



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**DIRECTEUR DES SOINS**

**Promotion 2004**

---

# **SOUFFRANCE DES SOIGNANTS ET VIOLENCE DES PATIENTS**

**La contribution du directeur des soins à la gestion du  
risque violence en institution psychiatrique**

---

**TARRADE Roger**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidé pour la réalisation de ce travail :

Monsieur le Docteur RIOTON pour m'avoir souligné l'intérêt suscité par la question de la violence des patients en institution psychiatrique.

Mes maîtres de stage pour leurs encouragements et leurs conseils.

Mes collègues Directeurs des Soins en formation pour les enrichissements apportés par leurs expériences professionnelles.

Ma famille pour sa patience et son aide tout au long de ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES .....</b>	<b>5</b>
<b>1 VIOLENCE DES PATIENTS SOUFFRANCE DES SOIGNANTS : QUEL ENVIRONNEMENT ET QUELS CONCEPTS ? .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 LE CONTEXTE DE LA VIOLENCE À L'HÔPITAL .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 LA VIOLENCE À L'HÔPITAL : UN PHÉNOMÈNE NOUVEAU .....	7
1.1.2 LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS CONSÉCUTIVE À LA VIOLENCE DES PATIENTS: UN PROBLÈME AU CŒUR DES RESPONSABILITÉS ET DES MISSIONS DU DIRECTEUR DES SOINS .....	10
<b>1.2 L'HÔPITAL AU FIL DES RÉFORMES.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ.....	12
1.2.2 UNE LÉGISLATION SPÉCIFIQUE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ CHARGÉS DE L'ACCUEIL DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX.....	13
1.2.3 LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : UN STATUT ET UN EXERCICE RÉGLEMENTÉ.....	15
1.2.4 DES CRISES SANITAIRES À LA GESTION DES RISQUES HOSPITALIERS...	16
<b>1.3 VIOLENCE, SOUFFRANCE, RISQUES : DE QUOI PARLE-T-ON ?.....</b>	<b>18</b>
1.3.1 VIOLENCES ET VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER .....	18
1.3.2 DES SOIGNANTS VICTIMES DE SOUFFRANCE ET D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.....	21
1.3.3 LES RISQUES HOSPITALIERS : UNE PROBLÉMATIQUE RÉCENTE À L'HÔPITAL .....	24
<b>2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE, RÉSULTATS ET ANALYSE .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....</b>	<b>27</b>
2.1.1 LA MÉTHODE UTILISÉE .....	27
2.1.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	28
<b>2.2 ANALYSE ET RÉSULTATS.....</b>	<b>30</b>
2.2.1 LES RÉSULTATS DES ENTRETIENS .....	30
2.2.2 ANALYSE GLOBALE .....	39

<b>3</b>	<b>IMPLICATION DU DIRECTEUR DES SOINS : MOTEUR DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS LIÉE À LA VIOLENCE DES PATIENTS.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>LES ACTIONS STRATÉGIQUES INSTITUTIONNELLES.....</b>	<b>45</b>
3.1.1	LE DIRECTEUR DES SOINS ACTEUR DU PLAN D'ACTION CONTRE LA VIOLENCE.....	45
3.1.2	LE DIRECTEUR DES SOINS AU CŒUR DE LA GESTION DES RISQUES.....	47
3.1.3	LE DIRECTEUR DES SOINS AU CARREFOUR DES LOGIQUES DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES.....	48
<b>3.2</b>	<b>LES ACTIONS OPÉRATIONNELLES CONDUITES PAR LE DIRECTEUR DES SOINS.....</b>	<b>49</b>
3.2.1	LE PROJET DE SOINS : OUTIL DU CHANGEMENT AU SERVICE DU DIRECTEUR DES SOINS .....	49
3.2.2	LE DIRECTEUR DES SOINS : RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS, MÉDICO -TECHNIQUES ET DE RÉÉDUCATION.....	49
3.2.3	UN MANAGEMENT ADAPTÉ DES RESSOURCES HUMAINES.....	50
3.2.4	SE FORMER POUR CHANGER.....	52
<b>3.3</b>	<b>UNE MISE EN PLACE PROGRESSIVE ET PÉRENNE.....</b>	<b>54</b>
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**A N D E M** : AGENCE NATIONALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION MÉDICALE

**C A** : CONSEIL D'ADMINISTRATION

**C H S C T** : COMITÉ D'HYGIÈNE DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

**C M E** : COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**C S S I** : COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS

**C S** : CADRE DE SANTÉ

**C S S** : CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ

**C T E** : COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

**D R H** : DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

**D S** : DIRECTION DES SOINS

**H D T** : HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS

**H O** : HOSPITALISATION D'OFFICE

LE TRAVAIL DE LA PENSÉE RESSEMBLE AU FORAGE D'UN  
PUITS.  
D' ABORD L'EAU EST TROUBLE PUIS ELLE SE CLARIFIE

**PROVERBE CHINOIS**

## INTRODUCTION

Nous constatons une montée de la violence sociale sous toutes ses formes même si nous sommes loin de la situation des siècles précédents. Les grandes violences et les incivilités sont largement médiatisées et cela contribue à alimenter un fort sentiment d'insécurité.

Les milieux de travail et les services publics n'échappent pas à la violence. L'hôpital jusqu'alors préservé, car traditionnellement il constituait un lieu protégé des atteintes extérieures par une morale sociale, n'est plus épargné aujourd'hui.

« L'augmentation du nombre des exclus économiques conduit les directeurs d'hôpitaux à renforcer leur rôle social. L'accueil des plus démunis constitue une démarche prioritaire. Parallèlement on observe une politique d'ouverture sur la ville que traduit notamment l'apparition de galeries piétonnes avec commerces. La volonté de voir « la ville » pénétrer dans l'hôpital est certaine. La conjugaison de ces divers éléments a contribué à modifier sensiblement l'image de l'hôpital public. Considéré longtemps comme un lieu asilaire, à l'abri des vols et des violences, l'hôpital subit aujourd'hui la pression de son environnement insécuritaire. » <sup>1</sup>

Les propos de HAMON A et ORSI J illustrent bien le souci de l'hôpital de répondre aux grandes évolutions de la société mais dans le même temps ouvre son espace aux différents courants qui traversent ladite société. Cette évolution dépasse le cadre des frontières hexagonales puisqu'en novembre 2002 l'Organisation Mondiale de la Santé faisait état d'un rapport de près de 400 pages intitulé « VIOLENCE ET SANTÉ » faisant de la violence un véritable problème de santé publique. La France tend à appréhender ce problème dans les mêmes dispositions car il a été récemment diffusé un rapport proposant une approche de santé publique de la violence.

