l'hôpital tel qu'il est aujourd'hui.

2.2 Contexte médiatique

La presse se fait le porte-parole du phénomène de violence des usagers à l'encontre des soignants. Une revue de presse sur le sujet, en annexe 1, permet d'en mesurer l'ampleur.

Les médias nationaux ou locaux relatent les faits les plus marquants, ce qui est souligné par les victimes elles-mêmes. *"On ne s'intéresse à nous que quand on nous coupe la tête"* me disaient récemment un groupe d'infirmiers[5].

La presse présente les faits de violence des usagers à l'encontre des soignants comme un phénomène nouveau. Pourtant, en 1999 déjà, les personnels des urgences marseillais se mettaient en grève après des agressions survenues dans deux hôpitaux de la région. Ils réclamaient une présence policière 24h/24 pour *"faire face aux risques liés à la saturation des services"*[6]

Les violences les plus médiatisées sont celles qui sévissent dans les services d'accueil des urgences (SAU) à l'hôpital. La présentation qu'en fait la presse suscite un sentiment d'insécurité important qui rejoint le sentiment général d'insécurité ressenti par les Français. En effet, *"10% de nos concitoyens disent se sentir en insécurité"*[7.]

Pourtant, si l'on se réfère aux sociologues, la violence diminue dans la société. Laurent Mucchielli, sociologue français spécialiste du phénomène de violence, parle de *"pacification des mœurs"*.[8]

Yves Michaud, professeur de philosophie, nous éclaire sur le sujet : "*l'historien a plutôt le sentiment que les sociétés modernes sont plus pacifiques que celles du passé, parce que les mœurs se sont civilisées et les contrôles sociaux étendus et affinés – mais elles sont aussi plus sensibles. D'où le sentiment qu'il y a plus de violence*"[9]

---

5 Pascale Molinier « Éditorial », Travailler 1/2008 (n° 19), p. 5-7.
URL: www.cairn.info/revue-travailler-2008--page-5.htm. DOI : 10.3917/trav.019.0005.
6 Le monde, Article paru dans l'édition du 15.09.99. Consulté le 22 septembre 2013.
7 J-P Servan-Schreiber, Bonne nouvelle, le monde est moins violent, CLES, octobre-novembre 2013.
8 Laurent Mucchielli, Martine Fournier, Catherine Blaya, et al. Dossier : Violence, Les paradoxes d'un monde pacifié, Sciences Humaines, Numéro spécial, avril 2013.P32-37.
9 Yves Michaud, La violence, 7ème édition Presse Universitaire de France, 2012 P.27.

Cet écart entre le ressenti et la réalité peut s'expliquer en partie par le fait que cette réalité à l'hôpital n'était pas objectivée[10.] En effet le recueil de données concernant les faits de violence envers les soignants est relativement récent. Or on sait d'après Yves Michaud, que *"La connaissance de la violence dépend des capacités d'enregistrement et de conservation des données, des capacités de mémoire et d'archivage des sociétés"*[11]

Ce qui conduit à relativiser fortement le contexte médiatique et à regarder plus en détail le résultat des données actuelles.

2.3 Contexte hospitalier

L'observatoire des violences de l'Ordre des médecins existe depuis 2003. Il ne relève que les déclarations faites par les médecins, toutes spécialités et toutes activités confondues. Cet observatoire a été mis en place pour suivre l'évolution des violences faites à l'encontre de cette profession.

En 2005, la circulaire du 11 juillet 2005 a créé l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), cet observatoire recueille les déclarations des violences subies par les personnels soignants, dans les établissements médico-chirurgicaux et obstétriques. Depuis 2012, il s'est ouvert aux établissements médico-sociaux.

Un observatoire de l'Ordre des infirmiers a été mis en place depuis l'été 2013.

Aujourd'hui, nous avons donc à notre disposition des statistiques qui permettent d'objectiver les faits de violence. La jeunesse des structures conseille la prudence quant à l'interprétation de l'évolution des chiffres actuels.

Parallèlement à ce recueil de données, différentes mesures ministérielles ont été prises et des évolutions législatives ont eu lieu.

Nous allons vous présenter maintenant les données chiffrées, les lois et mesures ministérielles.

---

10 Rendre perceptible une idée abstraite. http://fr.wiktionary.org/wiki/objectiver . Consulté le 05 mai 2014.
11 Yves Michaud, La violence, 7ème édition Presse Universitaire de France, 2012 P11.

2.3.1 Les données chiffrées de la violence

Nous allons nous intéresser aux données de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) et à partir de ces données établir une cartographie du phénomène de violence.

Les faits

Les violences dans les hôpitaux se manifestent sous la forme d'agressions verbales (aussi nommées incivilités), d'agressions physiques ou de dégradations de matériel ou de locaux. Les chiffres officiels sont de 2 690[12] faits signalés à l'ONVS en 2006. En 2012, 11 327 signalements au total sont recueillis par ce même Observatoire.

Les faits de violence sont de deux catégories : sur les 11 327 signalements de 2012, 8 083 (71 %) signalements concernaient des atteintes aux personnes et 3 244 (29 %) des atteintes aux biens.

Parmi les atteintes aux personnes, nous trouvons différents niveaux de gravité [13] :

- le plus grave "*violence avec arme, viol, tout fait qualifié de crime*" a fait l'objet de 67 signalements sur l'année 2012 soit de l'ordre de 1 %,
- le niveau de gravité "*violences physiques avec atteinte à l'intégrité physique*" représente 4 110 signalements soit 51% des atteintes aux personnes,
- les niveaux *"injures"* et *"menaces à l'intégrité physique"* constituent le reste des signalements (3 906 cas, 48 %).

Les victimes

Les 8 083 signalements d'atteinte aux personnes en 2012 ont concerné 9 400 victimes. 7 860 sont des personnels des établissements de santé soit 84 % du total.

---

12 Tous les chiffres cités sont tirés du ministère de la santé : http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html.

13 Échelle de gravité des événements de violence :
Niveau 1➔injures,
Niveau 2➔menaces à l'intégrité physique,
Niveau 3➔violences physiques avec atteinte à l'intégrité physique,
Niveau 4➔violence avec arme, viol, tout fait qualifié de crime. Cette échelle est celle utilisée par la justice.

Le personnel de santé représente 95 % de la catégorie "*personnel victime"*. Cette catégorie se répartit ensuite entre les médecins à 8 % et le personnel soignant à 92 %. Parmi le personnel soignant :

- les infirmiers sont au nombre de 3 420,
- les autres personnels soignants au nombre de 339.

La part du personnel administratif victime représente 5 % (soit 393 personnes) et est constitué majoritairement de personnel affecté à l'accueil.

Les établissements

Les établissements publics sont à 92 % à l'origine des déclarations. Les services les plus concernés par les actes de violence sont la psychiatrie avec 2 886 signalements soit 25 %, les SAU avec 1 611 signalements soit 14 % et la gériatrie avec 1 166 signalements soit 10 %.

Les auteurs

Les auteurs des violences déclarées étaient 6237 patients et 1040 accompagnateurs.

Les causes invoquées

A l'hôpital, les violences recensées sont le fait du patient mais aussi des accompagnateurs, intrus et étrangers aux soins. Les motifs de violences recensés à partir des déclarations adressées à l'ONVS sont liés à des reproches relatifs à la prise en charge du patient (25 % des violences), aux pathologies des patients ou à la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants par le patient, à une incompréhension concernant la prise en charge ou à un temps d'attente jugé excessif par celui-ci ou ses proches.

En gériatrie, le nombre de signalements en forte hausse concerne essentiellement des atteintes aux personnes. Elles s'exercent sur les professionnels de santé mais aussi à l'encontre d'autres patients. Elles sont totalement dues aux pathologies des patients.

En psychiatrie, les phénomènes de violence sont liés essentiellement à la pathologie du patient.

Dans les SAU, le phénomène de violence est stable en termes de déclaration. Les manifestations sont de nature et de gravité différentes. Les agressions verbales sont plus importantes (74 %) que les violences physiques (26 %) et elles sont quotidiennes. Elles sont le fait du patient mais aussi des accompagnateurs, intrus et étrangers aux soins. Les raisons les plus évoquées sont l'attente et une incompréhension concernant les priorités données aux urgences. La prise en charge d'une population à risque est également avancée.

2.3.2 Témoignages

Bertrand Raison, consultant, évoque dans un article[14] "*la cour des miracles des urgences*" et y dénonce le temps d'attente, le manque de moyens humains du service et le stress des soignants face à la "*rotation frénétique de la valse continue des demandeurs de soins*".

Une sage-femme exerçant à l'hôpital[15,] déclare "*La violence répond toujours à la violence passée. Un service médical nécessite un besoin d'écoute et de temps. Le patient doit être pris en compte, rassuré, respecté, éclairé sur sa santé ou celles des proches. Le personnel médical ne peut répondre à cette demande*"

Enfin, un médecin praticien des urgences affirme *"[…] S'interroger sur les violences, équivaut à s'interroger sur les conditions d'accueil […]*"[16]

2.3.3 Les lois et les mesures ministérielles

Les lois ont pour but de protéger les victimes de violence, nous allons voir celles concernant les personnels soignants en particulier.

Au niveau pénal

Les faits de violence sont poursuivis au titre de l'**Article 222-13 du Code Pénal**, qui définit les violences volontaires. L'alinéa 4 bis concerne les victimes comme les personnels de santé pour lesquels l'affaire sera systématiquement jugée en correctionnelle

14 Bertrand Raison, L'ordinaire des urgences, tiré du journal Le Monde.fr en date du 03.02.2011.
15 Emission radiophonique du 04 septembre 2013, traitant des violences à l'hôpital.
16 Ibid.

et sans fait de gravité. (Loi du 5 mars 2007 relative à l'aggravation des peines pour les violences à l'encontre des personnels des établissements publics.)

Plus spécifique, la **Loi du 18 mars 2003** (article 433-3 du code pénal) concerne la correctionnalisation des menaces et des actes d'intimidation commis à l'encontre des personnels de santé.

Au niveau des ministères

Le **12 août 2005**, un **premier protocole** est signé entre les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice qui permet de formaliser les liens entre l'hôpital et les forces de sécurité territorialement compétentes. Ce **protocole** est modifié et complété par celui du **10 juin 2010**[17] dont une des dispositions consiste à faciliter le dépôt de plainte aux personnels hospitaliers victimes de violence et le suivi judiciaire. Il a également permis la désignation de "référents sûreté", la mise en place d'un système d'alerte privilégié, l'organisation de circuits particuliers pour certains patients.

En 2012, Marisol Touraine, ministre de la santé, lance un appel incitant à la déclaration "*de tout événement d'insécurité ou tout acte de violence à l'encontre des professionnels de santé, des patients ou des visiteurs, qu'ils aient lieu au sein des établissements de santé comme à l'encontre de tous les professionnels de santé qui exercent en ville*". En septembre 2013, la ministre de la santé et le ministre de l'intérieur ont à nouveau affirmé leur volonté de lutter contre les violences à l'encontre des soignants. Il a été annoncé un recensement des collaborations existantes et la mise en place d'autres mesures telles qu'une meilleure information et sensibilisation des personnels hospitaliers à la prévention et à la gestion des conflits.

Ainsi donc, des procédures de prise en charge des violences tendent à se formaliser doucement au niveau des établissements. Concernant la collaboration entre établissements et force de l'ordre, il existe aujourd'hui près de 600 protocoles dans les établissements de santé et plus de 800 correspondants locaux désignés.

17 httpp://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Protocole_d_accord_sur_l_amelioration_de_la_securite_dans_les_ES_10_06_2010.pdf

Au niveau du ministère de la santé, plusieurs circulaires sécurisent les activités hospitalières :

- la **circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000** relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. (Synthèse de l'article 11, paragraphe 3, de la Loi du 13 juillet 1983 ‑ Article 11 - Devoir de protection de l'administration à l'encontre des agents de la collectivité publique)
- la **circulaire DHOS/P1/2005/327 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 instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- la **circulaire du 15 juin 2007** relative à la mise en place du plan Hôpital 2007
- la **circulaire de 15 juillet 2009** relative aux axes et aux actions de formation prioritaires

Au niveau des établissements de santé, le **Code de la santé, Article L6143-7** (modifié par la loi de janvier 1994) donne compétence au directeur d'établissement vis-à-vis de l'ordre et de la discipline dans l'établissement. Les services de sécurité sont présents, mais leurs missions et les moyens mis en œuvre varient selon les politiques de l'institution. Généralement, les services de sécurité sont responsables du bon ordre à l'extérieur des zones de soins. En zone de soins, ils interviennent uniquement à la demande des soignants et leur rôle est limité. Leurs interventions ont souvent un caractère dissuasif.

2.4 Code du travail

"La violence au travail fait partie des risques professionnels auxquels est confronté le personnel de santé dans ses activités quotidiennes"[18]

La définition de violence au travail qui suit, bien que tirée de la convention collective de la banque, me semble pertinente et permet de préciser la notion : "*La violence*

18 Bernard E.Gbézo, Les soignants face à la violence, 2ème Editions Lamarre, 2011.P33.

au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut se traduire par des agressions verbales, comportementales, physiques"[19] Le concept de violence au travail inclut les violences internes et externes liées à l'activité professionnelle. La violence exercée par toute personne extérieure à l'organisation est une violence externe. Notre sujet concerne donc les violences externes.

Les risques professionnels liés à la violence au travail ont été inclus dans un **Accord Santé Sécurité au travail de la fonction publique du 20 novembre 2009** et dans la **Circulaire DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011** relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière. Cette circulaire rappelle les obligations des employeurs de mise à jour du *"document unique d'évaluation des risques professionnels"* et les risques pénaux encourus pour le non-respect de ces obligations. Aujourd'hui, la jurisprudence renforce cette obligation de l'employeur[20.]

Pour rappel, les risques professionnels sont encadrés par la loi dans le code du travail :

- **l'article 4121- 1 Section 1** fait mention de l'obligation d'un document unique d'évaluation des risques. Ce document doit répertorier et évaluer les risques spécifiques aux activités de l'entreprise. Il est mis à jour au moins une fois par an
- **l'article L.4121-1 Chapitre 1** mentionne lui, l'obligation juridique de l'employeur de mettre en œuvre les conditions de sécurité et de protection de la santé physique et psychique des travailleurs

Cette responsabilité incombe par délégation au manager de proximité qui doit participer au "*repérage des formes d'expression de la souffrance*". Les mesures sont explicitées et comprennent :

19 Accord du 17 juin 2011 relatif au harcèlement et à la violence au travail
20 Annexe 2 : Extrait jurisprudence : obligation de sécurité de l'employeur.

- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité du travail,
- des actions de formation et information,
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

2.5 Question de départ

Aujourd'hui, le recueil des données sur la violence envers les soignants objective le phénomène de manière ciblée. La violence envers les soignants est une réalité encadrée par des mesures règlementaires. C’est un risque professionnel que le cadre ne peut aborder simplement en se contentant de réagir aux côtés de son équipe lorsqu’elle survient et en constatant les dégâts quand elle est passée. Comme nous l'avons dit précédemment, les missions et les responsabilités du cadre l'obligent à veiller à la sécurité des membres de son équipe et participer à la mise en œuvre de conditions de travail optimales pour une dispensation de soins de qualité aux usagers. Il travaillera en collaboration avec les différents acteurs de l'institution (CHSCT, DRH) tout en agissant au côté de son équipe et au plus proche de l'activité.

La question qui se pose à ce stade est alors :

Comment le cadre de santé peut-il agir sur la violence des usagers à l'encontre des soignants?

Le concept de violence au travail est vaste et implique de nombreux acteurs. Nous parlerons dans ce travail de la violence externe à l'encontre des personnels participant à la prise en charge des usagers en insistant sur les actions réalisables par le cadre auprès de son équipe et ce quelle que soit l'organisation institutionnelle.

Après avoir présenté le contexte dans lequel s'inscrit ce travail, nous allons maintenant aborder le cadre conceptuel.

3 CADRE CONCEPTUEL

Afin de poursuivre ma réflexion et de répondre à cette question de départ, je vais dans cette partie aborder les concepts qui constitueront mon sujet d'étude.

3.1 La violence

3.1.1 Définition générale

Deux définitions tirées du dictionnaire Le Petit Robert retiennent mon attention :

- Faire violence, c'est agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation. Une violence est l'acte par lequel s'exerce cette force.
- La violence est une disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments Par exemple : Parler avec violence, violence verbale.

Du point de vue juridique, la violence est une "*atteinte à l'intégrité de la personne humaine*". Elle est passible de sanctions pénales

Yves Michaud[21,] professeur de philosophie à l'université de Rouen explique que définir la violence n'est pas chose aisée car elle désigne plusieurs choses : "*d'un côté des faits et des actions […] de l'autre une manière d'être de la force, du sentiment ou d'un élément naturel […]*".

Il dit aussi que "*cette force prend le caractère de violence par rapport à des normes*"[22] Lesquelles sont fixées par la société, la culture des personnes, les mœurs, les époques. La perception de ce qui fait violence diffère et évolue selon les personnes, les lieux et le temps.

Selon Sigmund Freud[23,] la violence fait partie de la construction de l'homme, elle est la résultante de THANATOS, et de la pulsion de destruction. Son but serait de "*briser les rapports, donc de détruire les choses*". Pour contrer ce phénomène, Sigmund Freud

21 Yves Michaud, La violence, 7ème édition Presse Universitaire de France, 2012 P.3.
22 Ibid P.4.
23 Sigmund Freud, médecin neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyste, (1856-1939).

préconise de "*tenter de la maîtriser de l'extérieur*", faire appel à notre "*surmoi*", notre conscience.

Christophe Dejours, psychanalyste et psychiatre, professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers dit, lui, que la violence est "*une conduite de base de l'être humain. La non-violence est une conquête culturelle"* [24]

3.1.2 Une cause racine de la violence

Richard Wilkinson, épidémiologiste anglais, a établi un parallèle entre la violence et les inégalités[25.] Son constat est que la qualité des relations se dégrade avec l'augmentation des inégalités et l'explication donnée à ce constat est le lien qu'il y a entre l'incident et le sentiment d'irrespect ressenti par l'agresseur. "*Les questions de statut et de respect deviennent plus problématiques là où les inégalités sont plus fortes*"[26.]

Laurent Mucchielli évoque la peur que suscite la violence qui renvoie aux fragilités individuelles et collectives. Il propose d'agir directement sur les fragilités en travaillant à partir des solidarités pour lever les peurs et contrer la violence.

3.1.3 Les conséquences de la violence

Individuellement, l'impact de la violence peut donner lieu à des troubles physiques, psychiques, professionnels et personnels.

Les conséquences de la violence sont variables d'un individu à l'autre; elles sont variables selon la nature et la gravité de l'agression, selon la personnalité de la personne agressée et le soutien qui suivra.

Selon le modèle de Kleber et Brom[27,] les répercussions psychologiques se déclinent en trois étapes :

---

24 Christophe Dejours, psychanalyste et psychiatre, professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers a présidé en 2005 une commission thématique "Violence, emploi, travail, santé"
Issu de ce travail, il a écrit un livre : "Conjurer la violence", Edition Payot, 2007, P.14.
25 Richard Wilkinson, L'égalité c'est la santé, Editions Demopolis, 2010. 249 pages.
26 Ibid P.113.
27 Bernard E.Gbézo, Les soignants face à la violence, 2ème Editions Lamarre, 2011.P39.

- lors de la première étape, la personne est incrédule, et au fur et à mesure de sa prise de conscience, elle est gagnée par la peur
- la seconde, la personne est envahie d'émotions, elle revit la scène en pensée et met en place des stratégies d'évitement qui se traduisent par une absence de communication et de relations
- la troisième correspond à un retour à la normale progressif. La personne intériorise le traumatisme

La violence provoque des traumatismes individuels, des peurs, des angoisses et du stress, qui pourront être facteurs de mal-être, d'absentéisme, d'altération de la qualité des relations, d'altération de la prise en charge des usagers et de la qualité des soins dans le cadre de l'hôpital.

Ce phénomène est renforcé chez les soignants, car "*la violence suscite une réelle incompréhension tant elle va à l'encontre de l'idée que ceux-ci se font de leur rôle, attachés à leur mission d'aide envers les autres*"[28] Au-delà du traumatisme, elles sont contraires aux attentes et valeurs des travailleurs. A cela s'ajoute le fait que "*des violences […] directes, insistantes et répétées entachent gravement la satisfaction et le bien-être des personnes concernées*"[29]

Collectivement, la violence exprimée au sein d'un service implique l'ensemble des personnes témoins de ces violences. Le professeur Jean, chef du service d'accueil des urgences de l'hôpital Nord de Marseille le dit : "*tout évènement est extrêmement choquant pour l'ensemble de l'équipe*"[30.] Et il se trouve que les soignants paramédicaux sont en première ligne, ils absorbent une grande partie de l'agressivité, *"bien avant le médecin*"[31]. Dans un service d'urgence, par exemple, les agents d'accueil sont également très exposés et de façon générale tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des usagers.

28 Michel Geoffroy, Philippe Svandra, Francis Mangeonjean, et al.
Dossier : La violence à l'hôpital, Soins Cadres N°84-Novembre 2012. Pages 13à35 P17
29 Haut comité de la santé publique, Rapport Violences et santé, Mai 2004,
Annexe -Enquête « Violences et santé » - HCSP – Mars 2004 P.189.
30 Émission Carnet de santé, 16 mars 2013, France Inter.
31 Émission Le téléphone sonne, 9 avril 2012, France Inter

La violence aura donc une incidence sur le fonctionnement et l'organisation du service, sur les soins, sur le personnel, sur la cohésion des équipes. L'institution dans son ensemble est concernée par l'impact de la violence.

3.1.4 Maîtrise de la violence

La maîtrise de la violence est le fait de connaître les stratégies d'intervention en cas de situation de violence aussi bien verbale que physique. Il s'agit de savoir se protéger en tant qu'individu, en tant que professionnel soignant et de protéger les usagers.

Dans le livre "L*es soignants face à la violence*"[32], l'auteur nous donne les quelques principes généraux qui doivent être connus et appliqués pour la sécurité de tous. Le bon déroulement en cas de situation menaçante repose sur l'évaluation et le contrôle de soi. En effet, évaluer permet d'anticiper et se contrôler permet d'ajuster son comportement.

Il s'agira d'évaluer la personne à risque, de sécuriser l'environnement et de choisir un mode d'intervention adapté. Dans le cas d'agression verbale, il conviendra d'adopter une attitude de manière à la contenir. Dans le cas d'agressions physiques, il s'agira de neutraliser l'affrontement. En cas de patient très agité, l'intervention en équipe sera gage de sécurité pour les individus. Elle s'appuiera sur des techniques connues. La réussite d'une intervention en équipe est conditionnée à certaines caractéristiques de l'équipe : "*complémentarité, complicité, cohérence, sentiment d'appartenance, communication, échange d'idées, respect, confiance, entraide, stimulation, valorisation*"[33] Dans tous les cas, la maîtrise de la violence est un soin à part entière.

Le rôle du cadre sera alors de permettre au personnel d'acquérir cette compétence. Il pourra proposer un plan de formation aux personnels, organiser des entraînements, comme pour la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Il sera mis en place des procédures qui seront connues de l'ensemble des professionnels, procédures applicables et appliquées. Bien entendu, le travail de collaboration avec d'autres services tels le service formation, le service de sécurité ou la police sera de mise.

32 Bernard E. Gbézo, Les soignants face à la violence, 2ème Editions Lamarre, 2011 P 113.
33 Ibid P 173.

L'intervention en équipe d'après Bernard Gzébo, ne s'improvise pas. Les caractéristiques d'équipe décrites sont celle d'une équipe soudée.

3.1.5 Prévention de la violence

"*Le concept de prévention consiste à opposer à la puissance destructrice une puissance protectrice qui neutralise ses effets par des réponses appropriées, fondées sur un certain nombre de principes directeurs*"[34] Selon ce concept, les mesures de prévention se réalisent sur trois niveaux :

- la prévention primaire qui comprend l'amélioration de la qualité de la relation avec le public, la formation du personnel, la mise en place de dispositifs de sécurité et de confort
- la prévention secondaire qui intègre toutes les règles de fonctionnement et les protocoles et procédures
- la prévention tertiaire qui permet d'augmenter la sécurité du personnel en cas d'agression et d'assurer les prises en charge effective des soignants ayant subi des dommages

Nous avons défini la maîtrise de la violence qui traite de ce qui est mis en place quand la violence survient. L'idée de prévention est de mettre en place des actions pour que cette violence ou ses conséquences soit minimisées voir neutralisées. Christophe Dejours parle de "*conjurer la violence*".

Il déclare dans son livre "*qu'il est souhaitable pour traiter du sujet de la violence de s'attacher aux faits de violence, de manière à cibler l'action de traitement et de prévention de la violence*"[35] Cela est valable pour la violence externe.

Donc une partie de la prévention consisterait à rechercher les causes de la violence existante. Ensuite, il s'agit de mettre en place des actions qui permettront d'éliminer ces causes.

34 Bernard E. Gbézo, Les soignants face à la violence, 2ème Editions Lamarre, 2011.
35 Christophe Dejours, Conjurer la violence, Edition Payot, 2007. 119 pages.

La violence des usagers à l'encontre des soignants a des origines, elle est en réaction à différentes causes, nous les avons énumérées. Elles sont de deux sortes, du fait de la pathologie du patient (alcoolisation, décompensation psychiatrique …) et du fait de l'insatisfaction de l'usager au sens large (trop d'attente, manque d'informations, incompréhension, inquiétude)

Pour définir ces actions, la démarche sera de s'interroger sur nos pratiques. Ce travail de réflexion devra être mené en équipe et utilisera des outils d'analyse de risques.

3.2 Les Risques

3.2.1 Définitions

D'après le dictionnaire Le Petit Robert, le risque est "*un danger éventuel plus ou moins prévisible"*. Le danger est "*ce qui menace ou compromet la sureté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose*".

Dans la gestion des risques, un risque est "*la probabilité*[36] *qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger*". Le risque est donc la conséquence de l'exposition d'une personne au danger. Le danger est "*une propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs.*"[37]

36 Mesure de la possibilité d'occurrence exprimée par un chiffre entre 0 et 1, 0 indiquant une impossibilité et 1 indiquant une certitude absolue selon le GUIDE 73 Management du risque-Vocabulaire Première édition 2009.

37 Définitions tirées des cours de Mme Robineau-Fauchon et Mme Marchal, Upec

Lorsqu'un opérateur est exposé à un danger, il subit un dommage, schématisé

Figure 1 :

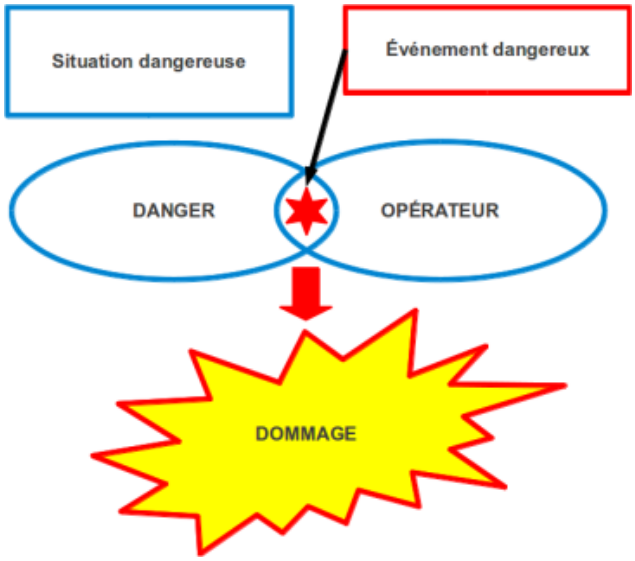

Figure 1 : Schéma du processus d'apparition d'un dommage[38]

Le processus d'évaluation du risque consiste à identifier le danger, c'est-à-dire la cause capable de provoquer une lésion ou une maladie.

- L'exposition au danger s'évaluera à partir d'une échelle de fréquence d'exposition
- Le dommage sera qualifié à partir d'une échelle de gravité

Le niveau de risque ou criticité sera obtenu par la multiplication de la fréquence d'exposition par la gravité. Ce calcul de criticité permet de classer les risques afin de prioriser les actions en réduction de risque.

38 http//www.biotechno.fr/IMG/scenari/dossierpse/res/schema_risque_vierge.png

Un autre abord pour définir les axes d'intervention, nous est donné par les résultats de l'étude de Bird qui a montré "*le fait que la probabilité qu'un accident grave survienne augmente avec le nombre d'incidents*"[39]. Ce qu'il a illustré par la Figure 2 :

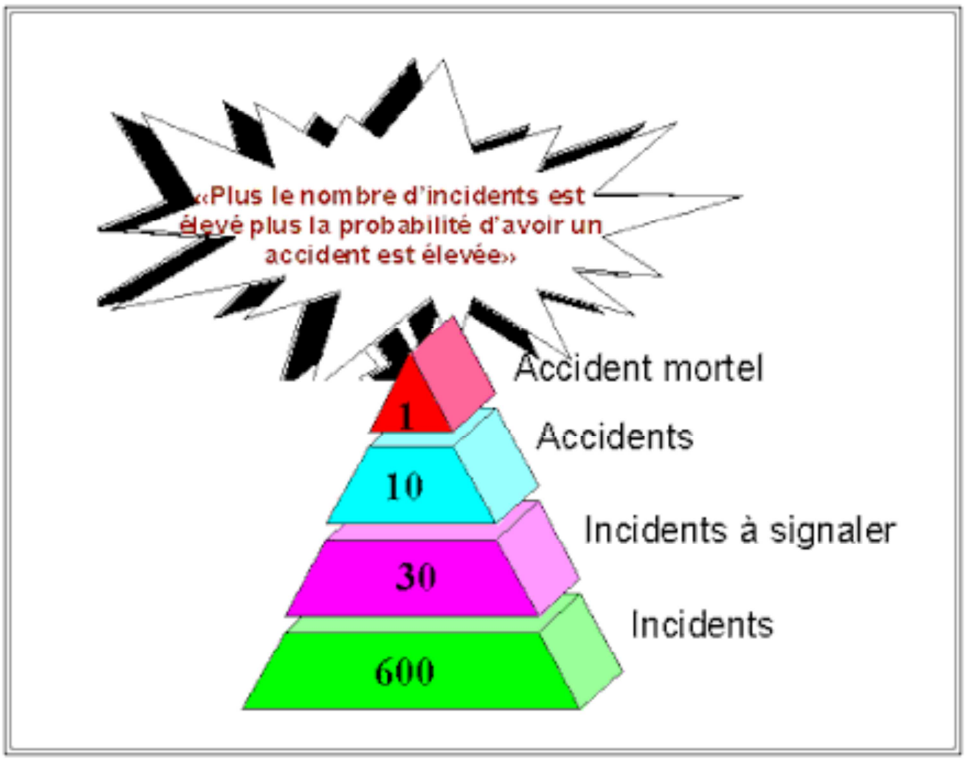

Figure 2 : Pyramide du taux d'accidents, Frank Bird[40]

3.2.2 La gestion du risque

L'analyse du risque peut se faire :

- **à posteriori;** Il s'agit d'une démarche réactive ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées. Il s'agit de retour d'expérience.
- **à priori;** Cette démarche préventive est axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'événements indésirables. Il s'agit d'une approche systémique du risque.

39 http://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v23_03/45.pdf - Consulté le 25 mars 2014)
40 http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/publications/tp14135-1-section13-335.htm - Consulté le 20 février 2014.

L'**analyse à posteriori** a pour objectif que l'événement ne se reproduise plus, elle permet aux individus de s'exprimer sur le sujet et de prendre conscience de l'incidence de de leurs actions. L'**analyse à priori** est obligatoirement suivie d'actions d'amélioration qui pourront impacter le service, l'équipe et son fonctionnement.

L'approche systémique est un travail collaboratif et pluridisciplinaire. Il convient au préalable de "*repérer tous les acteurs de l'hôpital qui concourent à la prévention des risques professionnels, de coordonner leurs actions et de fixer des indicateurs de suivi*"[41]

Une méthode d'analyse systématisée des événements indésirables est référencée dans le monde de la santé. La méthode Alarm [42] "*Elle permet d'identifier les facteurs ayant favorisé leur survenue afin d'en prévenir la récidive. Elle est devenue une référence pour l'analyse des causes en santé*".[43]

Elle se décline en trois étapes principales :

- une analyse factuelle
- une analyse systémique
- une mise en place d'actions correctives

41 JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier Ressources Humaines, Innovations et développement durable Analyse : Le travail en question, Gestions hospitalières N°524 –mars 2013. P146.
42 En anglais : Association of Litigation And Risk Management signifiant Gestion des risques et des litiges.
43 Michel SFEZ, Principes de la méthode Alarm : Application pour la gestion du risque infectieux
Extrait du bulletin d'information du CCLIN Sud-Est, En Bref, juin 2008 n°38

L'outil d'analyse systémique est le schéma de Reason[44], Figure 3, qui permet de visualiser les différents niveaux de défaillance.

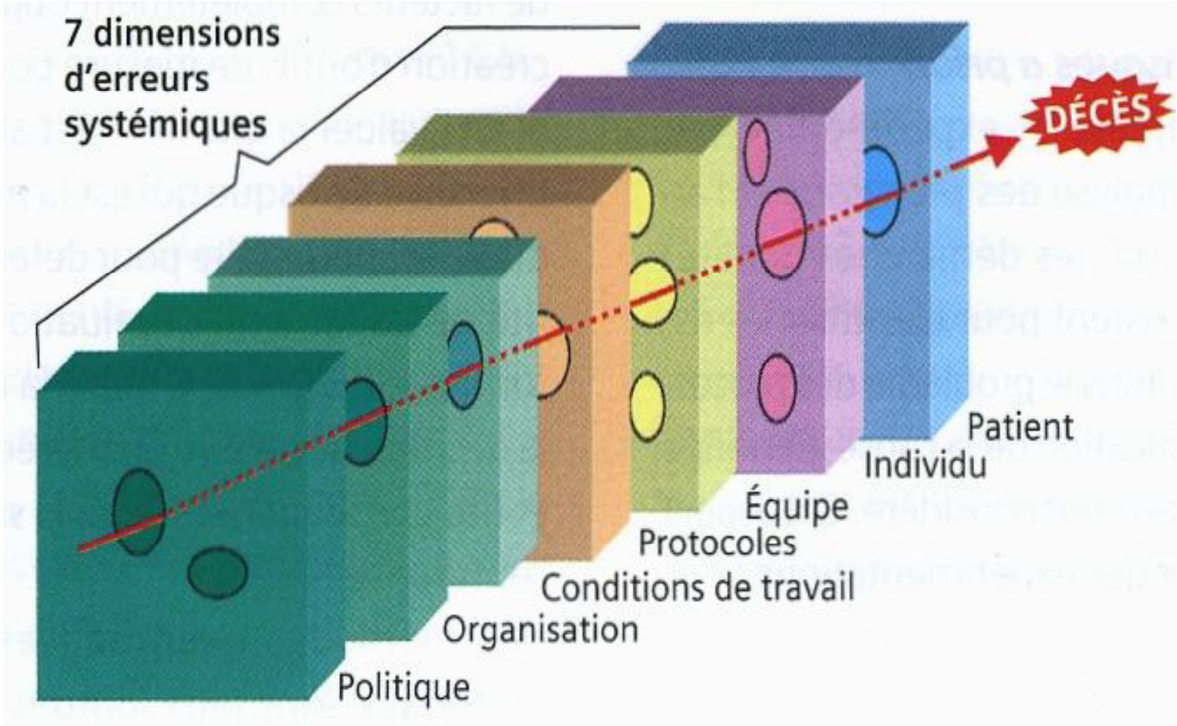

Figure 3 : Schéma de Reason.