Ce rapport élaboré par messieurs CLERY-MELIN, PASCAL et madame KOVÉSS destiné au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est une contribution à l'exercice de préparation de la loi d'orientation en santé publique a été publié le 28 mars 2003.

Les données chiffrées en France révèlent que les professionnels de santé sont plus exposés que l'ensemble des salariés du régime général : 2,2% d'accidents du travail

---

<sup>1</sup> HAMON A, ORSI J « Pour une sécurité hospitalière avant d'être sécuritaire »

*Revue hospitalière de France*, nov. déc 2002, n°489, page 28

contre 1,2% chez les salariés du régime général. Les accidents du travail liés au contact avec des patients agités représentent la cinquième cause d'accidents.

Il est noté que les accidents sont plus fréquents en service de psychiatrie, en service d'urgence, de médecine et de long séjour. Les victimes sont essentiellement le personnel qualifié : infirmiers puis aides-soignants.

La violence à l'hôpital peut revêtir diverses expressions : violence des patients à l'encontre du personnel, violence du personnel à l'encontre des patients, violence entre patients, violence entre membres du personnel. Elles peuvent être tant physiques que verbales voire prendre la forme de harcèlement.

La violence en établissement psychiatrique est spécifique, elle se rapporte à l'expression d'une pathologie mentale. A l'hôpital général il s'agit le plus souvent de ce qu'il est convenu de nommer les incivilités des usagers, l'hôpital ne se différencie pas en cela des autres services publics.

Notre exercice infirmier s'est exclusivement déroulé en service de psychiatrie. Nous avons donc eu à faire face à divers phénomènes de violence liés aux patients traités dans cette spécialité. Ces expériences nous ont permis d'appréhender notre propre positionnement face à ces événements ainsi que de percevoir l'importance de l'équipe soignante et de ses stratégies.

Par la suite nous avons occupé durant cinq années les fonctions de cadre de santé dans une unité d'urgences psychiatriques installée au sein du service d'urgence du Centre Hospitalier Universitaire. Cet exercice nous a conduit à nouveau à prendre en compte les phénomènes de violence dans l'activité quotidienne du personnel soignant. Le personnel du service des urgences médicales et chirurgicales s'est trouvé tout autant confronté à la violence des patients que leurs collègues des urgences psychiatriques. Il est évident que la violence des patients ne peut se résumer à la seule violence des patients atteints de troubles mentaux. Les agressions verbales voire physiques font désormais parties des risques auxquels est confronté le personnel.

La fonction d'encadrement assurée dans cette unité m'a permis d'être au plus près du vécu du personnel quant à cette violence et de percevoir quel peut-être le rôle de l'encadrement dans la gestion de ces phénomènes. Cette expérience a confirmé l'autonomie dont dispose le cadre face à ce type d'évènements, il peut mettre en place des entretiens individuels avec le personnel concerné, des échanges en équipe, alerter la direction, saisir le corps médical.....etc.

Notre dernier exercice professionnel s'est situé en tant que cadre supérieur de santé à la direction des soins de notre établissement. Les phénomènes de violence en psychiatrie sont restés dans notre champ de préoccupation puisqu'il nous a été confié par le Directeur des Soins, la mission de rencontrer en entretien individuel tout agent victime de la violence d'un patient. Cette mission s'intégrait dans un plan d'actions contre la violence initié par notre établissement. Ce plan avait pris son origine dans un constat fait conjointement par la direction et les représentants du personnel, d'une augmentation du nombre de déclarations d'accidents du travail liés à la violence des patients. Ce constat avait également été porté par la circulaire n°2000-609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.

A la suite de cette incitation réglementaire un certain nombre d'actions ont été mises en oeuvre : formation continue, équipement en appareils d'alerte. Aujourd'hui un dispositif est en place il conviendra à notre retour dans cet établissement ,comme Directeur des Soins, de vérifier quels en sont les résultats.

Nous avons pu constater également lors de notre stage effectué dans un établissement psychiatrique durant la formation de Directeur des Soins que cette violence des patients est un sujet essentiel de préoccupation pour l'équipe de direction, la médecine du travail, le corps médical, les représentants du personnel.

Nous avons trouvé dans cette préoccupation la confirmation que notre intérêt pour cette question était partagé et l'incitation à en faire un thème de mémoire professionnel.

Compte tenu de nos expériences antérieures et de notre prochaine fonction de Directeur des Soins en établissement psychiatrique, nous avons fait le choix d'aborder dans ce mémoire professionnel **la souffrance des soignants liée à la violence des patients en institution psychiatrique**. En effet il nous semble que la violence des soignants envers les patients ou des soignants entre eux dans certaines situations professionnelles relève de maltraitance ou de harcèlement et qu'à ce titre des concepts théoriques assez différents de notre champ de préoccupation sont abordés. De plus le ressenti de la souffrance liée à ces expressions violentes doit être fondamentalement différent du ressenti de la souffrance liée à la violence des patients à l'encontre du personnel soignant.

A l'issue des entretiens conduits nous verrons quelles actions le Directeur des Soins peut mettre en place pour prévenir la souffrance des soignants liée à la violence des patients, voire l'atténuer lorsque les soignants sont victimes.

## **PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES**

A l'issue des constats réalisés et de notre expérience il apparaît que le problème de la violence des patients en institution psychiatrique est une réalité et que ladite violence peut être facteur de souffrance pour les soignants. Nous pensons que la mission du Directeur des Soins peut se situer dans la prévention et l'accompagnement de cette souffrance.

Le règlement de la violence des patients est du ressort organisationnel des unités de soins et donc de l'encadrement.