Dans le schéma[45] ci-dessus, l'approche permet d'identifier les différents niveaux de défaillances d'un point de vue systémique. Chaque niveau identifié comme défaillant constitue autant de pistes de travail notamment pour le cadre de santé. L'équipe sera le niveau d'intervention de prédilection du cadre pour aborder le sujet de la violence de façon à définir, analyser les risques et mettre en place des actions d'amélioration qui sont de son ressort.

44 James Reason, professeur de psychologie, gestion de la sécurité
http://fr.wikipedia.org/wiki/Gestion_de_la_s%C3%A9curit%C3%A9 (Consulté le 3 mars 2014).
45 Schéma de REASON extrait du cours de Mme Robineau-Fauchon, professeur U.P.E.C.

Pour compléter l'analyse, la méthode Alarm distingue :

- les facteurs individuels ou "*erreurs patentes*" qui sont les défaillances individuelles ou liées au patient
- les facteurs systémiques ou "*erreurs latentes*" qui sont les défaillances liés à l'équipe, l'environnement, l'organisation, l'institution.

Le schéma[46] Figure 4, permet d'illustrer les deux types de facteurs, dans le cas d'un travail en anesthésie réanimation.

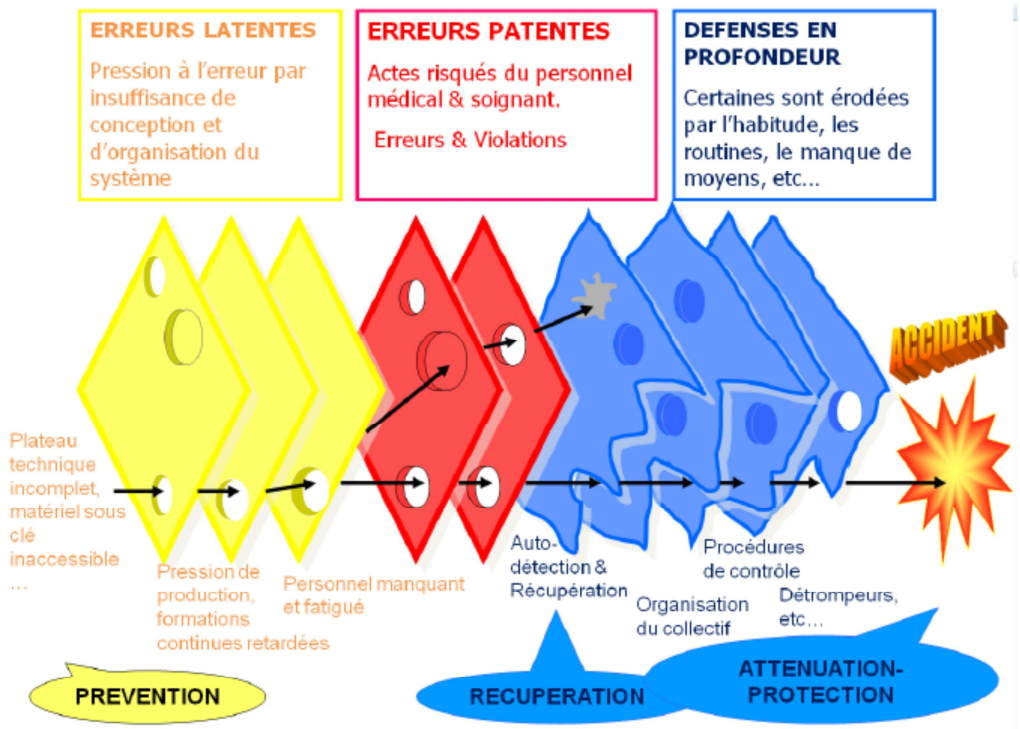

Figure 4 : Erreurs Latentes et Patentes sur Modèle de Reason.

46 http://www.cclinparisnord.org/REGION/HTN/050412/N10-VA.pdf (Consulté le 24 février 2014).

3.2.3 Les Risques PsychoSociaux (RPS)

La violence est facteur de risque psychosocial. Nous allons en premier lieu donner des éléments de compréhension aux R.P.S. puis regarder en second lieu quelles sont les recommandations.

D'après le rapport d'analyse des risques psychosociaux de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) de 2010, "*il est admis qu'il s'agit de risques pour la santé, mentale mais aussi physique, créés au moins en partie par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques*".[47]

Ils sont souvent assimilés au *"stress"* mais en fait "*ils recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les appelle psychosociaux car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail*"[48]

Enfin selon le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux, ils peuvent être définis comme "*les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental*"[49.]

Il y a **six classes d'indicateurs** établies à partir de recommandations émanant d'un rapport[50] sur le suivi des risques psychosociaux datant de 2008 :

- les **exigences du travail** qui recouvrent la quantité de travail, la pression temporelle du travail, la complexité du travail et les difficultés de conciliation vie professionnelle/vie familiale
- les **exigences émotionnelles** qui sont particulièrement repérées dans les relations à autrui où le salarié doit garder la maîtrise de lui-même. Ainsi, être confronté à la souffrance des autres est souvent difficile à vivre, de même que le

47 Dares Analyses Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles - Décembre 2010 N°081.
48 http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Stress-les-risques-psychosociaux.html
49 Dares Analyses Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 - Avril 2014. N°031.
50 JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier Ressources Humaines, Innovations et développement durable Luce Legendre, Le travail en question, Gestions hospitalières N°524 –mars 2013. P143 147.

fait de devoir cacher ses émotions. La peur au travail entre aussi dans le champ des exigences émotionnelles

- l'**autonomie et les marges de manœuvre**. Il s'agit de la combinaison d'une forte demande et d'une faible autonomie de travail
- les **rapports sociaux et relationnels au travail** incluent
    - ⁄ la coopération et le soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie
    - ⁄ la violence entre collègues et la hiérarchie
    - ⁄ la reconnaissance et le sentiment d'utilité
    - ⁄ le soutien de la hiérarchie et la capacité à exprimer clairement les objectifs de travail
- les **conflits de valeur** qui sont les exigences de l'institution en confrontation avec les valeurs (personnelles, professionnelles, sociales) du salarié
- l'**insécurité socio-économique** c'est-à-dire la dégradation de l'emploi stable, contrat à durée indéterminée au profit de contrat à durée déterminée

Ces indicateurs permettent de visualiser que les métiers soignants sont des métiers à risque sur les exigences émotionnelles et les exigences au travail.

Les causes de R.P.S sont de quatre ordres selon Mathilde Vigneron[51], consultant formation en développement des Ressources Humaines (RH) :

- **organisationnel**, lorsque la structure est inadaptée ou en phase de changement
- **matériel,** comprenant des équipements dont l'utilisation est mal maîtrisée
- **relationnel,** c'est-à-dire que la communication entre collègues ou avec la hiérarchie est déficiente ou en carence
- **personnel,** avec des situations individuelles fragiles

51 JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier Ressources Humaines, Innovations et développement durable
Mathilde Vigneron, Risques psychosociaux : les D.R.H en risque d'overdose! Gestions hospitalières N°524 –mars 2013 P168

Les conséquences des RPS sur les individus sont du stress conduisant à

- des comportements inadaptés (agressivité, retrait)
- une atteinte sur la santé physique (accidents du travail) ou mentale "*l'ensemble des organisations observent une recrudescence […] de nouvelles pathologies de travail*"[52]
- à une atteinte sur la structure avec une perte de productivité et une détérioration du climat social (absentéisme, conflits sociaux).

Les conséquences des R.P.S. sont donc un coût humain et financier**.**

Pour illustration, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (I.N.R.S.) estimait, sur une enquête menée en 2000, que 1 à 1,4 % de la population française active était touchée par une pathologie lié au stress, que le coût du stress était en 2012, de 2 à 3 milliards d'euros par an pour les salariés exposés au moins 50 % de leur temps de travail au stress[53].

La prévention des R.P.S touche directement aux conditions de travail et à la qualité de vie au travail. Elle fait appel à une analyse pratique proposée et décrite sur le site de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) La démarche de prévention des R.P.S est une démarche institutionnelle qui se décline en cinq étapes[54], avec une volonté politique et une implication de l'ensemble des acteurs. A ce niveau, il s'agit de "*transformer les obligations réglementaires en opportunité pour relancer le dialogue social et mettre en place un certain nombre d'actions destinées à améliorer les relations interprofessionnelles et la qualité au travail*"[55].

Le cadre de santé s'inscrira dans la démarche de prévention car celle-ci est aussi managériale. Selon Yves Clot[56,] "*pour améliorer la qualité de vie au travail, il faut*

52 Emmanuel Abord de Chatillon, Olivier Bachelard, Stéphanie Carpentier, Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale. Collection Vuibert Février 2012 P9.

53 JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier Ressources Humaines, Innovations et développement durable

Mathilde Vigneron Analyse : Risques psychosociaux : les D.R.H en risque d'overdose !, Gestions hospitalières N°524 –mars 2013. P169.

54 http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS?p_thingIdToShow=32077645 (Consulté le 24 avril 2014).

55 JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier Ressources Humaines, Innovations et développement durable

Mathilde Vigneron, Risques psychosociaux : les D.R.H en risque d'overdose! Gestions hospitalières N°524 –mars 2013 P169

56 Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail, C.N.A.M. Actes de séminaire, "Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé", HAS 21 octobre 2010. actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

améliorer le travail" Qui mieux que le cadre de santé peut donner du sens à l'activité et mener l'équipe vers du bien-être au travail.

3.3 Le rôle du cadre

3.3.1 Attendus du cadre

Le rôle du cadre responsable d'unité de soins selon le répertoire des métiers de la fonction hospitalière consiste à "*d'organiser l'activité paramédicale, animer et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations*"[57].

La formation des cadres de santé est inscrite dans le décret et arrêté du 18 août 1995, portant création du diplôme de cadre. Les premiers textes fondateurs sont :

- La circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 (non paru aux JO ni BO) qui décrit les missions, fonctions et activités du surveillant,
- La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui crée un service de soins infirmiers dans chaque établissement.

Dans le rapport de la mission Cadres Hospitaliers[58], Chantal De Singly retient dans la définition fonctionnelle du cadre de santé quatre missions parmi lesquellesaquelle celle de "*management d'équipes et d'organisations*". Cette mission "*consiste à concevoir l'organisation et à l'animer*"[59].

L'enjeu du cadre de santé est de "*concevoir des organisations*" efficaces[60] et de qualité afin de répondre aux exigences réglementaires et institutionnelles mais aussi, aujourd'hui, il faut que ces organisations soient efficientes[61] dans un environnement sous contraintes économiques. Nous avons vu que les contraintes règlementaires, ainsi que les contraintes institutionnelles s'inscrivent dans la politique générale de santé et dans la politique de l'établissement. Les contraintes économiques impliquent aujourd'hui d'allier

57 Ministère de la Santé et des Sports, Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, cadre responsable d'unité de soins. http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27 (consulté le 24 février 2014)

58 Chantal de Singly, Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Ministère de la santé et des sports, 11 septembre 2009.

59 Ibid P25

60 "*Qui remplit bien sa tâche, qui atteint son but, qui aboutit à des résultats utiles*" dictionnaire Larousse 2003.

61 "*Qui aboutit à de bons résultats avec le minimum de dépenses, d'efforts*" dictionnaire Larousse 2003.

maîtrise des dépenses et hausse d'activité tout en garantissant la sécurité, la qualité des soins et la satisfaction des usagers.

Le cadre de santé assure donc le fonctionnement de l'unité dont il est responsable, en relation avec l'équipe médicale et en accord avec la politique de l'établissement. Il coordonne les soins et la gestion des moyens humains et matériels. Il veille au respect des bonnes pratiques professionnelles, à la bonne application des protocoles et procédures institutionnelles. Il propose des organisations en vue d'optimiser la prise en charge des patients et de garantir la sécurité des personnes. L'ensemble s'appuie sur une équipe formée et professionnelle, dynamique et motivée, qui évolue dans un environnement sécurisé.

Dans ce contexte, la violence et ses conséquences sont évidemment un facteur contre-productif. On a déjà vu que vis-à-vis de ses collaborateurs, le cadre a une obligation de mettre en œuvre les conditions de sécurité et de protection de leur santé physique et psychique. Vis-à-vis de l'hôpital et des patients, le cadre de par l'organisation qu'il met en place, a une obligation d'efficacité. Il se doit donc de traiter aussi la violence de ce point de vue.

3.3.2 Mise en œuvre

Au regard de l'ensemble des éléments que nous venons de décrire, le cadre de santé doit concevoir son rôle comme "*celui d'un animateur du soutien social et comme un amortisseur des contraintes organisationnelles*"[62]. C'est-à-dire qu'il doit permettre aux individus d'exprimer leur ressenti, de donner leur avis sur l'organisation de leur travail et qu'il doit faciliter celui-ci en rendant les conditions de travail favorables.

"*Pour cela, il doit renoncer à estimer le stress comme un trouble externe à l'organisation.*"[63] Il en va de même pour la violence externe.

Nous avons vu que s'interroger sur les causes de violence revient à se questionner sur les pratiques. Pour permettre aux équipes de mener cette réflexion, le cadre doit pouvoir mobiliser les individus. Cette mobilisation doit être un travail collectif. En effet,

62 Emmanuel Abord de Chatillon, Olivier Bachelard, Stéphanie Carpentier, Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale. Collection Vuibert Février 2012.P.16

63 Ibid

d'une part, la prise en charge du patient est un travail d'équipe. D'autre part, nous avons vu que la violence et son traitement doivent être abordés en groupe pour ne pas stigmatiser le problème ni les individus. Enfin, la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de la violence ainsi que les actions d'amélioration des pratiques nécessitent l'adhésion des individus.

3.3.3 Les leviers d'action

"*La supériorité de la conduite démocratique sur l'efficacité des personnes à œuvrer ensemble a été expérimentée*"[64] "*L'équipe est une force de travail performante*"[65]

Pour travailler sur le collectif, les axes qui s'offrent au cadre de santé visent à développer un management qui consistera à :

- instaurer un climat favorable à la promotion de la sécurité et de la qualité des soins et du travail.
- construire un fonctionnement qui mobilise les individus et rendre les équipes performantes.

Les outils pour atteindre les objectifs du premier point, sont ceux du management d'équipe. Le second point, quant à lui, demande au cadre de bien comprendre le fonctionnement d'une équipe et les paramètres qui la rendront performante. C'est précisément le sujet de la dynamique de groupe.

Nous allons donc maintenant explorer les concepts qui s'y rapportent.

3.4 Le management d'équipe

Les fondamentaux du management d'équipe reposent sur le fait d'avoir conscience de mener des individus, de communiquer et d'écouter, de donner du sens au travail de son équipe. Le management d'équipe trouve sa définition dans son contenu. La formule "*forme de gestion axée essentiellement sur l'optimisation des ressources d'une équipe*"[66], trouvée

64 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.

65 Aline Mauranges, Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants, M.N.H. Janvier 2001.

66 http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/management-d-equipe (consulté le 02 janvier 2014)

sur Internet me semble dire l'essentiel. Et nécessite de comprendre de quoi est composée l'équipe.

3.4.1 Equipe

Commençons par définir ce qu'est une équipe. Selon Paul Cauvin, c'est le "*lieu où se développe les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se créé un esprit commun*"[67]

Si l'on se rapporte aux dictionnaires :

- le Petit Robert dit "*Groupe de personnes unies dans une tâche commune*"
- le Larousse définit "*Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même but*"

La notion d'équipe est liée à celle de groupe. Roger Mucchielli[68], psychosociologue, précise, "*Si l'équipe est un groupe restreint, de face à face, où tous les membres interagissent et se perçoivent directement […] elle évoque irrésistiblement par cette définition le groupe primaire.*"[69]

Le concept de groupe restreint se définit selon D. Anzieu par "*un ensemble d'individus dont l'effectif est tel qu'il permet à ceux-ci des communications explicites et des perceptions réciproques, dans la poursuite de buts communs.*"[70]

Donc le premier élément important dans un groupe, souligné par Roger Mucchielli, est "*la qualité de la relation et la communauté du but*". Ainsi, toujours selon Mucchielli, la définition d'un groupe primaire s'appuiera sur "*la connaissance de tous par chacun, sur la cohésion et sur les relations affectives informelles*". Il conclut que "*l'équipe est un groupe primaire typique où dominent l'unité d'esprit, la cohésion, les liens interhumains,*

67 Paul Cauvin, La cohésion des équipes, E.F.S. Editions7ème édition 2012.
68 Roger Mucchielli, psycho-sociologue, 1919-1981.
69 Roger Mucchielli, Le travail en équipe, ESF éditeur, 14ème édition 2013. P.15.
70 Ibid.

l'engagement personnel et l'adhésion totale des membres au groupe restreint avec lequel ils s'identifient." [71]

Le second élément est, toujours selon Roger Mucchielli, que le travail en équipe est défini par sa multidisciplinarité. Il déclare qu'il "*n'y a d'équipe que de travail*"[72,] c'est-à-dire que l'équipe existe parce qu'elle a un travail à réaliser et ce travail "*impose sa loi, ses exigences, son programme, ses moyens*"[73.] C'est la "*convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche*" qui permettra d'atteindre l'objectif commun. Elle s'appuie sur des règles communes de fonctionnement, sur des valeurs.

L'Haute autorité de santé (HAS) qui prescrit de travailler en équipe pour la gestion des risques définit l'équipe comme un "*groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin*". De son côté, Walter Hesbeen[74]dit que "*lorsqu'il est question de prendre soin de l'humain malade ou dépendant […] il devrait être question de s'interroger en équipe sur la perspective donnée au prendre soin*".

Le travail en équipe est donc une composante de la prise en charge du patient.

Faire converger le travail des individus qui composent l'équipe vers un objectif commun n'est pas le fruit du hasard. Cette convergence se construit et elle s'appuie sur la notion de performance du groupe.

3.4.2 Les relations interpersonnelles : la cohésion d'équipe

Si un groupe est plus que la somme des parties qui le composent, comme l'affirme Kurt Lewin, il sera d'autant plus productif qu'il existe une forte adhésion, un "*réseau de communication permettant un feed back maximal*", et un "*conducteur de réunion expérimenté*"[75].

---

71 Roger Mucchielli, Le travail en équipe, ESF éditeur, 14ème édition 2013.
72 Ibid
73 Ibid
74 W. Hesbeen est infirmier, docteur en santé publique, professeur, conférencier, auteur de nombreux ouvrages et pèlerin de la cause du soin, de sa qualité et de son sens. Préface du livre "Cadre de santé de Proximité" Collection Elsevier Masson, 2011.
75 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.P209

Favoriser la cohésion d'équipe consiste donc à "*permettre à un groupe de personnes qui travaillent ensemble de s'extraire de son quotidien afin de faire le point sur son mode de fonctionnement et construire un plan qui lui permettra d'optimiser sa solidarité et sa performance.*"[76]

La cohésion d'équipe n'est pas naturelle, elle est obtenue par la volonté de l'encadrement et utilise des techniques managériales identifiées. "*Le groupe est un domaine d'exercice professionnel, un outil pour penser et pour agir. Travailler dans un groupe ne nécessite aucune compétence particulière, mais faire travailler un groupe ne s'improvise pas.*"[77]

"*Etre formé pour conduire un groupe nécessite des connaissances et des expériences particulières.*" [78]

Le cadre pourra travailler à partir du concept de dynamique de groupe.

3.5 La dynamique de groupe

La connaissance de la dynamique de groupe permet de connaitre les facteurs qui favorisent et freinent l'efficacité de l'équipe. Le fondateur de la notion de *"dynamique de groupe"* est Kurt Lewin (1890-1947). La conception lewinienne conçoit le groupe comme *"système fermé"*[79] Le fonctionnement de ce système est le suivant :

Le groupe est soumis à des forces externes (environnement) et internes (liées aux membres du groupe et à la nature de leurs interactions). Ces forces créent des tensions positives et négatives.

Les tensions positives visent l'atteinte des objectifs du groupe, elles créent un comportement d'approche. Les tensions négatives génèrent des comportements d'évitement.

Deux fonctions émanent de ces tensions :

---

76 Dyn[ê]sens, www.dynesens.com (Consulté le 12 décembre 2013)
77 Alain Blanchet, Alain Trognon, La psychologie des groupes, Edition Armand Colin.P.7
78 Ibid
79 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.P170

- la fonction de production, en lien avec les tensions positives, permet la réalisation de l'objectif et est centrée sur la tâche. Elle est constituée d'activités instrumentales
- la fonction d'entretien, en lien avec les tensions négatives, est centrée sur l'entretien et la survie du groupe, vise au maintien de sa cohésion. Elle est constituée d'activités consommatoires et se divise en deux autres fonctions
    - la **fonction de facilitation** qui est "*centrée sur les échanges dans le groupe*"[80] et "*se réfère essentiellement aux processus opératoires, aux procédures de travail, aux aspects physiques de la communication et à la structure formelle du groupe.*"[81]
    - la **fonction de régulation** qui est en rapport avec les relations interpersonnelles et l'ensemble des facteurs psychosociaux. Elle tend à régler les conflits internes au groupe et à permettre ainsi la réalisation de la fonction de facilitation et de production

L'énergie utilisée à la fonction d'entretien c'est-à-dire au maintien de la cohésion du groupe ne sera pas disponible pour la fonction de production et donc à l'atteinte des objectifs du groupe et inversement.

Ce qui signifie que la répartition entre les différentes fonctions sera déterminante dans la recherche d'efficacité dans le fonctionnement des groupes. "*Cette optimisation énergétique du groupe sera la fonction essentielle de l'animateur du groupe.*"[82]

En résumé, pour fonctionner le groupe nécessite de la cohésion. Plus la cohésion sera forte, plus le groupe sera efficace. La cohésion repose sur la solidarité de ses membres, elle se construit à partir de la confiance, de la connaissance de chacun, de règles de fonctionnement, de valeurs communes connues et reconnues et d'objectifs de travail clairement définis.

80 Jean Claude Abric, Psychologie de la communication, théories et méthodes, 3ème édition, Armand Colin 2013.P75.
81 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.P173
82 Jean Claude Abric, Psychologie de la communication, théories et méthodes, 3ème édition, Armand Colin 2013P76

Le cadre de santé, en tant que responsable de l'équipe, sera l'animateur du groupe et aura donc pour rôle de favoriser cette cohésion afin de rendre le groupe performant. Pour ce faire, il développera les fonctions de facilitation et de régulation.

3.5.1 La communication

Il ne peut y avoir d'équipe sans communication car la communication est à la base de toute relation entre individus. Au sein d'un groupe, la communication est constitutive de son fonctionnement. Toute activité nécessite des échanges d'informations.

Du point de vue de l'analyse psychosociologique, la communication est "*l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre les personnes dans une situation sociale donnée*"[83]

La communication sera donc au centre du fonctionnement du groupe. Elle interviendra dans la fonction de facilitation (centrée sur les échanges dans le groupe) et dans la fonction de régulation (relations interpersonnelles, gestion des conflits). "*Les conditions d'échanges sont en rapport avec les relations établies entre les hommes et doivent considérés les deux aspects de la communication : l'aspect formel et l'aspect psychologique*"[84.] Elle permet au groupe de s'organiser.

Dans le phénomène de violence des usagers à l'encontre des soignants, elle sera considérée comme un outil voir une alliée, tant pour les actions de maîtrise que pour les actions de réparation.

Dans la mise en place d'un système de prévention, la communication est au cœur du dispositif. En ce qui concerne les risques psychosociaux, "*La communication est censée assurer la promotion du changement et susciter l'adhésion. Ouvrir aux acteurs des possibilités d'énonciation des contradictions et de construction de compromis revient à placer les processus communicationnels au cœur du changement et à reconnaitre le travail d'organisation qui s'effectue au niveau local. La communication produit le changement*

83 Jean Claude Abric, Psychologie de la communication, théories et méthodes, 3ème édition, Armand Colin 2013P4
84 Ibid

plus qu'elle ne l'accompagne. La communication devient le principe même du changement, le processus au travers duquel il s'élabore."[85]

De plus, "*la discussion permet à l'individu de publier, au sens de rendre public, sa représentation au travail et de l'activité. […] elle peut permettre l'établissement de compromis de sens et de perspectives communes sur le travail*"[86]

La communication demande une volonté de mise en œuvre, "*Cette dynamique de discussion est souvent prise en charge par le manager de proximité"*[87]

En effet, le défi pour le cadre de santé est de "*parvenir à concilier les stratégies individuelles aux enjeux collectifs, miser sur les différences et les complémentarités, créer un climat de confiance et d'entraide sont essentiels pour qu'une équipe soit efficace.*"[88] Il se positionne alors comme animateur de son équipe et prend le rôle de leader. "*Le rôle du leader dans la production de la meilleure performance des individus quand ils travaillent dans un groupe plutôt que seul a été expérimenté à diverses occasions. Il a été démontré que si le groupe est plus performant que l'individu seul, la manière dont est mené le groupe influe également. La position du leader est centrale dans le niveau de performance du groupe.*"[89]

Le leader étant : "*celui qui perçoit les besoins du groupe et s'efforce de les satisfaire*"[90], "*toute intervention centrée sur la tâche ou sur le maintien de la cohésion est un acte de leadership.*"[91]

3.5.2 Le leadership

Le leadership est un terme emprunté à l'anglais qui définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs.[92]

---

85 Emmanuel Abord de Chatillon, Olivier Bachelard, Stéphanie Carpentier, Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale. Collection Vuibert Février 2012 P.129

86 Ibid

87 Ibid P.130

88 Dyn[ê]sens, www.dynesens.com (Consulté le 12 décembre 2013)

89 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.

90 Ibid

91 Ibid

Un leader est quelqu'un capable de guider, d'influencer et d'inspirer. Il mène le groupe à un autre stade de son développement.

Le leadership est souvent associé à la personnalité du leader, on parle alors de charisme. Aujourd'hui, beaucoup d'études suggèrent une capacité apprise, compétences ou qualités.

On distingue **six styles de leadership** qui auront une influence sur la dynamique du groupe "*les climats groupaux dépendent du style de commandement.*"[93]

- le **leader directif** impose les actions à mener
- le **leader chef de file** attend l'excellence et montre l'exemple d'un haut niveau de performance, toujours plus et mieux et attend le même standard de ses équipes
- le **leader visionnaire** fédère autour d'une vision, donne le cap et compte sur ses collaborateurs pour s'occuper de la réalisation
- le **leader collaboratif** croit en l'harmonie et cherche la cohésion. Il favorise les échanges, les interactions et il comprend les besoins de l'équipe, qu'il cherche à satisfaire
- le **leader participatif** cherche le consensus par la voie démocratique, il est pacificateur et doté d'une bonne écoute, il appelle les idées de tous. C'est un convaincu de l'intelligence collective
- le **leader coach** investit sur les personnes. Il cherche l'autonomie de chacun et la construction d'équipes compétentes. Il vise le long terme, tout en tenant compte des objectifs plus proches[94]

Sonia Bal, cadre de santé ergothérapeute, estime que "*le cadre de santé n'est pas le leader d'une équipe, il le devient par et avec elle*"[95].

92 http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619 (Consulté le 24 mars 2014).
93 D Anzieu et J-Y Martin, La dynamique des groupes restreints, Puf, 2ème Edition Quadrige, novembre 2013.P84
94 http://www.kolibricoaching.com/leadership/6-styles-de-leadership-et-leurs-effets/ (Consulté le 26 avril 2014)
95 Sonia Bal, Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé, Soins Cadres n°79 – aout 2011.P43

4 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

Ce travail m'a permis de mettre en évidence l'importance de la cohésion d'équipe dans la prévention du risque de violence des usagers à l'encontre des soignants. A double titre, la maîtrise de la violence repose sur une équipe soudée. La mise en place de sa prévention également. De plus, le management du risque impose un fonctionnement d'équipe cohérent.

L'enjeu pour le cadre de santé est d'avoir une équipe efficace qui effectue des soins de qualité aux patients dans une ambiance sereine.

Le cadre doit comprendre les spécificités de fonctionnement du groupe afin de promouvoir entre ses membres une communication efficace, une forte solidarité et du bien-être.

Grâce aux différents concepts abordés, nous avons pu établir que la réponse apportée à la violence des usagers ne peut être individuelle, au risque de ne traiter que les symptômes de la problématique et de stigmatiser les individus fragiles. Elle doit être collective pour donner des repères, du sens et instaurer un cadre. L'obtention d'une cohésion d'équipe afin de faire face à la violence et d'avoir une prise en charge de qualité des usagers est un prérequis incontournable. La mise en œuvre des actions résultant de la gestion des risques et de la prévention de la violence demande l'adhésion de l'ensemble des personnes. Le management adopté par le cadre est donc déterminant. Mon hypothèse est la suivante :

Le traitement de la violence des usagers à l'encontre des soignants nécessite de la part du cadre la mise en place d'un management du risque associé à un management d'équipe basé sur la dynamique de groupe et la communication.

Cette hypothèse demande à être vérifiée auprès des professionnels de santé. Pour cela, j'ai réalisé une enquête de terrain. Le phénomène de violence étant relativement spécifique à l'activité de soins, j'ai choisi de faire mon enquête sur les services d'accueil des urgences (SAU). Il m'a semblé pertinent de me concentrer sur ces services parce qu'ils sont à la fois les plus touchés par le phénomène de violence et qu'ils reçoivent une population

très diversifiée, permettant de rester dans la ligne de conduite de ce travail qui traite de manière assez générale du phénomène de violence.

5 ENQUETE

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de concentrer notre enquête sur la violence des usagers à l'encontre des soignants dans les services d'accueil des urgences. Cela afin d'aborder un service fortement exposé et confronté à tous types de violence (verbale et physique).

Nous allons vous présenter ce travail de recherche de terrain, détailler la méthodologie, les résultats et l'analyse et conclure par une synthèse.

5.1 Méthodologie générale de l'enquête

Ce travail a été réalisé en deux temps, sur deux lieux différents. Dans un premier SAU, localisé dans la région parisienne. Dans un second SAU, situé dans Paris. Les deux services appartiennent au secteur public, mais différent par un certain nombre d'aspects tels que la taille de la structure, la localisation, la population alentour. Ces éléments, toutefois, n'ont pas été pris en compte.

En effet, il importait d'observer deux approches différentes du traitement de la violence externe et de comparer le management pratiqué.

L'enquête a été réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs. Deux catégories de personnels ont été interrogées : les cadres et les agents d'accueil. Les entretiens ont donc été réalisés, selon deux grilles d'entretien différentes, l'une pour les cadres, l'autre pour les agents. L'objectif global de ces entretiens était d'obtenir des informations sur la politique menée vis-à-vis de phénomènes de violence dans chaque service et au niveau de l'encadrement de ces services.

Pour faciliter l'exploitation, en plus des notes prises durant l'entrevue, les entretiens ont été enregistrés. Ils ont duré de 30 à 60 minutes chacun.

Le point de vue des **cadres**, leur regard sur le sujet était indispensable par rapport à mon questionnement. La grille d'entretien des cadres a été construite de manière à répondre aux objectifs suivants :

- évaluer la violence dans le SAU
- identifier l'approche et la démarche mise en œuvre sur le sujet dans le service
- identifier le type de management pratiqué par l'encadrement

Le recueil du témoignage d'**agents d'accueil** m'a semblé aussi intéressant puisque c'est à ce poste que se concentre la violence. La grille d'entretien des agents d'accueil a été construite de manière à recueillir de leur part leur ressenti au travail et leur ressenti vis-à-vis de la violence existante dans l'activité.

5.2 Enquête dans le SAU N°1

5.2.1 Description de l'enquête

La première enquête s'est déroulée du 10 au 15 février 2014 dans un SAU situé en Ile de France.

Ce SAU est un service d'accueil d'adultes qui réalise environ 33 000 passages par an. L'équipe paramédicale est composée de deux cadres de santé et d'une référente formation pour soixante-quinze soignants, quatre secrétaires et un archiviste. En cours de restructuration, le service d'accueil pédiatrique et adulte a été scindé en 2010, mais l'accueil administratif est resté commun pour les adultes et la pédiatrie. L'accueil est également commun pour les urgences piétonnes et les urgences ambulances-pompiers.

Quatre entretiens ont été effectués :

- deux cadres du service et une référente formation
- un agent d'accueil

Il est à noter que la référente formation est considérée comme faisant partie de l'encadrement puisqu'elle occupe la fonction de cadre le week-end. J'ai choisi d'interviewer un agent d'accueil qui est aussi aide-soignant. En effet, dans cette structure, les aides-soignants occupent le poste d'agent d'accueil régulièrement.

5.2.2 Analyse de l'enquête

Le profil des personnes interrogées porte sur l'ancienneté dans le service et la fonction.

	Ancienneté dans le service	Ancienneté dans la fonction
Cadre 1	22 ans	28 ans
Cadre 2 (Référente)	16 ans	2 ans
Cadre 3	6 ans	17 ans
Aide-soignante	11 ans	38 ans

Nous pouvons constater que les personnes interrogées ont de l'expérience, soit dans la fonction, soit dans le service.

Analyse des entretiens avec les cadres de santé

L'analyse a été faite selon trois axes :

- la violence
- les mesures existantes
- le management pratiqué

La violence

Les faits de violence des usagers envers les soignants sont confirmés par l'ensemble des personnes interviewées.

La violence physique et la violence verbale sont les deux types de violence nommés. La violence verbale est un phénomène plus fréquent. Les adverbes les plus utilisés sont *"beaucoup"* et *"souvent"*. Il y a aussi l'idée de régularité *"Régulièrement, il y a des gens à l'accueil qui se font agresser verbalement"*. Selon l'intensité, le rapport à la fréquence change :

- la violence verbale est de l'ordre du quotidien "*Les petits faits de violence, il y en a tous les jours*" *"Les gens se font injurier tous les jours"*, *"la violence verbale, c'est quasiment tous les jours"*.