Nous pouvons donc formuler la question suivante :

### **EN QUOI LE DIRECTEUR DES SOINS PEUT-IL JOUER UN RÔLE POUR ATTÉNUER LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS LIÉE À LA VIOLENCE DES PATIENTS EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE ?**

Pour répondre à cette question nous émettons les hypothèses de recherche suivantes :

- L'appréhension des phénomènes de violence est dépendante des évolutions structurelles, organisationnelles, réglementaires de la psychiatrie hospitalière.
- La souffrance des soignants victimes de la violence des patients est fonction de l'identification et de la reconnaissance de cette souffrance par l'institution hospitalière.
- La violence des patients en hôpital psychiatrique doit être considérée comme un risque et à ce titre doit associer l'ensemble de l'institution hospitalière dans sa gestion.
- Le management personnalisé du personnel soignant mené par le Directeur des Soins peut permettre d'atténuer le ressenti de la souffrance des soignants liée à la violence des patients.
- La formation professionnelle initiale actuelle des infirmiers et aides-soignants ne leur permet pas de s'adapter à l'évolution des phénomènes sociaux.

Il convient maintenant de préciser le contexte environnemental ainsi que le cadre réglementaire et théorique sur lequel nous allons appuyer nos hypothèses avant de les soumettre au crible de l'enquête.

# 1 VIOLENCE DES PATIENTS SOUFFRANCE DES SOIGNANTS : QUEL ENVIRONNEMENT ET QUELS CONCEPTS ?

## 1.1 LE CONTEXTE DE LA VIOLENCE À L'HÔPITAL

### 1.1.1 LA VIOLENCE À L'HÔPITAL : UN PHÉNOMÈNE NOUVEAU

L'apparition de phénomènes de violence à l'hôpital général est assez récente. Le caractère « sacré » de l'hôpital, lieu de soins, d'accueil, d'asile qui lui conférait une place particulière dans la société n'échappe plus à la violence quotidienne. A ce titre l'hôpital signe son appartenance à la société et est donc soumis à toutes les transgressions qui peuvent la traverser, ce d'autant plus qu'il est à travers son service d'urgences le seul lieu ouvert en permanence, l'ultime recours de ceux qui ont perdu tout relais social et quelquefois abandonné tout frein à l'expression de leurs frustrations ou de leur dérive.

Le principe d'égalité exige de garantir un égal accès pour tous aux soins dispensés.

Aujourd'hui, l'idée que l'hôpital puisse être parfois un lieu de violence n'est plus totalement taboue. L'institution hospitalière est un lieu propice au développement de comportements agressifs car il s'y joue une relation de dépendance très forte.

Une prise de conscience récente a pu mettre en lumière cette réalité. Il n'existe pas de chiffres précis pour mesurer d'un point de vue statistique l'ampleur de ces phénomènes de violence de la part de patients en milieu hospitalier.

L'inspection générale des affaires sociales a relevé 168 atteintes aux personnes dans le premier semestre 2001 concernant le personnel de santé (chiffre hors PARIS et zone gendarmerie). On peut voir à travers ces éléments toute l'imprécision des données chiffrées.<sup>2</sup>

Une enquête européenne de 1996 précise que 16% de la population active est exposée à la violence au travail. Le personnel soignant est le plus touché selon une étude

---

<sup>2</sup> GERMAIN M « Que faire contre la violence à l'hôpital » *L'infirmière magazine*, déc 2002, n°177 pages 43 à 45

irlandaise (29% des accidents dus à la violence.)<sup>3</sup> L'Assistance Publique Hôpitaux de PARIS a noté en 1998 109 actes de violence ayant touché le personnel non médical et 133 cas en 2001 ont été enregistrés<sup>4</sup>. L'étude de la sociologue MONCEAU et coll. en 1996 a porté sur 178 établissements accueillant des patients atteints de troubles psychiatriques. La confrontation à des situations violentes de l'ordre des coups a été signalée par 72% des infirmiers travaillant en unité d'hospitalisation<sup>5</sup>. A partir de ce chiffre nous percevons l'ampleur du problème représenté par la violence en institution psychiatrique.

Ce problème est loin d'être récent puisque la psychiatrie a toujours entretenu des liens étroits avec la violence.

L'édit royal de 1656 en créant l'hôpital général de PARIS associe dans l'enfermement les insensés, les exclus, les marginaux. On peut sans peine imaginer la violence du climat qui devait y régner et cela d'autant plus que le personnel « soignant » était recruté parmi les malades guéris ou les repris de justice. Ce sont PINEL et ESQUIROL ou plus exactement JEAN- BAPTISTE POUSSIN chef de la police intérieure des loges, gouverneur des sous employés donc un infirmier, du moins ce qui sera plus tard considéré comme tel qui oseront les premiers le geste libérateur annonçant l'ouverture de la voie d'un autre regard sur la folie.

Les évolutions thérapeutiques : psychanalyse, chimiothérapie, ont permis le développement de la relation soignant-soigné et de changer le climat d'insécurité. Néanmoins malgré la réforme des placements en psychiatrie (87% des patients sont actuellement hospitalisés à leur demande)<sup>6</sup> malgré les évolutions thérapeutiques, organisationnelles, architecturales, et la diminution conséquente de la durée moyenne de séjour, la violence subsiste.

Elle peut se scinder en deux catégories celle émanant des patients spécifiquement atteints de troubles psychiatriques, elle est symptôme donc acceptable et celle inacceptable car on n'est pas sûr qu'elle soit un symptôme, elle émane des patients alcooliques, psychopathes.

---

<sup>3</sup> CAILLARD J.F « Agression contre les soignants à l'hôpital » *Gestions hospitalières*, fév. 2003, n°423, pages 151 et 152

<sup>4</sup> GERMAIN M, op.cit.

<sup>5</sup> BELFER R « violences, menaces et agressions les risques du métier » *Profession infirmière*, mars 1997, n°58, page 19

<sup>6</sup> PIEL E, ROELANDT J.L « De la psychiatrie vers la santé mentale » *Rapport de mission*, juillet 2001, page 24

Une étude multifactorielle concernant 97 cas d'interactions violentes entre patients et personnel soignant a été menée de 1988 à 1992 au Centre Hospitalier HENRI LABORIT de POITIERS par M. le Docteur RIOTON dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine. Cette étude a révélé que 23% des accidents déclarés sont liés à la violence des patients.

16% des patients concernés étaient récidivistes et 50% étaient placés en unité fermée. 80% étaient atteints d'une pathologie psychotique chronique et 72% ont eu un comportement annonciateur d'un passage à l'acte imminent, ce chiffre accrédite la thèse de l'existence de signes prédictifs.

Les passages à l'acte ont lieu essentiellement lorsque les patients sont rassemblés, sont inactifs ou lorsque le personnel soignant est moins disponible (35% des cas de violence).

Le mois de mars, les mercredis, les vendredis et jours de pleine lune enregistrent des pics significatifs.

Le sous- effectif médical et le manque de communication entre le personnel et les médecins sont déterminants, par contre la visite des médecins au sein des services influence positivement la diminution de la violence.

Les victimes des actes de violence sont âgées entre 30 et 50 ans dans 82% des cas et 86% ont plus de 5 ans d'ancienneté dans la profession, donc expérimentées. Les victimes sont qualifiées puisque 71% sont infirmiers. Ceci montre qu'en cas de danger ce sont les membres du personnel les plus qualifiés qui interviennent en premier : cette observation rejoint les observations réalisées par les éthologues dans le règne animal.

« Les interactions violentes en institution psychiatrique doivent être considérées comme un problème général dont la solution relève principalement de la hiérarchie médicale et administrative. C'est grâce à l'intérêt que cette hiérarchie portera au problème que le personnel pourra échapper à la force de l'habitude si souvent constatée et au sentiment de fatalité si souvent exprimé. ».<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> RIOTON B *Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique*

Thèse de doctorat en médecine faculté de médecine de l'université de POITIERS 1994  
238 pages

### **1.1.2 LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS CONSÉCUTIVE À LA VIOLENCE DES PATIENTS: UN PROBLÈME AU CŒUR DES RESPONSABILITÉS ET DES MISSIONS DU DIRECTEUR DES SOINS**

Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 crée la fonction de Directeur des Soins. L'article 4 du présent décret définit précisément les différentes missions qui lui incombent. La totalité des alinéas cités dans cet article peuvent concerner la gestion de la violence et la prise en compte de la souffrance des soignants, au travers de l'organisation des activités de soins paramédicaux et de l'amélioration continue de la qualité, par la gestion du personnel et les propositions d'affectation.

La prise en compte des phénomènes de violence au sein de l'établissement, voire la mise en œuvre d'un plan d'actions contre la violence peut impliquer des actions de formation continue, il revient alors au Directeur des soins de proposer des axes de formation et d'élaborer les programmes.

La violence des patients fait partie des risques que l'établissement doit gérer. Le Directeur des Soins par son implication dans l'organisation des activités de soins est un acteur incontournable de la politique de gestion des risques à l'hôpital.

Le risque violence comme les autres risques doit faire l'objet d'un signalement et du déclenchement d'une procédure pré établie par le plan d'actions contre la violence. L'analyse en terme de gravité et de fréquence doit être faite afin de mieux circonscrire ce risque.

Le rapport annuel d'activité de la Direction des Soins ne pourra pas ignorer les phénomènes de violence et les conséquences de ceux-ci sur le personnel soignant, en terme de gravité, d'incidence sur l'absentéisme et l'organisation des soins, en terme d'actions de formation ou de sujet de recherche infirmière.

Nous voyons donc que les missions du Directeur des Soins le fondent à être présent dans ce problème. Il doit l'être également à travers sa participation aux instances de l'établissement et particulièrement en tant que membre de droit du **Comité d'hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail** où il peut alerter ou partager ses inquiétudes avec les représentants du personnel.

Les dispositifs d'amélioration des conditions de travail (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) associent dans une réflexion et une mise en

œuvre commune : Direction des Soins, Direction des Ressources Humaines, et représentants du personnel.

Le plus souvent invité à la **Commission Médicale d'Établissement** le Directeur des Soins pourra présenter l'impact de la violence des patients sur le personnel soignant. Il pourra saisir l'opportunité de ce sujet pour préciser toute l'importance de la reconnaissance de la souffrance des soignants et que cette reconnaissance contribue à son règlement.

Le Directeur des Soins par la présidence qu'il exerce à la **Commission du Service des Soins Infirmiers** peut et doit aborder le problème de la violence des patients. Ladite commission est consultée sur l'organisation générale des soins et la prise en charge des personnes hospitalisées, dans le cadre du projet de soins paramédicaux. Les propositions d'organisation des soins formulées doivent intégrer cette dimension de la violence.

Comme l'écrit le Professeur CAILLARD dans l'ENTREPRISE MEDICALE de février 2001 il faut agir sur l'organisation des soins pour favoriser une diminution de la violence au sein des services de soins.

« La violence est en relation avec l'ambiance générale de l'institution, les attitudes de son personnel. Les méthodes coercitives qui favorisent un climat de violence sont souvent mises en œuvre plus par tradition que par nécessité et en agissant sur l'organisation des soins on peut sérieusement diminuer le niveau de violence. Recentrer l'organisation sur les besoins du malade plutôt que sur ceux des soignants est une option utile.»<sup>8</sup>

Le Directeur des Soins se fait le rapporteur des difficultés des équipes soignantes, les risques identifiés et les projets visant une amélioration des conditions de travail devant l'équipe de direction. Son appartenance à l'équipe de direction facilite l'expression de ce problème et permet de solliciter l'adhésion de cette équipe aux mesures proposées et au plan d'actions mis en œuvre. Chaque direction pour ce qui la concerne doit être un partenaire dans ce plan qui devra faire l'objet d'une présentation aux instances de l'établissement. L'assentiment du Directeur et du Président de la commission médicale d'établissement est donc indispensable.

---

<sup>8</sup> CAILLARD J-F « les soignants face a la violence dans les services de psychiatrie »  
*L'ENTREPRISE MEDICALE*, fev 2001, pages 3 à 20

L'animation du réseau des cadres supérieurs de santé conduite par le Directeur des Soins intégrera le problème de la violence des patients. Les informations ascendantes et descendantes seront échangées. L'efficacité des actions sera fonction de la qualité de ces échanges. En effet la pertinence des actions est liée à la pertinence des informations délivrées par l'encadrement. Les mesures visant la réduction des phénomènes de violence ne seront réellement appliquées dans les services que si l'encadrement en assure le relais.

Nous voyons que l'encadrement occupe une place stratégique dans un tel dispositif, son investissement est facteur des relations et de la collaboration établies avec la Direction des Soins.

## **1.2 L'HÔPITAL AU FIL DES RÉFORMES**

### **1.2.1 LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

Les hôpitaux psychiatriques comme l'ensemble des établissements publics de santé ont eu leur statut modifié par un certain nombre de réformes hospitalières. Ces vingt dernières années ont vu la confirmation de «tendances lourdes» mais aussi l'apparition d'éléments nouveaux.