- la violence *"plus importante, ça arrive plusieurs fois par semaine"*, *"Il ne se passe pas une semaine sans qu'il y ait une agression physique, voire deux à trois"*.

On peut retenir plusieurs violences :

- la violence provoquée par des personnes du fait de leur état : les personnes alcoolisées, les personnes psychiatriques, les personnes démentes.
- la violence que l'on pourrait qualifier d'ordinaire due aux personnes dites normales : *"M. et Mme Tout le Monde"* parce qu'ils estiment avoir trop attendu, parce que c'est trop long, qu'il y a de l'inquiétude, de la douleur, de l'énervement, du désaccord avec le médecin, de l'incompréhension et un environnement anxiogène comme *"le fait d'être entouré de personnes qui geignent ou crient"*

Le premier groupe de violences est lié aux pathologies des personnes. Il se caractérise par des faits de violence physique *"ça peut-être des violences dures…les coups…"*

Le deuxième groupe, *"la violence de M. et Mme Tout le Monde"* correspond d'après un des cadres à de la violence *"qui n'existait pas avant"*. Cette violence peut s'exprimer dès l'accueil, elle est propre à tout public, contagieuse *"il suffit qu'il y ait une personne qui commence à râler, puis tout le monde râle"*. Elle est évolutive, on peut passer de la violence verbale à la violence physique. *"Le consultant qui va être énervé, qui va s'en prendre au personnel de l'accueil en premier lieu et qui après, arrivé en box, va être violent envers, soit le médecin soit l'infirmière qui l'a pris en charge"*. Elle peut être surprenante. *"Le malade qui d'un seul coup va partir en vrille"* et exacerbée par l'inquiétude, la douleur, les conditions d'accueil *"le fait que ce soit long"*, *"le fait d'être entouré par des gens qui geignent"*.

L'attente est une cause qui est citée plusieurs fois : on veut *"passer tout de suite"*, *"dans l'heure d'arrivée"*. Certains *"ne supportent pas d'attendre"*, *"s'impatientent"*, *"parce que ça fait trop longtemps"* qu'ils sont là. Parfois, *"quelqu'un arrive très calme, et comme le délai d'attente est estimé entre trois à quatre heures, il peut péter un plomb."*

Les manifestations de violences verbales citées sont *"des petites phrases avec des petits mots"*, des injures, des insinuations ou provocations jusqu'aux hurlements.

Les manifestations de violences physiques sont des coups, *"taper partout"*, *"taper sur les gens"*, des griffures, des morsures, des crachats et de l'exhibition.

L'infirmière référente raconte un fait de violence auquel elle a assisté. Les deux cadres ne sont pas en mesure de donner d'exemples de faits de violences.

L'impact de la violence sur les soignants est réel. *"Ça marque tout le monde"*, *"c'est un stress constant"*, *"c'est usant"*, *"ça choque toujours"*. Seul un cadre exprime un lien entre la qualité de la prise en charge et la violence des usagers : *"le personnel augmente l'agressivité plutôt que de la calmer"*. Les difficultés rencontrées dans la gestion de la violence sont d'après un autre cadre en rapport avec le fait que les équipes soignantes sont de jeunes recrues *"qui n'ont pas d'expérience par rapport à cette agressivité."*

Les mesures existantes

Au niveau de l'institution, les cadres peuvent s'appuyer d'une part sur une plaquette accessible via l'intranet avec la procédure de prise en charge de l'agent victime de violence. Une cellule de psychologues peut être sollicitée pour tout traumatisme d'un agent, laissé à l'appréciation du cadre.

Les formations ont été citées comme des tentatives ayant eu lieu au niveau institutionnel pour lutter contre la violence mais comme n'existant plus. Les formations sont demandées par les cadres du service mais inadaptées à la problématique de la continuité des soins ni à la problématique du turn-over des personnels : *"Tous les ans, on inscrit cela au plan de formation, tous les ans on a des problèmes de planning"*, *"Il faudrait dix ans pour former tout le monde."*

Les agents victimes de violence peuvent, s'ils le souhaitent, déposer plainte auprès du commissariat. Les cadres incitent à la déclaration mais n'accompagnent pas *"On ne va tout de même pas les prendre par la main pour qu'ils déposent plainte."*

Deux procédures pour la déclaration des faits de violence sont décrites par les cadres interviewés. L'accident de travail quand il y a des dommages corporels. Au niveau de la structure, les événements indésirables peuvent être déclarés sur le logiciel Osiris dédié à cet effet. Cela inclut les événements liés à la violence. Les données sur les faits de violence sont ainsi centralisées et transmises aux *"services administratifs"* pour qu'elles puissent être analysées. C'est un moyen d'alerte pour le service puisqu'un retour *"Attention, il y a eu tant d'agressions"* est effectué quand un certain seuil est atteint. Selon l'un des cadres, les déclarations sur *"Osiris"* sont faites uniquement suite à des accidents de travail. Ce qui fait qu'elles représentent *"à peine 10 % des faits de violence"*, d'après l'un des cadres. Quand il y a un accident du travail, une étude rétrospective est effectuée *"on revoit le dossier, comment ça s'est passé, les personnes concernées, comment il a été reçu, pourquoi il a agressé le personnel"*. *"Mais ce n'est pas à chaque agression"*.

Au niveau du service, il y a un système d'alarme dont le fonctionnement n'est pas certain *"Je ne sais pas si ça fonctionne"*. Le service de sécurité est joignable au moindre débordement et *"Normalement"*, un agent est posté aux urgences de 20 heures à 6 heures. *"Normalement"* est répété par deux des cadres à trois reprises mettant un doute sur une présence effective mais rien de plus n'est exprimé. Par contre, des doutes sont verbalisés par un des cadres sur leur possibilité d'intervention rapide : *"Ils sont à la guérite de l'hôpital, donc le temps qu'ils arrivent […] vous avez le temps de vous faire agresser physiquement et verbalement."*

Il existe une ligne directe pour la police, *"Il ne faut pas appeler pour rien"*. L'équipe de soins peut aussi solliciter l'équipe paramédicale de psychiatrie présente le jour. Les recommandations faites aux membres de l'équipe sont de *"passer la main"*, *"ramener le calme, en essayant de calmer la personne"*. Il est courant d'appeler au secours, et là le ralliement de l'équipe est immédiat.

Le traitement de la violence se fait au *"cas par cas"*. Elle est perçue comme un problème individuel par les cadres interviewés.

Après un fait de violence, l'équipe d'encadrement est toujours disponible pour discuter avec les personnes *"On peut recevoir le personnel globalement et on en parle"*. Le

débriefing est pratiqué sur les faits de violence importants, ou lorsque la personne en ressent le besoin.

Le management pratiqué

Les cadres du service considèrent que la prévention de la violence est difficile à mettre en place ou inutile : *"Il n'y a pas de solutions à la violence"*, *"on ne peut pas prévenir la violence, ce n'est pas possible."*

La gestion de conflit est prise en charge par le cadre à la demande du personnel *"Si quelqu'un est agressif à l'accueil, on va voir le cadre et on nous l'amène"*. Mais le cadre peut aussi se déplacer, dans ce cas il prend en charge la situation *"J'évite de discuter là où est la personne, […] on arrive à désamorcer une situation."*

Les situations de violence sont revisitées par le cadre *"quand on a eu connaissance d'un problème de violence"* à travers une enquête menée à partir du dossier.

La communication dans le traitement des faits de violence est un élément très important pour les cadres mais elle est majoritairement individualisée *"Les réunions d'équipe, c'est assez rare"*, *"De temps en temps, des réunions très participatives mais pas sur le sujet de la violence"*, *"on en parle mais à titre individuel"*. A la demande des personnes, les cadres se rendent disponibles : *"notre porte est toujours ouverte pour discuter"*, *"si on est au fait d'un évènement, on va aller vers eux et discuter au cas par cas"*, *"Quand les personnes sont vraiment bouleversées, on peut les recevoir avec nous dans le bureau un long moment"*.

Un argument justifiant ce manque de discussion en équipe est la fréquence à laquelle la violence se manifeste : *"aux urgences, ça revient tellement souvent […] ce serait tous les jours […] un débriefing […] ça nous userait la vie"*.

La formation à la gestion du stress et de l'agressivité est avancée comme pouvant être un moyen de prévention de la violence par deux des cadres. Le troisième estime que les formations *"ne vont pas en dire plus que ce que nous, cadre, allons dire à notre personnel"* et dans tous les cas, la mise en œuvre de ces formations est extrêmement compliquée d'un point de vue organisationnel.

En **conclusion**, la violence dans le SAU est présente. Elle est connue des cadres et traitée au cas par cas avec une analyse des situations les plus graves, mais ce n'est pas forcément suivie d'actions. A la limite de la banalisation, le phénomène de violence est considéré par les cadres comme inévitable dans un service d'urgence. Un accompagnement individuel est réalisé à la demande des personnes, les cadres étant toujours disponibles pour cela et connaissant les ressources de l'institution.

Analyse de l'entretien réalisé auprès de l'agent d'accueil

L'analyse de l'entretien de l'agent d'accueil a suivi deux axes :

- le ressenti au travail
- le ressenti de la violence

Ressenti au travail

Sa fonction consiste à réaliser l'enregistrement administratif des patients qui se présentent aux urgences, aussi bien adultes que pédiatriques.

Elle décrit sa fonction comme *"Essentielle dans le déroulement de l'accueil des patients"*. Elle est consciente d'être en première ligne de la prise en charge, *"le premier maillon."*

Son stress est important du fait d'une *"pression permanente à l'accueil", "parce qu'il y a toujours quelqu'un en visuel devant nous, tout le temps, les gens agressifs, les gens impatients et les gens qui ne sont pas bien, qui sont sur des brancards et qui peuvent faire un malaise à tout moment", "Il faut gérer tout ça"*.

Elle déclare être satisfaite de son travail, se sent soutenue et considère l'ambiance comme normale avec *"quelques fois des petits accrochages"* avec les membres de l'équipe qui sont dûs à des approches du patient qui diffèrent : *"On ne voit pas les choses de la même façon"*. Ce qu'elle met sur le compte d'une *"grande différence de génération"*.

Elle déclare ne pas pouvoir être satisfaite des conditions de prise en charge des patients mais se sent impuissante : *"On peut toujours faire mieux, mais là on ne peut pas."*

Ressenti de la violence

La violence est surtout verbale : *"ce sont surtout des insultes"* et elle survient plusieurs fois par jour *"il y a des jours où c'est huit heures de suite, sans arrêt, sans arrêt"*. Elle est mise en rapport avec le temps d'attente des personnes. La nuit, il y a beaucoup d'agressions, l'accueil n'est pas protégé.

En cas de souci, elle dit avoir recours à la sécurité *"quand on voit que ça va un petit peu chauffer"* mais elle tente d'abord de répondre à la violence par le dialogue et des explications.

Quand il y a un fait de violence, le recours à l'équipe est systématique *"tout le monde s'aide"*. La contention du patient psychiatrique mobilise l'équipe et donne lieu à l'application d'une procédure.

La politique de l'institution sur le thème de la violence n'est pas connue en tant que telle. Des formations institutionnelles avaient été débutées à l'époque *"mais elles se sont très vite arrêtées"* parce que le personnel du service d'accueil des urgences était mis en accusation d'être la cause de violence.

L'agent d'accueil nous parle de l'importance, dans le fonctionnement du service, de l'anticipation des personnels sur les situations de violence à venir : *"On les sent venir et on anticipe avant que ça ne dégénère" "on voit tout de suite si la personne en face va être en conflit ou pas"*. Mais *"ça dépend qui"* et si quelques-uns *"arrivent à calmer un peu les esprits"* les jeunes soignants sont décrits comme victimes potentielles plus ciblées : *"les patients n'osent peut-être pas nous répondre de la même façon qu'à la petite jeune."* Les médecins ne sont pas perçus comme étant là en renfort, et les cadres, s'il est dit *"qu'ils vont venir"*, il est aussi dit *"qu'ils ne vont pas pouvoir agir car ils ne sont pas sur place."*

La communication autour de faits de violence se fait entre soignants *"on en parle entre nous"* et *"on en parle aux cadres le lendemain"*. Ce qui confirme les dires des cadres.

De l'avis de l'agent, la prévention passe d'une part par plus d'information donnée au patient. *"Il faut que les médecins expliquent, que les infirmières expliquent, que les aides-soignantes expliquent"*, *"il n'y a pas assez d'informations médicales"*. D'autre part, la

prévention passe par d'autres conditions d'accueil. *"On aurait une structure d'accueil un peu plus étanche, un peu plus aménagée"*, *"les locaux, ça ne va pas du tout"*, *"l'agencement des locaux"*. *"Les gens, vous leur dites de ne pas entrer, ils font le tour, ils passent de l'autre côté"*. *"Ils fument à l'intérieur"*. *"Il n'y a pas de surveillance non plus"*, *"quand il y a du monde, il faut courir après"*. Les mauvaises conditions de travail sont cause d'un sentiment d'insécurité.

En **conclusion**, ce témoignage nous en apprend beaucoup sur les conditions de travail des agents d'accueil et sur les difficultés qu'ils rencontrent. La violence verbale est très présente à l'accueil. Elle est un facteur de stress supplémentaire dans le travail quotidien. Les conditions de travail et d'accueil rendent le travail difficile. Elles sont causes d'insatisfaction et d'insécurité permanente pour les personnes en poste. La gestion de la violence physique s'exerce en équipe. Elle est conditionnée par un appel. La procédure de prise en charge des patients violents est informelle sauf pour les patients atteints de troubles psychiatriques. Les médecins ne sont pas identifiés comme étant une ressource. Le rôle du cadre n'est pas souvent cité mais reste identifié comme une ressource.

5.3 Enquête dans le SAU N°2

5.3.1 Description de l'enquête

Cette enquête s'est déroulée du 6 au 27 mars dans un SAU situé dans Paris.

Ce SAU est un service d'accueil adulte qui réalise *"80 000 passages par an"*[96]. L'équipe paramédicale est composée d'une centaine de soignants, de trois secrétaires et de neuf agents d'accueil sous la responsabilité des sept cadres du service. Le service a intégré des locaux neufs en 2009. Avant même d'intégrer ces nouveaux locaux, un travail important de réflexion a été réalisé autour de la problématique de la violence des usagers à l'encontre des soignants.

Intégré au projet qualité du service, ce travail réalisé sur plusieurs années, et basé sur une méthode d'analyse des risques a abouti au déploiement d'un système de prévention de tout incident, de maîtrise et de réparation de l'évènement.

[96] Chiffre officiel sur le rapport d'activité 2012-2013 de 72 200 passages.

Cette donnée a motivé mon choix pour ce service.

Huit entretiens ont été effectués :

- cinq cadres
- trois agents d'accueil

Il est a noté que parmi les cinq cadres, deux ont un statut de *"faisant fonction de cadre"*. Mais cela n'a pas d'incidence sur l'enquête, compte tenu du fait que les activités menées au sein du service sont identiques.

Par ailleurs, j'ai rencontré la psychologue du service et le responsable de la sécurité de l'établissement afin d'avoir leur point de vue sur la question de la gestion de la violence dans le service. Le retour de ces entretiens a été mis en annexe car les informations apportées me semblent intéressantes comme complément d'informations.

5.3.2 Analyse de l'enquête

Le profil des personnes interrogées porte sur l'ancienneté dans le service et la fonction.

	Ancienneté dans le service	Ancienneté dans la fonction
Cadre 4	2 ½ ans	2 ½ ans
Cadre 5	1 ¾ ans	1 an
Cadre 6	7 ans	5 ½ ans
Cadre 7	23 ans de nuit	7 ans
Cadre 8	6 ans	6 ans
Agent d'accueil 1	3 ans ½ ans	
Agent d'accueil 2	6 ans	
Psychologue	1 an	

Là encore, nous pouvons constater que les personnes interrogées ont de l'expérience, soit dans la fonction, soit dans le service.

Analyse des entretiens avec les cadres de santé

L'analyse a été faite selon trois axes :

- la violence
- les mesures existantes
- le management pratiqué

La violence

Les cinq cadres ont reconnu qu'il y avait de la violence dans le service. Elles sont de deux types : violences verbales et violences physiques.

La fréquence est fonction du type de violence : la violence verbale est quotidienne pour les cinq cadres interrogés. La violence physique est décrite comme n'étant "pas si fréquente que ça", "rare, très rare" et surtout en régression "il y avait des violences physiques" "il y en a de moins en moins".

Trois types de personnes sont désignées comme étant à l'origine de violences : le patient psychiatrique, plutôt sur des violences physiques, le patient alcoolisé, cause de violences verbales et physiques et le patient ou les accompagnants qui vont s'adresser avec violence aux personnels présents : "des insultes vis-à-vis des agents d'accueil surtout".

L'origine de cette violence verbale selon l'ensemble des cadres est l'attente, à laquelle s'ajoute le manque d'informations : "L'attente aux urgences", "l'attente des personnes et le manque d'explications", "les accompagnants mécontents de l'attente", "ils ne comprennent pas pourquoi ils attendent".

L'attente aux urgences a ceci de particulier qu'elle est en lien avec une certaine inquiétude soulignée par un des cadres : "les personnes que l'on voit aux urgences, c'est pour eux une situation qui n'est pas prévu" aussi "il faut qu'ils soient tout de suite pris en charge".