Les hôpitaux issus de la loi du 31 décembre 1970 sont devenus établissements publics de santé par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991. La tutelle sur tous les actes exercée par le préfet devient une liberté sous contrôle. Les droits des malades sont affirmés dès le premier article. Cette loi porte en elle les bases de l'évaluation de la qualité puisqu'il est fait obligation à chaque établissement de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. L'organisation institutionnelle ne connaît pas de profonds remaniements mais voit la création du service des soins infirmiers et de deux instances de concertation, la commission du service des soins infirmiers et le conseil de service.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 consacre l'échelon régional par la création des agences régionales d'hospitalisation. Ces agences contractent avec les établissements de santé sous la forme du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Celui-ci permet la détermination stratégique des établissements et la mise en oeuvre des orientations dans le cadre des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire.

Le développement des réseaux de soins est encouragé et l'accréditation des établissements de santé est fixée par le titre 2 de l'ordonnance précitée.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe. Elle est précédée d'une auto-évaluation concernant l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité de la prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement.

La loi n° 98-635 du 1er juillet 1998 met en place un dispositif de veille sanitaire et consacre une dynamique engagée par les établissements de santé, suite aux différentes crises sanitaires, pour mettre en place des démarches de gestion des risques dans le secteur de la santé.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme les dispositions entrevues dans les réformes précédentes. Elle place l'utilisateur au cœur du dispositif des soins et conduit ainsi à une modification des pratiques médicales. Il s'agit bien de la volonté de rééquilibrer les relations médecin malade au profit du malade. On passe donc d'une médecine «paternaliste» à une médecine contractualisée.

Le plan HOPITAL 2007 et le projet de gouvernance vont induire eux aussi des changements importants dans l'organisation de l'hôpital et sa dotation de moyens. Ce changement est amorcé depuis janvier 2004 par la réforme de la tarification des établissements publics de santé.

## **1.2.2 UNE LÉGISLATION SPÉCIFIQUE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ CHARGÉS DE L'ACCUEIL DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX**

Ces établissements concernés par l'ensemble des réformes énoncées précédemment, hormis la réforme de tarification, ont eu de plus à prendre en compte un certain nombre de réformes spécifiques.

Asile d'aliénés instauré par la loi du 30 juin 1838, puis hôpital psychiatrique en 1937, et centre hospitalier spécialisé en 1970, ces établissements sont devenus établissements publics de santé par la loi du 31 juillet 1991, chargés de l'accueil de patients régis par la loi 90-527 du 27 juin 1990. Cette loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs

conditions d'hospitalisation énonce que le principe d'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception. A travers cette affirmation, il est clair que le patient en hospitalisation libre dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Cette évolution réglementaire a contribué à démystifier la maladie mentale. Il convient néanmoins de s'interroger sur comment concilier deux exigences contradictoires, fréquemment rencontrées par les professionnels du champ psychiatrique : le respect des libertés individuelles et l'obligation de porter secours à une personne en péril. De plus force est de noter que le bilan de l'application de la loi confirme le maintien de hospitalisations sous contrainte : + 16,6 % pour les HDT, et + 19,4 % pour les HO entre 1997 et 1999.<sup>9</sup>

Malgré plus de 40 ans d'existence, le secteur psychiatrique créé par la circulaire du 15 mars 1960 reste la référence organisationnelle de la psychiatrie publique et le principe fondateur de non ségrégation du malade mental reste d'actualité. La volonté d'intégration, de maintien, ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social guide toujours les actions des équipes soignantes. L'itinéraire thérapeutique du patient peut revêtir diverses formes alternatives à l'hospitalisation définies par l'arrêté du 14 mars 1986.

Le rapport de la psychiatrie vers la santé mentale des docteurs PIEL et ROELANDT en juillet 2001, puis le plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale de la mission CLERY-MELIN du 15 septembre 2003, visent à faire des propositions de réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, mais n'ont pas à ce jour trouvé de traduction réglementaire. Enfin le programme médicalisé des systèmes d'information n'est toujours pas appliqué aux établissements publics de santé chargés de la psychiatrie. Cette absence rend difficile pour les pouvoirs publics, la connaissance voire la reconnaissance des soins en psychiatrie.

On peut se demander si à terme cette spécialité ne sera pas pénalisée par ce défaut d'information où toute évolution nécessite des moyens budgétaires attribués en fonction des évaluations de l'activité.

---

<sup>9</sup> « Augmentation des soins sous contrainte » *Revue pluriels*, fév 2003, n°35, page 5

### **1.2.3 LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : UN STATUT ET UN EXERCICE RÉGLEMENTÉ**

Les agents de la fonction publique hospitalière sont régis par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 comme l'ensemble des fonctionnaires puis spécifiquement par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Pour le sujet qui nous intéresse l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 précise que les fonctionnaires bénéficient à l'occasion de leurs fonctions d'une protection de l'administration contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamation ou outrage.

La loi n°82-1097 instaure les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans tous les établissements et entreprises privés ou publics comptant au moins 50 salariés. Ce comité a pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des salariés. Il procède à l'analyse des risques professionnels.

Le protocole AUBRY du 14 mars 2000 consacre un chapitre à la prévention de la violence et propose aux établissements d'établir des contrats d'amélioration des conditions de travail. La circulaire DHOS/P1 n°2000-609 du 15 décembre 2000 précise les modalités de ces contrats et se montre incitative pour la mise en œuvre au sein de chaque établissement de véritables politiques pour protéger les agents contre la violence. Cette politique sera formalisée à travers le projet social instauré dans chaque établissement par le protocole du 14 mars 2000.

La mise place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 des 35 heures à l'hôpital et la pénurie des recrutements dans certaines catégories professionnelles ont créé des situations de tension au sein des unités de soins. Ces tensions peuvent se traduire parfois par une moins grande vigilance aux situations à risque.

Le décret n°92-264 du 23 mars 1992 a modifié les études conduisant au diplôme d'état d'infirmier. Une seule formation est mise en œuvre d'une durée de 4760 heures, les formations d'infirmier de secteur psychiatrique sont abandonnées. Certains instituts de formation en soins infirmiers rencontrent des difficultés pour assurer les enseignements théoriques en psychiatrie et pour trouver les stages cliniques correspondant à cette discipline. Ces difficultés peuvent contribuer à une moindre préparation des infirmiers diplômés d'état pour faire face aux situations difficiles rencontrées dans l'exercice

professionnel mais elles peuvent aussi expliquer le manque d'attractivité de la psychiatrie : moins de 1 étudiant sur 30 choisit cette spécialité à la fin de ses études.<sup>10</sup>

Dans le cadre de son rôle propre défini par l'article 5 du décret 2002-194 du 11 février 2002, l'infirmier assure l'observation et la surveillance des troubles du comportement. La violence en psychiatrie relève d'un trouble comportemental en lien ou pas avec une pathologie mentale.

#### **1.2.4 DES CRISES SANITAIRES À LA GESTION DES RISQUES HOSPITALIERS**

La réglementation concernant la gestion des risques à l'hôpital s'est fortement développée ces dernières années. La perception de l'acceptabilité du risque en santé tant pour les usagers que les professionnels s'est modifiée sous l'impulsion des crises sanitaires (en particulier celle du sang contaminé), du fait de l'évolution de la technologie médicale et de la complexité des soins, du développement du consumérisme médical et de l'amplification médiatique des risques.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 oblige les établissements de santé à satisfaire aux obligations de l'accréditation. Celle-ci évalue les capacités de l'établissement à mettre en place une démarche continue d'amélioration de la qualité. Le référentiel Q.P.R (gestion de la qualité et prévention des risques) permet d'apprécier l'investissement de l'établissement dans la gestion des risques. Le référentiel 2 : ressources transversales de la version expérimentale du manuel d'accréditation (A.N.A.E.S novembre 2003) par les références 16, 17, 18 propose d'évaluer les dispositions mises en œuvre concernant la gestion des risques et l'opérationnalité du dispositif de veille sanitaire.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 réaffirme les droits des patients à la sécurité lors de leur prise en charge à l'hôpital et prévoit l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux à la suite d'un aléa médical.

Les vigilances sanitaires sont apparues comme une réponse aux différentes crises sanitaires. Elles sont regroupées dans la loi n°98-635 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits

---

<sup>10</sup> PIEL E, ROELANDT J.L op.cit. page 72

destinés à l'homme.<sup>11</sup> Suivie de décrets d'application elle consacre la création de l'institut de veille sanitaire, de l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments. Le comité national de sécurité sanitaire coordonne l'action de ces trois agences.

Les vigilances se composent de cinq domaines : l'hémovigilance, la matériovigilance, la biovigilance, la pharmacovigilance et la toxicovigilance, chacune de ces vigilances est spécifiée par des textes réglementaires.

Des activités médicales particulièrement exposées aux risques telles que l'anesthésie et l'obstétrique font l'objet d'un encadrement réglementaire précis.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales a été installé par le décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Il vise à créer la structure de surveillance et de lutte contre les infections nosocomiales au sein de chaque établissement. Le signalement des infections nosocomiales a été précisé par le décret n°2001-671 du 26 juillet 2001.

Une réglementation permet la garantie du bon fonctionnement sécuritaire de l'hôpital, elle concerne la sécurité incendie, la sécurité électrique, environnementale (eau, air) et la gestion des déchets.

Le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 applicable aux établissements de santé oblige les employeurs à transcrire et à mettre à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

Nous voyons, à travers ces différentes incitations réglementaires, la place prise par la gestion des risques dans les organisations hospitalières. La violence des patients en tant que risque pour les professionnels de santé trouve sa place dans cette gestion.

---

<sup>11</sup> BELOT C : *La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier. L'exemple des hôpitaux universitaires de Strasbourg* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique : Rennes décembre 2002, 107 pages

Le décret du 5 novembre 2001 oblige les directions hospitalières à prendre en compte ce risque et à mettre en place les aménagements nécessaires lorsque ce risque est identifié.

Après avoir présenté les divers contours réglementaires qui intéressent notre recherche il convient de poursuivre l'approche théorique en précisant le concept de violence puis celui de la souffrance et de l'épuisement professionnel et l'ensemble théorique qui sous-tend la gestion des risques.

### **1.3 VIOLENCE, SOUFFRANCE, RISQUES : DE QUOI PARLE-T- ON ?**

#### **1.3.1 VIOLENCES ET VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER**

L'étymologie du mot violence nous donne un sens initial assez précis. Violence vient d'une racine indo-européenne grecque et latine qui comprend l'idée de vie, de vital, de naturel chez tout être vivant. La violence serait donc liée selon l'étymologie à la notion de vie, de force.

CICERON définissait par violence les forces physiques mises en jeu dans un concept militaire. Le terme violence est apparu en français au début du 13<sup>ème</sup> siècle et était utilisé dans le sens d'une force naturelle brutale (vent, soleil...). Par extension aux 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> siècle on a utilisé le terme de violence pour désigner une action brutale, une force irrésistible. En 1804 le code civil a défini le sens juridique du mot violence conservé depuis.

PASCAL a utilisé le mot violent pour qualifier celui qui est d'une extrême dévotion, MOLIERE dénomme avec l'adjectif ce qui est excessif, ce qui sort de la mesure dans l'expression ou l'action. Peu à peu le mot s'appliquera à ce qui a un caractère forcé brutal, opposé à ce qui est naturel.

Monsieur le Docteur ACHACHE désigne la violence comme l'action d'utiliser la force contre une personne pour la contraindre à faire quelque chose qu'elle ne désire pas. Cette force peut être éventuellement détournée contre soi-même ou contre un objet. Elle ne prend pas en compte la liberté d'autrui et est une menace pour l'intégrité corporelle ou morale. A cet aspect destructeur de la violence il faut ajouter l'aspect combatif qui permet

à un individu de se défendre voire de dépasser des sentiments négatifs tels que la peur et le danger.<sup>12</sup>

Les psychanalystes définissent la violence comme un instinct fondamental, inné, présent chez tous les humains et destiné à assurer la survie.

Nous pensons que la violence ne peut se limiter au seul emploi de la force. C'est le cas des phénomènes de violence routière. Il est tout à fait possible à un soignant de faire violence dans les soins ou les prises en charge sans intention et sans en avoir conscience.

L'agression quant à elle se définit comme un acte caractérisé de violence dans le but de nuire. A partir de ces quelques éléments nous voyons que la violence apparaît comme inévitable car elle fait partie des relations interindividuelles mais il est nécessaire de visiter les approches théoriques pour mieux comprendre.