Un lien est fait à plusieurs reprises entre la violence et un afflux de patients qui ne peut être absorbé aussitôt *"Si on a beaucoup d'activité, on sait que la violence va monter"*.

Les violences se manifestent par des insultes, des cris, des griffures et des coups de pied.

Tous les cadres ont un exemple de faits de violence auquel ils ont été associés. Les exemples sont très précis. (cf. annexe)

Trois cadres sur cinq évoquent une régression de la violence physique, aussi bien sur le nombre de faits que sur leur gravité. Ceux qui ont une ancienneté plus importante dans le service et donc un plus grand recul l'illustrent bien : *"En 91, on avait beaucoup plus de gens qui menaçait avec un couteau"*, *"vous ne saviez jamais s'il y en avait pas un derrière vous qui allait vous en décoller une"*.

L'évolution de la violence dans le service est positive. Un des cadres parle de *"violence stable"*, l'autre identifie une plus grande médiatisation du phénomène et un recours à la justice plus important, mais il propose de mettre en rapport la quantité de violences avec l'augmentation du nombre d'entrées de patients : *"avoir un ratio flux de patient rapporté à la violence"*. Finalement, le ressenti de l'ensemble des cadres est qu'il y a moins de violence, *"Des violences physiques, il y en a eu"*, *"on a beaucoup moins de faits" "j'ai l'impression qu'il y en a moins"*, qu'elles sont d'origine différentes *"j'ai connu l'époque où il y avait beaucoup plus de soucis avec les toxicomanes maintenant, ce qui est mis en avant c'est plutôt les patients qui attendent"*. Ils notent que des mesures ont été instaurées permettant d'en avoir le contrôle *"les nouvelles règles ont été plutôt bénéfiques"*, *"des mesures de prévention ont été mises en place, elles font en sorte que l'on puisse travailler de façon sereine dans le service"*.

L'impact de la violence sur les soignants et sur la prise en charge est clairement défini : la violence engendre sur les personnes soit un comportement inadapté avec l'activité de soigner (accueillir étant inclus dans le soin), soit carrément incompatible avec la poursuite de toute activité. *"Les violences verbales, c'est l'agacement"*, *"avec les violences physiques, parfois on est obligé de faire rentrer les agents chez eux" "L'agent est moins disponible, pouvant devenir à son tour violent"*, *"l'agent devient moins accueillant, il n'est pas courtois. Il peut ainsi créer de l'agressivité chez l'autre"*.

Cependant, ayant posé la question à deux des cadres, ceux-ci pensent qu'il n'y a pas de lien entre la violence et le "turn over" important des personnels dans le service d'accueil des urgences mais que la cause a un rapport avec le contexte même des services d'accueil des urgences.

Les mesures existantes

Dans la déclaration des faits de violence, trois types de déclarations sont nommés par les cadres :

- la déclaration d'événements indésirables sur le logiciel Osiris, interne à la structure.
- la déclaration d'accident du travail
- le dépôt de plainte auprès du commissariat

La déclaration d'événements indésirables est réalisée par les agents *"elle appartient aux agents", "on leur dit qu'il n'y a aucun problème pour qu'ils fassent des déclarations d'événements indésirables"*.

Toute violence physique donne lieu à une déclaration d'accident du travail. Ces déclarations sont bien suivies. En 2010, il y en a eu deux, et depuis aucune.

En plus des démarches obligatoires, les agents sont fortement incités à déposer plainte au commissariat, et pas uniquement pour les violences physiques. Ils peuvent être accompagnés par différentes personnes de l'institution : l'agent de sécurité, le cadre ou la direction.

Les violences verbales ne sont pas obligatoirement suivies de déclaration. *"Il faut déclarer les faits importants sinon on va banaliser le truc"*, *"les violences verbales, soit elles sont traitées et on en reste là, soit ça augmente et on appelle la sécurité et après la police"*. D'ailleurs, le service sécurité, lui, notifie toutes les interventions faites sur le service, et c'est un indicateur actuellement utilisé. Le dernier rapport montre, d'après un des cadres, une diminution du nombre d'interventions.

Au sujet de la politique de l'institution sur la prévention de la violence, les cadres désignent comme faisant partie de la politique de prise en charge de la violence au niveau de l'hôpital :

- les vigiles et un maître-chien pour l'ensemble de la structure
- Un vigile posté aux urgences en permanence dans un bureau jouxtant l'accueil

- La psychologue du travail, la médecine du travail

Une formation à la gestion de la violence, généralisée à l'ensemble des personnels de la structure serait en cours d'élaboration.

Au niveau du service, de nombreuses mesures ont été mises en œuvre. Pour commencer, "l'environnement est sécurisé", l'ouverture des portes nécessitent une clef électronique[97]. L'accès à la zone de soins est interdit à toute personne étrangère à l'activité sans accompagnement. Seuls les réanimateurs ont une dérogation (intervention en cas d'urgence vitale). Les patients sont donc accompagnés dans tous leurs déplacements.

Ensuite, il existe plusieurs moyens d'alerte : boutons d'alerte sonore et visuel dans chaque box et à l'accueil, interphone permettant de communiquer à tous les niveaux et de demander de l'aide ou des renforts. Le matériel qui dysfonctionne est aussitôt signalé pour être réparé au plus vite. A noter qu'il s'agit de tout le matériel, pas seulement celui lié à la sécurité. En effet, le matériel dégradé est facteur de violence.

Des règles de fonctionnement sont instituées, basées sur une politique de priorisation de la sécurité des personnes *"la politique du service veut qu'aucun personnel ne soit frappé, ne soit agressé physiquement."* Pour cela, *"si les patients veulent partir, ils partent". "S'il n'y a pas de raison médicale pour garder la personne, on ne s'interpose pas", "Il veut sortir, il sort, on a une procédure"* et *"S'il ne veut pas entendre raison, on passe par la police."*

Le circuit du patient se fait en *"marche avant"*, il ne *"retourne pas sur ses pas"* ainsi la circulation dans les couloirs est réduite parce que *"quand un patient se promène dans les urgences, c'est une source potentielle d'agressivité"*. Les couloirs sont vides, pas de matériel stockés et pas de patient en attente dans les couloirs *"zéro brancard"*.

Les prises de décisions médicales et paramédicales sont le plus rapides possibles et accompagnées de procédures ou de protocoles établis dans un but de sécurité et de qualité de la prise en charge. Les décisions sont prises *"en fonction de la situation"* et revisitées systématiquement, en équipe, quatre fois par jour lors des transmissions médicales et

[97] Clef dites "Salto"

paramédicales jointes. Deux indicateurs sont en place dans le service : le temps d'attente du patient à l'accueil, et le temps de prise en charge au total. *"La rapidité de prise en charge, ça aide dans la baisse de la violence"*.

Les consignes de gestion de la violence sont les suivantes : *"Un patient qui est violent, on ne s'interpose pas. Si on ne peut pas le soigner et qu'il n'a rien à faire aux urgences, on appelle la sécurité. S'il ne veut pas entendre raison, on passe par la police"*. Les consignes sont rigoureuses : *"Le chef de service a été très clair"* et diffusées *"On ne prend pas de risque avec les patients, s'ils sont violents, ce qu'on privilégie c'est la sécurité du personnel"*, ou bien *"Un patient qui a un problème médical, ça va être une mesure de contention avec sédation"*.

Ces consignes sont accompagnées de recommandations sur l'accueil des personnes consultantes, *"on dit de bien accueillir dès l'accueil"*. L'ensemble de l'équipe sera investie, les médecins, les cadres, les paramédicaux, les agents d'accueil, afin de donner des nouvelles aux familles qui restent en salle d'attente.

Une procédure d'alerte est diffusée à l'ensemble des agents qui commence par *"on appelle le cadre, et le service de sécurité si urgence"*. Le cadre vient aussitôt. *"On nous appelle souvent pour gérer des conflits en salle d'attente des accompagnants mécontents"*. L'implication et l'attention de tous est de mise : *"L'important est de ne pas laisser une situation perdurer"*. Parfois les soignants vont alerter sur un simple dysfonctionnement *"les soignants nous appellent, y a un tel qui se promène dans les couloirs, ça fait trois fois que je vais voir les médecins, ils n'ont toujours pas pris de décision"*.

Quand un évènement violent a eu lieu ou si une situation à risque est observée, il y aura la mise en œuvre d'un *"débriefing à chaud des personnes"* ou *"débriefing des situations à froid"*. Il s'agit *"d'éduquer les personnes, les sensibiliser"* et *"quand elles sont agressées, les accompagner dans les démarches"*.

Le management pratiqué

Les réponses apportées par les cadres à la question du rôle du cadre dans la gestion de la violence porte sur trois aspects :

La gestion du conflit

Tous les cadres interviennent dans la gestion de conflit avec les usagers et assument pleinement cette fonction. *"Le cadre appelle le commissariat"*, *"on nous appelle souvent pour gérer ces conflits en salle d'attente"*. En cas de situation problématique, les agents ont pour consigne de les appeler.

Le cadre est amené à *"temporiser les situations, temporiser les familles"* ou à *"calmer le patient"* voir le *"dissuader d'être violent"*. Les cadres seront sollicités pour *"résoudre les conflits, les prévenir"*. Il leur est demandé de prendre des *"décisions rapides et réfléchies"*. Cela signifie qu'il y a une présence permanente du cadre et qu'il sache *"écouter"*, *"apaiser"*, *"désamorcer"* et *"dédramatiser"*.

La prévention du risque

Le rôle du cadre sera également de prévenir la violence. *"Prévenir plutôt que guérir"*. Pour ce faire, il fera *"appliquer les protocoles"*, *"respecter les procédures"*. Il communiquera avec les familles pour *"favoriser l'information donnée aux familles"*, avec l'équipe médicale *"redire aux médecins"*. Il fera appel à sa vigilance. *"Repérer"* pour *"anticiper les situations à risque"*.

La gestion de l'équipe

Le rôle du cadre est important dans la gestion d'équipe. Celle-ci passe par la communication avec les équipes médicales et paramédicales. Il s'agit d'une part de soutenir les agents, en cas de soucis, et de *"vivre les événements avec les équipes"*. La connaissance des personnes est un élément avancé comme important. *"Pour savoir ce qui pourrait les sensibiliser"*. La gestion de l'équipe passe par la présence du cadre. *"Il est important d'être sur le terrain"*. Elle permet de rappeler les règles, d'adapter les effectifs et de transmettre son expérience.

La communication

La communication est l'élément le plus important cité par l'ensemble des cadres interrogés *"à part communiquer, je ne vois pas autre chose"*, *"communiquer est l'outil principal"*.

Il s'agit de favoriser la communication à tous les niveaux.

Elle est l'outil de gestion de la violence auprès des personnes agressives *"Avec quelqu'un de violent, on va discuter"*, *"Quelqu'un qui a peur, le fait de discuter, d'expliquer les choses, c'est juste suffisant"*.

Elle est utilisée pour donner l'alerte auprès du service de sécurité ou de la police mais aussi de l'institution. *"On appelle la direction pour prévenir qu'on a un gros afflux de patients"*, pour signifier une situation à risque.

Elle est utilisée auprès des personnes victimes de violence, à titre individuel pour réparer les faits de violence. *"Entrevue et débriefing"*, *"entretien annuel ou de recadrage"* ou pour en prévenir les effets négatifs *"sur la violence quotidienne, avec les agents, on en rediscute régulièrement"* ou *"on les incite à aller voir la psychologue"*.

Elle est utilisée pour la diffusion et le rappel des règles de fonctionnement du service : *"la répétition de tout ce qui a été dit et mis en place à certains moments"* qui touchent à la fois à la prise en charge des patients, et la diffusion des mesures de sécurité pour l'ensemble des personnes. Dans ce cas, elle est réalisée en réunion. Plusieurs fois par jour pour *"les transmissions qui sont importantes"* ou en réunions d'équipe paramédicale *"deux fois par trimestre"*. Un cadre indique également qu'une réunion de service a lieu *"une fois par an"* et des réunions d'encadrement *"une fois tous les deux mois"* entre les médecins et les cadres.

En **conclusion**, la violence dans le SAU est présente mais un réel progrès est noté sur la violence physique, pour laquelle la fréquence et le niveau de gravité sont significativement diminués. La violence verbale n'a pas disparu, mais elle est très vite contrôlée par une intervention auprès des personnes, intervention qui s'appuie sur le dialogue, l'apport d'explications, de l'agent d'accueil au cadre, en passant par le médecin. Au niveau du service, une démarche de prévention des risques a été mise en place. Basée sur une évaluation permanente des situations à risque, elle institue un fonctionnement du

service donnant priorité à la sécurité des personnes et à la qualité de la prise en charge des usagers. Les deux étant fortement corrélées. L'encadrement promeut l'application des règles et procédures auprès des équipes pluridisciplinaires, la solidarité et l'adhésion des personnes par la communication.

Analyse de l'entretien réalisé auprès des agents d'accueil

L'analyse de l'entretien des agents d'accueil a suivi deux axes :

- le ressenti au travail
- le ressenti de la violence

Leur ressenti au travail

La fonction décrite par les agents d'accueil consiste à enregistrer administrativement les personnes se présentant aux urgences et à renseigner les familles. Elles sont conscientes de l'importance de leur fonction *"On doit aller rapidement pour que l'infirmière puisse commencer à travailler", "Notre rôle est de rassurer. Les gens qui arrivent sont affolés […] on est là pour les accueillir en étant aimable et souriant"*.

Le ressenti dans la fonction pour les deux agents est positif et ils se disent satisfaits de leur travail.

Le stress est présent, pour les deux agents mais il est plutôt bien vécu. Un agent parle de travail stressant mais déclare ne pas être stressé, l'autre exprime le stress d'être seul à devoir gérer plusieurs activités.

L'équipe est un soutien pour les deux personnes, relativisé par le fait que *"ça dépend de l'équipe"*, pour l'une d'elle. Les cadres sont nommés par les deux personnes comme étant un véritable soutien *"On se sent vraiment soutenus"*.

L'ambiance est décrite comme étant bonne par les deux personnes. Les agents parlent d'une *"équipe soudée"*, de *"travailler ensemble"*. Cette ambiance s'est améliorée depuis que les agents ont intégré l'équipe soignante. *"Avant, l'accueil ne faisait pas partie des urgences […] le fait d'être passé aux urgences […] et bien je pense que cela a soudé l'équipe"*

Leur ressenti de la violence

La violence verbale est la violence rencontrée par les agents d'accueil. Elle se manifeste par des insultes de la part des patients et *"surtout"* des familles ou accompagnants.

Après avoir subi des violences verbales, et s'être contenu devant les usagers, le besoin de s'exprimer de diverses façons : *"La photocopieuse entend les gros mots que j'ai envie de dire. Je parle toute seule en fait"*, avec les collègues ou encore avec la psychologue du service *"il m'est arrivé de parler avec elle"*.

Un agent d'accueil qui a été témoin de violences raconte avoir eu *"la peur de sa vie"*. Des rencontres, animées par la cadre et la psychologue du service, avec les autres professionnels présents lors de ces faits, lui ont permis de s'apercevoir que *"bien que nous ayons des métiers différents, des fonctions différentes, nous avons tous eu peur."*

La procédure d'alerte en cas de violence passe généralement par *"un appel à la sécurité et aux cadres"*. Dans le cas des patients psychiatriques, l'agent se réfère à une procédure spécifique.

Le service sécurité ainsi que les systèmes d'alarme et la procédure d'alerte de la police sont nommés par un agent d'accueil dans la politique de prise en charge de la violence au niveau de l'institution.

La manière de communiquer au niveau de l'accueil est pour les deux agents un élément important dans le fonctionnement du service pour prévenir la violence.

La prévention de la violence passe pour les deux agents d'accueil par le sourire et la communication.

En **conclusion**, les agents d'accueil connaissent leur rôle et l'importance de leur travail. Ils ont une approche positive de leur travail. Ils savent pouvoir d'une part, contribuer à améliorer les situations de violence, d'autre part, s'appuyer sur l'encadrement et les collègues.

5.4 Limites et points forts de l’enquête

Ces enquêtes ont été très enrichissantes. Elles ont permis de mettre en lien la théorie avec des approches de terrain très différentes et de m'approprier des points essentiels dans la prévention et la gestion des risques de violence.

Par ailleurs, mon expérience m'a permis d'être très à l'aise dans la réalisation de l'enquête. Aller à la rencontre des différentes personnes, m'entretenir avec chacune d'elles a été un réel plaisir. Cependant, la méthode des entretiens, nouvelle pour moi, a représenté un exercice qu'il m'a fallu apprendre à maîtriser. Comme cadrer les interviews, rebondir sur les propos tenus pour en tirer des données pertinentes. En effet, je n'ai pas toujours pu suivre la trame initiale de l'entretien.

Enfin, il m'a fallu organiser avec rigueur mon travail, compte-tenu de la quantité des données recueillies.

5.5 Synthèse

L'enquête a porté sur deux SAU de nature différente, par leur taille, leurs locaux, l'environnement géographique et la typologie des usagers. Mais surtout la plus grande différence du point de vue de notre étude, repose sur le fait que le SAU 1 n'a pas de prise en compte spécifique de la violence, alors que le SAU 2 a déployé une organisation permettant d'intégrer la sécurité des personnes et la qualité de la prise en charge des usagers.

L'enquête a mis en évidence l'importance de l'approche collective dans le traitement de la violence. Le rôle du cadre d'une structure à l'autre n'est pas identique. Dans l'une, le traitement se fait au cas par cas, sans action en amont, ni au niveau de l'équipe. Dans l'autre, l'approche est globale, elle tend à réaliser un travail au niveau des pratiques, et de leur respect. Le rôle du cadre est à la fois d'agir sur la gestion du risque et également sur le travail de l'équipe.