#### A) APPROCHE ÉTHOLOGIQUE

KONRAD LORENZ situe la violence comme la tendance fondamentale et innée de chaque espèce. Elle est générée par la compétition pour accéder soit aux ressources soit aux partenaires sexuels soit pour la défense du territoire, du groupe, de la progéniture.

La violence a une valeur sélective pour les espèces, seuls les individus forts peuvent se reproduire et elle permet d'établir la hiérarchie dans le groupe.

L'humain est-il comme l'animal naturellement violent ? Les blocages existants dans le monde animal pour réprimer la violence tels que les rituels, les intimidations, ne fonctionnent-ils plus dans l'environnement socioculturel humain ?<sup>13</sup>

#### B) APPROCHE BIOLOGIQUE

L'évolution de la recherche scientifique a conduit à explorer les explications biologiques de la violence. A ce jour il n'a pas été retrouvé de chromosome spécifique expliquant la violence de certains individus. Le chromosome du crime n'existe pas, de même qu'il n'existe pas de centre cérébral de l'agressivité ou une hormone spécifique. La testostérone jouerait semble-t-il uniquement un rôle dans la sensibilité à la menace et à la frustration.

---

<sup>12</sup> ACHACHE « Les soignants confrontés à la violence dans les services d'urgence »  
*Techniques hospitalières*, n°635, avril 1999, pages 40 et 41

<sup>13</sup> BERGMAN L « Approches de l'agressivité et de la violence » *Soins psychiatrie*, sept. oct 2000, n°210, pages 15 à 20

### C) APPROCHE DE LA PSYCHOLOGIE SOCIALE

Selon cette théorie la violence est un comportement acquis et non pas instinctif. En 1939 DOLLARD a posé l'hypothèse que la frustration engendre toujours certaines formes de violence et vice versa : « Il n'y a aucune agression qui n'ait pour origine une frustration et il n'y a aucune frustration qui ne puisse se résoudre autrement que par l'agression. »<sup>14</sup> Mais l'évolution de ses recherches a conduit DOLLARD à affirmer plus tard que la frustration pousse à la violence les personnes qui ont appris à lui répondre de cette façon : il s'agit donc d'un comportement acquis dans l'enfance par observation. Il résulterait d'un apprentissage instrumental et serait déterminé par un modèle social qui valorise les conduites violentes.

Dans notre société actuelle la question de l'impact de la télévision sur les comportements violents est posée.

Le philosophe J M LONGNEAUX précise que la débauche de violence présentée à la télévision nous laisse passifs Elle nous accoutume à être spectateur de la violence et sert d'exutoire à notre goût du morbide. « Plus on accusera la télévision d'inciter à la violence plus on suscitera la curiosité des spectateurs, plus on les accoutumera à de tels spectacles et plus on les anesthésiera. »<sup>15</sup>

La télévision inspire la manière d'exprimer la violence mais n'a pas ce rôle incitateur qu'on lui accorde assez volontiers.

### D) APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Alfred ADLER dès 1908 décrit la notion de pulsion d'agression. Cette idée est reprise par la suite par FREUD à travers la cure psychanalytique et la résistance agressive qui s'exprime par le transfert négatif, l'ambivalence ou le complexe d'ŒDIPE.

Selon Mélanie KLEIN les pulsions agressives se manifestent très tôt chez l'enfant, l'agressivité fait partie de la relation précoce de l'enfant au sein de sa mère puis s'éteint à la période de latence pour être réinvestie dans l'activité, le sport, l'apprentissage scolaire et enfin émerge à nouveau lors de la réactualisation oedipienne de l'adolescence.

BERGERET se réfère à l'étymologie de la violence et définit la violence fondamentale comme instinct de survie. Elle est essentiellement défensive et préservatrice.

Les phénomènes de violence peuvent prendre différentes expressions en milieu hospitalier:

---

<sup>14</sup> MOSER G *L'agression*

Edition Presses Universitaires de France Collection QUE SAIS JE ? avril 1987 page 73

<sup>15</sup> LONGNEAUX J.M « Prendre soin et violence » *Soins psychiatrie*, oct 2000, n°210, pages 21 à 23

Les insultes et manifestations d'impolitesse sont fréquentes dans les services d'accueil. La répétition est facteur d'usure pour le personnel victime.

Les menaces accompagnent souvent les insultes. Elles restent le plus souvent verbales mais exceptionnellement peuvent être suivies de passage à l'acte.

Les agressions physiques sont d'intensité variable. Elles peuvent aller de la simple pression, du crachat, gifle, aux coups et à l'attaque avec un objet ou une arme.

Les auto-agressions peuvent se révéler traumatisantes aussi pour les témoins. L'ensemble de ces expressions peuvent être dirigées vers les autres patients de l'établissement mais visent essentiellement le personnel soignant. L'institution hospitalière comme les autres institutions peut créer ou amplifier les situations de violence en raison de sa pesanteur hiérarchique, de son organisation.

La violence est un langage codé dans notre société. L'agression des chauffeurs de bus dit les difficultés de liens entre les habitants ou les quartiers d'une même ville. La violence à l'encontre du personnel soignant peut exprimer une fragilité ou une dignité blessée. Il s'agit souvent d'un défaut de parole et de la nécessité d'exprimer une existence.

### **1.3.2 DES SOIGNANTS VICTIMES DE SOUFFRANCE ET D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

La notion d'épuisement professionnel est une notion relativement récente puisque apparue dans les années 70 aux Etats-Unis. A cette période HERBERT FREUDENBERGER utilise le terme de burn-out pour décrire l'état mental des volontaires travaillant auprès des toxicomanes dans une free clinic. En 1975 CHRISTINA MASLACH chercheur à SAN FRANCISCO U.S.A précise le terme de burn-out en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Entre 1974 et 1989 2500 articles ont été publiés sur le sujet, les 2/5 ont été consacrés aux professions d'aide et de santé.<sup>16</sup>

En 1974 H FREUDENBERGER définit l'épuisement professionnel comme un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé, d'être exténué.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> CANOÛ P, MAURANGES A *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* Édition MASSON , Paris 2001, 224 pages

<sup>17</sup> CANOÛ P , MAURANGES A op.cit.

C MASLACH en 1976 affine la définition pour les professions d'aide. Elle décrit une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail. Cette incapacité engendre une déshumanisation de la relation avec le « client », induit des attitudes négatives envers les personnes aidées.<sup>18</sup>

Elle a pour conséquence une perte du sentiment d'accomplissement personnel et l'acquisition d'une image de soi négative. A travers ces définitions nous percevons que ce concept s'applique aux personnes dont le but est d'aider, d'accompagner des personnes.