Dans le SAU N°1, le rôle du cadre est axé sur la réparation de l'accident. Il n'intervient généralement pas pendant l'évènement sauf sur appel du personnel. L'action du cadre est de l'ordre du curatif, le problème de la violence est considéré sous un angle individuel et peu en rapport avec des pratiques collectives.

Dans le SAU N°2, la démarche d'analyse des risques a été faite en amont et est complète. Ici, le cadre est dans la réalisation des actions de réduction du risque, par exemple en portant une attention particulière à l'état du matériel, ou en portant une attention constante à l'attitude adoptée par les soignants. Je n'ai pas spécifiquement analysé comment les cadres ont participé à la mise en place de la démarche de gestion des risques, je me suis focalisée sur l'existant et le constat est que le management du risque est à la base des actions des cadres du service. Les résultats montrent à la fois une diminution des faits de violence, objectivés sur les violences physiques, et un ressenti où la violence est considérée comme un phénomène maitrisable. Dans le premier SAU, la violence est plutôt ressentie comme quelque chose d'inévitable, qui est subie et est de ce fait un plus grand facteur de risque psychosocial.

Dans le SAU N°2, le rôle du cadre en tant que régulateur et facilitateur a largement été mis en évidence. Par sa présence, le cadre intervient sur les conflits, il rappelle constamment les règles de fonctionnement au personnel et aux usagers, il soutient les personnes en leur apportant des explications et des conseils. Ce qui permet un travail d'équipe cohérent avec des objectifs et des valeurs connus et appliqués de tous. Ces éléments correspondent aux paramètres décrits par la dynamique de groupe, favorisant la cohésion d'équipe.

Toujours dans le SAU N°2, la communication est au cœur du fonctionnement du service et le cadre porte la responsabilité de sa promotion et de sa mise en œuvre. Aussi bien individuelle que collective, elle permet à la fois de faire fonctionner l'organisation, d'évacuer les tensions et de se concentrer sur le travail.

L'ensemble de ces éléments permet de valider l'hypothèse selon laquelle le traitement de la violence des usagers à l'encontre des soignants nécessite de la part du cadre la mise en place d'un management du risque associé à un management d'équipe basé sur la dynamique de groupe et la communication.

Cependant pour relativiser ce résultat, j'ajouterai que l'enquête montre en creux, l'importance de l'implication de l'institution et que la réussite d'un tel projet est subordonnée aux moyens alloués au service au regard de l'ampleur du problème et de la taille de la structure. Ce qui revient à dire que pour le cadre la mise en œuvre de ces outils est nécessaire mais peut ne pas être suffisante.

6 CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche était l'occasion d'aborder le thème de la violence des usagers à l'encontre des soignants et d'étudier les moyens d'actions accessibles au cadre de santé pour agir sur ce phénomène. Il m'importait de traiter ce sujet compte tenu d'expériences de ma vie professionnelle passée et dans la perspective de mon travail futur.

Tout au long de ce travail, nous avons vu que la violence était une atteinte à l'intégrité de la personne. Si l'atteinte physique est visible, l'atteinte psychique peut être perçue inégalement selon les personnes, passer inaperçue ou avoir des conséquences collatérales. Parallèlement, il existe deux types de violence : physique et verbale.

Pour les soignants, la violence est un risque professionnel imprévisible et pour laquelle une capacité de maîtrise est indispensable. Le risque professionnel relève par délégation de la responsabilité du cadre de santé. Pour aborder ses moyens d'action, l'approche a consisté à s'appuyer sur un outil connu à l'hôpital, celui de la gestion des risques. Les actions en réduction de risque issu de l'analyse nécessitent un travail en équipe.

La violence, par le stress qu'elle engendre, est un facteur de risque psychosocial. Les études sur les risques psychosociaux indiquent que la réponse à apporter doit être collective.

L'approche sous ces deux angles nous a conduits au traitement de la violence par le collectif et la question a été alors de savoir comment le cadre pouvait le créer. Le management d'équipe s'appuyant sur les concepts de dynamique de groupe associé à la communication a été l'outil abordé dans ce travail.

L'enquête de terrain a mis en évidence l'importance de la mise en place du management du risque et permis de constater qu'une fois celui-ci intégré, le fonctionnement de l'organisation et la prise en charge des usagers s'appuient effectivement sur le management de l'équipe. L'enquête a également permis d'identifier le rôle du cadre et l'importance de son implication dans la prise en compte du phénomène de violence des

usagers vis-à-vis des soignants. Sa présence est indispensable au bon déroulement de l'organisation.

Ce travail de recherche me permet d'appréhender ma nouvelle fonction avec une certaine lucidité vis-à-vis de la violence à l'hôpital. Ma conviction est que le cadre dispose avec son équipe d'une véritable force d'actions.

J'ai conscience que cette initiation à la recherche ne traite qu'une infime partie du sujet. Elle m'a toutefois offert l'opportunité d'une découverte méthodologique. J'ai pu ainsi mesurer toute la rigueur qu'impose une enquête.

Nous avons abordé la dynamique de groupe dans sa théorie et non sous un angle applicatif. Les différentes méthodes issues de la dynamique de groupe existantes aujourd'hui pourraient faire l'objet d'un autre travail. Elle permettrait de développer le rôle du cadre en tant qu'animateur de façon plus approfondie.

7 BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Alain Blanchet, Alain Trognon, *La psychologie des groupes*, 2ème édition Armand Colin, 2008. 177 pages.

Alain Blanchet, Anne Gotman, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien,* 2ème édition Armand Colin, 2013. 115 pages.

Bernard E. Gbézo, *Les soignants face à la violence*, 2ème édition Lamarre, 2011. 225 pages.

Christophe Dejours, *Conjurer la violence, Travail, violence et santé*, Editions Payot et Rivages, 2007. 303 pages.

Didier Anzieu, Jacques-Yves Martin, *La dynamique des groupes restreints*, 2ème édition Quadrige, 2013. 356 pages.

Emmanuel Abord de Chatillon, Olivier Bachelard, Stéphane Carpentier, *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Editions Magnard-Vuibert, 2012. 367 pages.

Henry Mintzberg, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 2ème édition Groupe Eyrolles, 2006. 213 pages.

Ivan Sainsaulieu, *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Edition L'Harmattan, 2003. 221 pages.

Jean–Claude Abric, *Psychologie de la communication, théories et méthodes*, 3ème édition Armand Colin, 2013. 176 pages.

Jean Maisonneuve, *La dynamique des groupes*, 16ème édition Presses Universitaires de France, 2011. 124 pages.

Jean Marie Aubry, *Dynamique des groupes*, 3ème édition Les éditions de l'homme, 2005. 143 pages.

Laurent Mucchielli, *L'invention de la violence, des peurs, des chiffres, des faits*, Librairie Fayard, 2011. 333 pages.

Le succès en poche, *Vous avez dit Risques Psychosociaux*, Edition Les éditions Demos, 2012. 60 pages.

Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy, *Manuel de recherches en sciences sociales*, 4ème édition Dunod, 2013. 256 pages.

Marie-Ange Coudray, *Le cadre soignant en éveil*, 2ème éditions Seli Arslan SA, 2006. 215 pages.

Norbert Elias, *La civilisation des mœurs*, 2ème édition Pocket, 2013. 449 pages.

Pierre Cauvin, *La cohésion des équipes*, 7ème édition ESF éditeur, 2012. 219 pages.

Richard Wilkinson, *L'égalité, c'est la santé*, Editions Demopolis, 2010. 249 pages.

Robert-Vincent Joule, Jean-Léon Beauvois, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Edition Presses Universitaires de Grenoble, 2002. 253 pages.

Roger Mucchielli, *La dynamique des groupes*, 22ème édition ESF éditeur, 2012. 233 pages.

Roger Mucchielli, *Le travail en équipe*, 14ème édition 2013 ESF éditeur, 2013. 201 pages.

Sigmund Freud, *Psychologie des foules et analyse du moi*, Editions Payot et Rivages, 2012. 123 pages.

Walter Hesbeen, *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin*, Editions Eselvier Masson SAS, 2011. 152 pages.

Yves Michaud, *La violence*, 7ème édition Presses Universitaires de France, 2012. 126 pages.

Yves Clot, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Editions La Découverte, 2010. 187 pages.

Revues

JR Bitaud, Luce Legendre, JP Lebrun, et al. Dossier : *Ressources Humaines, Innovations et développement durable*, Gestions hospitalières N°524, mars 2013. 139-188 pages.

Bénédicte Haubold, Marc Pruski, Jean-François Popielski, Dossier : *Les risques psychosociaux*, Soins cadres n°77, février 2011. P. 17 à 45.

Sonia Bal, *Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé*, Soins cadres n°79, août 2011. P. 43 à 47.

Michel Geoffroy, Philippe Svandra, Francis Mangeonjean, Dossier : *La violence à l'hôpital*, Soins cadres n° 84, novembre 2012. P 13 à 35.

Gilles Devers, *Violences contre le personnel hospitalier*, Objectifs soins n° 207, juin juillet 2012. P. 15 à 18.

Xavier Molénat, *Une société plus allergique à la violence ?*, Sciences Humaines n° 204, mai 2009. P 10.

Laurent Mucchielli, Martine Fournier, Catherine Blaya, Dossier : *Violence, les paradoxes d'un monde pacifié*, Sciences Humaines N° 247 Spécial, avril 2013. P.33 à 59.

Mémoires

Desmasure Damien, Le cadre humaniste, un magnétiseur à la conquête de l'efficience, Diplôme cadre de santé, Ecole Supérieur Montsouris, 2011-2012.

Houel Hervé, La gestion de la violence dans un service d'entrée en psychiatrie, Diplôme cadre de santé, Ecole Supérieur Montsouris, 1999-2000.

Nordey Sonia, Accompagner et construire : Du changement à une identité d'équipe, Diplôme cadre de santé, Ecole Supérieur Montsouris, 2011-2012.

Christelle Bigot, *Le cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel soignant en E.H.P.A.D.*, Diplôme cadre de santé, Ecole Supérieur Montsouris, 2011-2012. 84 pages.

Armbrust Marie, Management et cohésion d'une équipe multi-générationnelle par le transfert des savoirs et des compétences, Diplôme cadre de santé, Croix Rouge Française, session 2013. 88 pages.

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel, JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150 texte n° 5. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339&dateTexte=&categorieLien=id

Code pénal, Version consolidée au 27 mars 2014, Art. 59, 60 et 64. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719

Circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 (non paru aux JO ni BO). Disponible sur : http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Circulaire-DH-8A-PK-CT-no-00030-du.html (2013-05-18)

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF n°193 du 20 août 1995 page 12469. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id

Ministère de l'emploi et de la solidarité, **Circulaire n° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000** relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. NOR : MESH0030568C (non paru au journal officiel). Disponible sur : https://www.google.fr/#q=Circulaire+DHOS%2FP1%2F2005%2F327+du+11+juillet+2005+

Ministère de l'emploi et de la solidarité, **Circulaire DHOS/P 1 no 2005-327 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 NOR : SANH0530314C. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080023.htm

Protocole d'accord du 10 juin 2010 entre le ministre de la santé, le ministre de l'intérieur et le ministre d'Etat. (Modifie et complète celui du 12 août 2005). Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Protocole_d_accord_sur_l_amelioration_de_la_securite_dans_les_ES_10_06_2010.pdf

Protocole d'accord du 24 février 2014 entre l'AP-HP, la préfecture de Police de Paris et le Parquet de Paris. Disponible sur : http://presse.aphp.fr/securite-a-lhopital-signature-dun-protocole-daccord-entre-lap-hp-la-prefecture-de-police-de-paris-le-parquet-de-paris/

Documents

Actes du séminaire, *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé*, 21 octobre 2010, La Plaine Saint Denis. Haute Autorité de Santé. 48 pages.

Rachel FERRARI, *Rapport Annuel 2012* Ministère des affaires Sociales et de la Santé, 46 pages.

Chantal de Singly, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, 11 septembre 2009.

François Beck, Catherine Cavalin, Florence Maillochon, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Rapport Violences et santé*, Collection études et statistiques, La Documentation Française, Paris 2010.

8 WEBOGRAPHIE

www.sante.gouv.fr/onvs

http://violence-hopital.fr/

http://www.cclinparisnord.org

http://sergecar.perso.neuf.fr/cours/violenc2.htm, consulté le 22 décembre 2013.

http://www.planetoscope.com/Criminalite/1201-nombre-de-meurtres-homicides-commis-en-france.html, consulté le 22 décembre 2013.

http://www.ted.com/talks/lang/fr/steven_pinker_on_the_myth_of_violence.html, consulté le 22 décembre 2013.

http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/, consulté le 28 décembre 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661166/fr/qu-est-ce-qu-une-demarche-de-gestion-des-risques?xtmc=&xtcr=3, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante?xtmc=&xtcr=1, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1295717/fr/programme-de-gestion-des-risques-en-equipe-et-developpement-professionnel-continu-dpc?xtmc=&xtcr=9, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990782/fr/expertises-et-experiences, consulté le 02 mars 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe, consulté le 02 mars 2014.

http://www.cclinparisnord.org/REGION/HTN/050412/N10-VA.pdf

http://www.sante.gouv.fr/le-bilan-de-l-observatoire-national-des-violences-hospitalieres-pour-l-annee-2008.html, consulté le 30 décembre 2013.

http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html, consulté le 30 décembre 2013.

http://www.sante.gouv.fr/les-schemas-regionaux-d-organisation-des-soins-sros.html, consulté le 26 décembre 2013.

http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/hygiene/quand-burn-out-rime-avec-infections-nosocomiales.html, consulté le 15 décembre 2013.

http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiques,2322/violences-envers-les,16110.html, consulté le 02 décembre 2013.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106569&ordre=null&nature=null&g=ls, consulté le 29 novembre 2013.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Dynamique_de_groupe, consulté le 11 novembre 2013.

http://www.franceinter.fr/depeche-les-urgentistes-tirent-la-sonnette-dalarme, consulté le 01 novembre 2013.

9 RADIOGRAPHIE

Emission du 9 avril 2012 - Le téléphone sonne. – "Les violences contre les médecins, un phénomène qui reste élevé".

http://www.franceinter.fr/emission-le-telephone-sonne-pierre-weill-les-violences-contre-les-medecins-un-phenomene-qui-est-rest

Emission du 16 mars 2013 - Carnet de santé – "Les violences à l'hôpital" suite aux 2 agressions de soignants dans l'hôpital Nord de Marseille.

http://www.franceinter.fr/emission-carnet-de-sante-les-violences-a-l-hopital

Emission du 4 septembre 2013 – Le téléphone sonne – "Les violences à l'hôpital".http://www.franceinter.fr/emission-le-telephone-sonne-les-violences-a-lhopital

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : EXTRAITS D’ARTICLES DE PRESSE

ANNEXE 2 : EXTRAIT JURISPRUDENCE : OBLIGATION DE SECURITE DE L'EMPLOYEUR

ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE CADRES

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE AGENTS D'ACCUEIL.

ANNEXE 5 : SYNTHESE RENCONTRE PSYCHOLOGUE, SAU N°2.

ANNEXE 6 : SYNTHESE RENCONTRE RESPONSABLE DU SERVICE SECURITE, SAU N°2.

ANNEXE 7 : CITATIONS.

ANNEXE 1 : Extraits d'articles de presse

Les personnels des services des urgences marseillais mènent une grève pour protester contre l'insécurité

Article paru dans l'édition du 15.09.99. Le Monde.

Leur mouvement, déclenché après deux agressions, réclame une présence policière permanente

Les personnels des services des urgences des trois grands hôpitaux marseillais sont en grève depuis dix jours. Ils réclament une amélioration de la sécurité et une augmentation des effectifs dans leurs services, après deux agressions survenues début septembre dans deux hôpitaux. Ils estiment qu'une présence policière est nécessaire vingt-quatre heure sur vingt-quatre pour faire face aux risques liés à la saturation des services.

Le patient impatient s'en prend à l'infirmière

9 décembre 2009

Une infirmière du service des urgences de Bodélio a été agressée par un patient dans la nuit de lundi à mardi. Vers 0h45, le SDF, âgé de 33 ans, n'a pas hésité à lui lancer un flacon au visage. La jeune femme a été très légèrement blessée. Le patient irascible a été rapidement interpellé. Il a expliqué son geste de colère par un temps d'attente trop long aux urgences. Laissé en liberté à l'issue de sa garde à vue, il comparaîtra prochainement devant le tribunal correctionnel pour violences volontaires.

Vendredi 14 janvier 2011, à 20h30, alors qu'elle terminait ses visites à domicile à la résidence de l'Aygues à Orange, une infirmière libérale a subi de graves violences parce qu'elle refusait de donner les clefs de son véhicule professionnel à son agresseur qui l'avait repérée et qui l'attendait sur le parking.

Un médecin poignardé dans un hôpital de Créteil

- Publié le 23/02/2011 à 08:45
  Le gastro-entérologue, âgé de 63 ans, a reçu trois coups de couteau à l'arrière du crâne et au visage. Mais ses jours ne sont pas en danger. Son agresseur, une femme en blouse blanche, a pris la fuite.
  C'est toujours l'incompréhension qui règne dans les couloirs de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil (Val-de-Marne), au lendemain de la violente agression d'un médecin par une femme.

Le personnel urgentiste d'un hôpital de Grenoble attaqué

- Home ACTUALITE Société
- Par Gary Assouline
- Mis à jour le 02/05/2012 à 14:58
  Un médecin urgentiste et deux aides-soignants ont été blessés par les malfrats.
  Crédits photo : GAIZKA IROZ/AFP
  Plusieurs individus, désireux de venger une patiente mécontente de sa prise en charge, ont fait brutalement irruption, dimanche, au CHU de la ville. Un médecin a violemment été frappé à la tête.

Une infirmière agressée par un patient

- Publié le samedi 27 août 2011 à 10H00 - **Vu 950 fois**

  À défaut d'avoir son médicament, un patient a passé ses nerfs sur une infirmière du centre hospitalier de Château-Thierry. Hier, vers 16 heures, l'homme, âgé d'une trentaine d'années et résidant du foyer d'Essômes-sur-Marne, s'est présenté au service des urgences de l'établissement de soins.

  Arrivé au niveau du bureau de l'accueil, il sollicite l'infirmière qui se trouve assise derrière le pupitre pour un renouvellement d'ordonnance. D'après nos informations, il s'agirait d'un produit de substitution à l'héroïne. L'infirmière lui annonce que la démarche ne peut être accomplie sur le champ.

  L'homme perd le contrôle et arrache un distributeur de solution hydroalcoolique (pour se laver les mains) situé à proximité. La victime a tout juste le temps de détourner la tête. Elle évite de recevoir ainsi le projectile en pleine face. La pauvre femme a été légèrement blessée à l'arcade sourcilière.

  L'agresseur a été quant à lui interpellé dans les minutes qui ont suivi par les policiers. Hier soir, il était toujours en garde à vue.

Agression dans une clinique marseillaise

24/07/2012 Mise à jour le 24/07/2012 à 9:37

Une anesthésiste et une infirmière de la clinique Bouchard à Marseille ont été violemment agressées samedi 21/06/2012. L'anesthésiste avait seulement rappelé le règlement intérieur à deux visiteurs. Samedi dernier, à la mi-journée trois personnes sont au chevet d'un patient, alors que le nombre de visiteurs est limité à deux.

La psychothérapeute violée et étranglée mercredi 29 août 2012

dans son cabinet à Paris par l'un de ses patients est décédée samedi 1er septembre, selon une source judiciaire.

Nouvelle agression d'un infirmier libéral à Maubeuge

Presque trois mois après un car-jacking dont a été victime une infirmière libérale dans le quartier des Provinces Françaises, en plein jour, c'est un autre confrère qui a été agressé.

En fin de journée, dimanche 17 février 2013, une vingtaine d'individus auraient bloqué le passage de l'infirmier libéral, rue des Usines, dans le quartier de Sous-le-Bois, alors qu'il venait de prodiguer des soins à l'un de ses patients. Après avoir essayé de dialoguer avec l'un d'eux, il a été violemment pris à partie avec des jets de bouteilles et de briques, des coups de pied dans les portières et des insultes.

En faisant de multiples manœuvres, l'infirmier a réussi à s'extirper de ce traquenard. Il a déposé une plainte au commissariat de police de Maubeuge le lendemain.

Marseille: les violences se banalisent à l'hôpital Nord

Judith Duportail - le 05/03/2013

La direction de l'hôpital Nord de Marseille a porté plainte après qu'un patient a menacé de mort un médecin et qu'un homme a cassé une porte à coups de poing. Deux frères ont été interpellés.

Des insultes tous les jours, et des altercations nécessitant l'intervention de la police «au moins» deux fois par mois. «La violence envers les soignants est de plus en plus fréquente», explique Philippe Jean, le chef du service des urgences de l'hôpital Nord de Marseille, au *Figaro*. «Les familles et les accompagnants des malades ne supportent plus d'attendre, veulent tout, tout de suite.» Pas plus tard que dimanche, un homme mécontent qu'on refuse de lui délivrer un certificat médical a menacé de mort et de représailles «avec une kalachnikov» le médecin qui l'avait reçu. Lundi, vers 5 heures un homme blessé avec son frère dans un accident de circulation, qui ne supportait pas d'attendre, a cassé une porte à coups de poing.

osted On 02 mai 2013
By : Gaïa

Le 27 novembre, une infirmière était violemment agressée dans le quartier des Provinces-françaises, à Maubeuge. L'affaire avait fait grand bruit. Depuis, ses collègues refusaient de s'aventurer là-bas et les contrôles de police avaient été renforcés. Ce lundi, trois personnes ont été interpellées. Dont deux mineurs.

Narbonne : un homme de 34 ans violente et insulte une infirmière des urgences

Le 10 juin 2013 à 17h52

Les faits se sont produits dimanche à 19 h 45 aux urgences du centre hospitalier de Narbonne, où un Héraultais de 34 ans avait été admis suite à une légère coupure à une main. Pour une raison qui reste à déterminer, l'homme s'est violemment emporté contre une infirmière : il l'a insultée avant de la tirer par les cheveux. Un cadre infirmier, venu en aide à la victime, a essuyé à son tour insultes et menaces de morts... et il en fut de même pour les policiers envoyés sur place.

Une infirmière agressée verbalement par un détenu

Le 15 Août 2013 03H30 Posté par : La Rédaction

Une infirmière de l'hôpital de Clermont a été agressée verbalement, avant-hier dans la matinée par un détenu de la prison de Liancourt. Le même jour, l'homme a été jugé pour son délit, ainsi que pour une autre agression, d'une surveillante pénitentiaire cette fois. Ce dernier fait s'était déroulé le 1er août. Le détenu agressif a été condamné à un an de prison ferme avec mandat de dépôt.

Agression d'un infirmier dans un hôpital de Marseille: «Tous les jours on subit des violences verbales»

Publié le 19 août 2013.

Agression à l'hôpital de Bourgoin-Jallieu: le personnel demande un "maximum d'écoute"

L'agression d'une infirmière des urgences de l'hôpital Pierre-Oudot, dimanche 25 août 2013, relance le débat sur la sécurité du personnel médical. Dimanche un homme en état d'ébriété a menacé l'infirmière d'accueil avec un couteau, manquant blesser également un agent de sécurité.

«Les infirmières ne travaillent pas pour ramasser des coups»

Publié le 29/08/2013 à 07:39

Une infirmière a été agressée, mardi soir, au CHU de Rangueil, à Toulouse, après une altercation avec un groupe de jeunes gens. Choquée par ces violences, une de ses collègues témoigne pour dénoncer «un climat d'insécurité» dans les urgences des hôpitaux.

Une infirmière agressée samedi par un patient

Publié le 02/09/2013

Dans la nuit de vendredi à samedi, vers 2 h 30, une infirmière du centre hospitalier de Valenciennes a été frappée par un patient admis aux urgences alors qu'elle le prenait en charge.

Une infirmière violemment agressée dans une UMD

Le soir du 31 décembre 2013, un patient de l'Unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Cadillac (Gironde), connu pour son caractère dangereux, a violemment agressé une infirmière de 52 ans avec une carafe en métal, la frappant à de nombreuses reprises.

ANNEXE 2 : Extrait jurisprudence : obligation de sécurité de l'employeur

Décisions de la Cour de cassation au sujet de l'obligation de sécurité

Obligation de sécurité de résultat et sentiment d'insécurité.

Cass.soc, 6 octobre 2010, n° 08-45.609

La Cour de cassation considère que le « sentiment d'insécurité » ressenti par le salarié sur son lieu de travail peut engager la responsabilité de l'employeur alors même que ce dernier a pris plusieurs mesures. Pour la Cour de cassation, cela constitue en effet un manquement à son obligation de sécurité de résultat.

Rappel : l'obligation de sécurité est une obligation de résultat et le simple fait de ne pas arriver à ce résultat « assurer la sécurité des travailleurs sur leurs lieux de travail » suffit à engager la responsabilité de l'employeur.

L'absence de faute de la part de l'employeur ne peut l'exonérer de sa responsabilité.

Obligation de sécurité de résultat et obligation générale de prévention

Cass soc, 30 novembre 2010, n°08-70.390

Le manquement de l'employeur à son obligation générale de prévention (article L 4121-1 du Code du travail) suffit à engager sa responsabilité. En dehors de tout accident du travail ou de toute maladie professionnelle, le fait d'exposer un salarié à un risque identifié, sans prendre les mesures de prévention qui s'imposent, constitue un manquement de l'employeur a son obligation de sécurité de résultat.

En l'espèce, l'employeur n'avait pas respecté une obligation établie à partir des préconisations du médecin du travail, à savoir le port d'un masque afin d'éviter l'inhalation de poussières de métaux durs susceptibles de causer des affections pulmonaires. Pour la Cour de cassation, « la seule circonstance qu'un tel masque n'ait pas été fourni dès le début de la mission constituait un manquement de l'entreprise utilisatrice à son obligation de sécurité de résultat causant nécessairement un préjudice au salarié ».

ANNEXE 3: Questionnaire cadres

Date /Interview n°

Service/Fonction - Ancienneté dans la fonction/Ancienneté dans le service

La violence

Avez-vous constatés des faits de violence des usagers à l'égard des soignants dans votre service ? Oui/Non Quels types de violence ? A quelle fréquence ? Evaluation du niveau de violence ? Comment vous évaluez les impacts sur le service ? Sur la qualité des soins ? Evènements indésirables ? Niveau de gravité ? Arrêt de travail, physique, psychologie ?

Quelle est l'évolution de la violence dans votre service ?

A quand remonte le dernier acte de violence dans le service ? Que s'est-il passé ? Comment l'équipe a-t-elle réagit ? D.E.I. réalisé ? Comment avez-vous agit en tant que cadre du service ? Qu'avez-vous entrepris ? Réaction institutionnelle ?

Avez-vous une politique de prise en charge de la violence au niveau de l'hôpital ? Aujourd'hui Quoi Depuis quand ? Par qui ?

Avez-vous une procédure dans le service quand survient un phénomène de violence ?

L'équipe soignante

Avez-vous une communication particulière vers l'équipe après un fait de violence ? Réunion, Si oui, à quelle fréquence ? à quelle occasion ? Ecrits, Individuellement, De manière formelle/informelle ? La dernière réunion ? Quand ? Pourquoi ? Comment ? Avec qui ?

D'après vous, sur quoi repose la prévention de la violence au niveau de l'équipe ?

Quel est le rôle du cadre dans la gestion de la violence ? Qu'est-ce qui vous parait le plus important ?

Quels sont vos outils de management (qui vous paraisse adaptés/efficaces) pour accompagner l'équipe/amener l'équipe à un niveau satisfaisant pour prévenir la violence ?

ANNEXE 4 : Questionnaire agents d'accueil.

Date /Interview n°

Ressenti au travail

Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences?

Quelle est votre fonction? Comment vous sentez vous dans votre fonction? Pourquoi? En quoi consiste votre travail?

Etes-vous satisfait de votre travail? Pourquoi?

Etes-vous stressé par votre travail? Pourquoi?

Est-ce que vous vous sentez soutenu dans votre travail quotidien? Par vos collègues? Par votre hiérarchie? Par l'organisation? Comment?

Comment qualifieriez-vous l'ambiance dans votre équipe? Est-ce que vous avez l'occasion d'échanger en équipe? Est-ce qu'il y a des réunions organisées au sein du service?

Violence au travail

Estimez-vous subir de la violence dans votre travail? Quels types de violence? A quelle fréquence?

Avez- vous déjà eu affaire à de la violence physique? En tant que témoin? En tant que victime? Comment cela s'est-il passé?

Comment communiquez-vous sur les faits de violence? Au sein du service? Avec vos collègues? Avec votre hiérarchie? A l'extérieur?

Avez-vous une procédure pour la prise en charge de la violence? Procédure écrite? Orale? Quelle est-elle?

Quelle est la politique de prise en charge de la violence au niveau de l'institution?

Selon vous, qu'est ce qui est important dans le fonctionnement du service concernant la prévention de la violence?

Par quoi passe la prévention de la violence?

ANNEXE 5 : Synthèse rencontre psychologue, SAU N°2.

Retour de l'entretien réalisé auprès de la psychologue :

La psychologue du service d'accueil des urgences est spécialisée en psycho-traumatisme et c'est pour cela qu'elle a intégré l'équipe de soins du SAU. Elle a pour mission principale d'évaluer et de prendre en charge les patients qui ont été victimes d'un traumatisme tel que les A.V.P., les violences conjugales….

Dans le cadre de sa mission, il lui a été demandé d'organiser, à la demande de l'encadrement et du chef de service, des sessions de formation sur la violence auprès des agents d'accueil, particulièrement exposée à la violence des patients. Le travail a débuté en septembre 2013, il a été prévu en deux parties. Une première portant sur des apports théoriques, la seconde constituée de jeux de rôle. Aujourd'hui, seule la première partie a été réalisée. En effet, la psychologue rencontre des difficultés d'ordre logistique, organisationnel mais surtout des résistances très importantes de la part de certains agents d'accueil. Le bénéfice de cette formation ne peut encore être évalué.

ANNEXE 6 : Synthèse rencontre responsable du service sécurité, SAU N°2.

Retour de l'entretien réalisé auprès du responsable de la sécurité :

Le 25 mars 2014, je me suis entretenue avec le responsable du service de sécurité anti malveillance de l'hôpital. Il m'a expliqué le fonctionnement rapide de son service et les grandes missions sur l'établissement. Je ne relaterai que ce qui concerne le SAU. Il m'a ainsi confirmé les différentes données déjà réunies et les a complétées. Un vigile est bien posté aux urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute l'année.

Deux interventions ont eu lieu dans le S.A.U depuis janvier ce qui est peu par rapport aux nombres d'intervention réalisé sur l'ensemble de la structure (22). La part de l'activité dévolue au SAU est de 8 % pour l'année 2013. Les raisons les plus invoquées aux faits de violence sont : le temps d'attente des accompagnants et les personnes alcoolisées. Plutôt que de parler de régression, le responsable utiliserait plutôt l'idée de "stagnation de la violence au SAU" Le comptage des violences date seulement de 2011. Le rôle des agents de sécurité est clairement posé, ils ont un rôle dissuasif, d'apaisement afin de ne pas en arriver à l'affrontement. Un travail collaboratif avec les cadres du S.A.U est important, aussi le responsable se rend il sur place au moindre incident.

ANNEXE 7 : Citations.

"Il suffit peut-être d'un clin d'œil, d'une complicité de quelques secondes pour que l'effet soignant ait lieu, et que la personne envisage plus sereinement les moments d'inquiétude, quelqu'un à côté d'elle ayant su faire preuve d'humanité"

Marie-Ange Coudray

"La sublimation est le moyen d'éviter les conséquences destructrices de notre agressivité naturelle"[98]

Freud

"La violence est la dernière solution de l'incompétence"

Alfred Korzybski

"A toute action, il y a toujours une réaction égale qui lui est opposée"

Troisième loi de Newton[99]

"*Le langage est source de malentendus*"

Saint Exupéry

98 CLES octobre-novembre 2013. Bonne nouvelle, le monde est moins violent.
99 Bernard E. Gzébo, Les soignants face à la violence, 2° Editions Lamarre, Août 2011. Chapitre 8 P 125

Diplôme de Cadre de Santé
DCS@13-14

MEMOIRE

ENCADRER LA VIOLENCE

Le rôle du cadre de santé dans la maîtrise et la prévention de la violence des usagers envers les personnels soignants.

Auteur : Maryse Poulain

MOTS CLES	KEY WORDS
Cohésion d'équipe, Violence des usagers, Personnels des hôpitaux, Qualité des soins de santé, Management d'équipe, Dynamique de groupe, Communication, Gestion des risques, Cadre de santé.	Team cohesion, Patient violent behavior, Staff in hospitals, Quality of healthcare, Team management, Group dynamic, Communication, Risk management, Healthcare manager.

RESUME

L'étude veut montrer l'intérêt de la **cohésion d'équipe** face à la **violence des usagers** envers les **personnels de santé**.

Cette violence met en danger le personnel, l'organisation des services et influe sur la **qualité des soins**. Connaitre les outils efficaces au cadre de santé est utile pour la prévention.

Nous avons interrogé huit cadres de santé et trois agents d'accueil de service d'accueil des urgences de deux hôpitaux situés en Ile de France.

A partir d'entretiens individuels concernant leur expérience de la violence dans le service, une évaluation du management pratiqué par le cadre de santé en lien avec l'organisation mise en place pour traiter la violence a été réalisée.

L'étude indique que la violence des usagers envers le personnel de santé nécessite un **management d'équipe** basé sur la **dynamique de groupe** et la **communication**. Ceci afin de mettre en œuvre les actions de prévention établies à partir d'analyses relevant de la **gestion des risques**.

Le rôle du **cadre de santé** sera de favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs de la prise en charge afin d'assurer la sécurité et le bien-être de chacun.

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the interest of **team cohesion** against violent behavior in Hospitals.

Violent Patient behavior against **staff in hospitals** puts them under pressure, in danger, has a negative organizational outcome and thus influencing the **quality of healthcare**.

In order of being able of preventing violence in the ward, managers need to know about the tools available. We have questioned eight health ward manager and four receptionists working in an Emergency Department. We chose two different hospitals situated in Ile de France.

We did private interviews about their personal experience with violence in the ward, we are able to evaluate the importance of the healthcare manager work on the organization put into place to prevent and treat violence.

The study indicates that violent patient behavior against staff in hospitals requires a **team management** based on **group dynamic** and on **communication**, this in order to put the preventive measures established by **risk management.**

The role of the **healthcare manager** will be to favor the implication of all the actors in order to insure the safety and security of everybody.