Cet épuisement est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive : ce n'est pas une maladie.

Un infirmier sur quatre présente un épuisement professionnel important sur le plan émotionnel auquel s'associe fréquemment un désinvestissement dans le travail auprès de malades. Ces résultats préoccupants ont été mis en évidence au cours d'une recherche réalisée en 1992 auprès de 520 infirmiers de deux grands hôpitaux parisiens (RODARY et coll., 1993). Les principaux facteurs d'épuisement professionnel cités sont :

Manque de soutien, conflits entre collègues, charge et horaires de travail, insuffisance de la qualité de vie du malade, vécu d'acharnement thérapeutique, impossibilité de pouvoir organiser le travail, peur physique des malades, répugnance lors de certains soins, non reconnaissance des malades pour les soins reçus, non prise en compte de leur connaissance du malade dans les décisions médicales.<sup>19</sup> Ces facteurs favorisants sont des facteurs de souffrance, l'accumulation, la répétition, l'installation dans la durée de ces facteurs sont constitutifs d'épuisement professionnel. La souffrance des soignants liée à la mort d'un patient semble être acceptée. Elle pourrait être la seule souffrance « noble » admise par les soignants eux-mêmes et les hiérarchies.

La violence des patients par la mise à mal de l'identité soignante est facteur de souffrance. En effet les raisons ayant motivé le choix d'une profession médicale ou paramédicale sont le plus souvent un besoin d'aider les autres de façon consciente, mais aussi un renforcement narcissique qui se nourrit du bien que nous pouvons prodiguer à autrui de façon inconsciente. Ce besoin inconscient de se sentir utile peut se trouver ébranlé. Le soignant est confronté à la difficulté de faire le deuil de son idéal et de sa toute puissance soignante.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> CANOÛ P , MAURANGES A op.cit.

<sup>19</sup> ARCAND M BONNET J BRISETTE L, *Soigner sans s'épuiser*  
Édition GAËTAN MORIN 1998, 167 pages

<sup>20</sup> RICHON H « Chronique d'une violence ordinaire » *Soins psychiatrie*,

Les soignants et particulièrement le personnel infirmier ont une haute idée de leur profession. L'insulte ou le manque de respect et encore plus les violences sont considérées comme violence faite au métier.

La valeur placée dans le métier et la reconnaissance reçue des patients protègent encore les soignants. Si ces éléments viennent à faire défaut c'est le métier qui perd de son sens. L'atteinte à sa dignité remet en cause le rôle et l'image que le soignant a de lui-même.<sup>21</sup>

Toute agression violente est objet de souffrance et susceptible d'avoir des conséquences psychologiques qu'il y ait eu ou pas de lésion corporelle. Certaines manifestations appartiennent au registre des réactions normalement consécutives à semblable évènement : stupeur, colère, incompréhension, ressentiment pouvant aller jusqu'au désir de réparation ou de vengeance, et cela ne donnera pas de séquelle, à moins que les évènements se répètent ou que le terrain de la victime soit favorable à la décompensation d'un état psychologique.

D'autres peuvent constituer les éléments d'une transformation de la personne agressée en véritable victime psychique, sujet à des phénomènes pathologiques susceptibles de n'apparaître que secondairement, éventuellement après un temps de latence relativement long, d'évolution lente et de pronostic incertain.

En psychiatrie du fait des évolutions réglementaires, des modes de prise en charge des patients, le modèle de sécurité et de régulation collective est passé du modèle répressif fondé sur la soumission et la discipline, à un modèle plus préventif des désordres fondé sur le relationnel et la négociation.

Ce modèle exige plus d'invention et de capacités à négocier pour celui qui représente l'autorité. Il apparaît comme plus incertain, plus fragilisant, beaucoup plus consommateur d'énergie psychique.

Ce coût en énergie psychique est considérablement accru quand la peur surgit et s'installe chez les soignants. La violence contribue à l'installation de cette peur et engendre une baisse d'efficacité, de vivacité mentale de participation aux processus de

---

nov. dec. 2002, n°223, pages 36 à 39

<sup>21</sup> SVANDRA P « L'hôpital face aux violences urbaines : les urgences en première ligne »

*Objectif soins* , août sept 2000, n°88, les cahiers du management,

travail et aux décisions ainsi qu'une élévation du niveau de stress. La violence à l'égard des soignants n'est pas seulement une question de santé au travail, elle a des conséquences sur la qualité des soins prodigués.

« C'est pourquoi, il importe avant tout de ménager les soignants, de ne pas les laisser se charger de fardeaux qui excèdent leurs forces psychiques et même physiques. Pour les malades et les institutions, il faut des soignants en bonne santé physique et mentale satisfaits de leur métier et heureux de vivre.<sup>22</sup>

### 1.3.3 LES RISQUES HOSPITALIERS : UNE PROBLÉMATIQUE RÉCENTE À L'HÔPITAL

Le risque fait partie de la vie. Il est présent dans toute activité humaine. De ce fait il est présent à l'hôpital. Il est défini par le dictionnaire LE ROBERT comme un danger éventuel plus ou moins prévisible ou l'éventualité d'un évènement préjudiciable à la santé, à la vie de quelqu'un, à la possession de quelque chose. En épidémiologie le risque est la probabilité de survenue d'un évènement défini au sein d'une population déterminée à une date donnée ou pendant un intervalle de temps.<sup>23</sup>

Ces définitions mettent en évidence deux éléments essentiels à prendre en compte dans la notion de risque : la prévisibilité et la conséquence.

En milieu hospitalier les risques peuvent être regroupés en quatre catégories établies à partir des travaux l'A.N.D.E.M (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale)

« **Le risque lié au patient lui-même** : l'état de vulnérabilité, l'âge , le comportement, l'altération des capacités cognitives peuvent être source d'accident si l'état du patient n'est pas évalué et s'il n'est pas mis en œuvre des mesures préventives adaptées.

**Le risque lié à la non-conformité réglementaire** : le non respect d'un certain nombre de recommandations à caractère préventif, conjugué à d'autres défaillances élève le risque de survenue d'un accident.

**Le risque lié à des défaillances d'organisation** : l'organisation en place du fait de ses manquements produit des chaînes de défaillances qui peuvent engendrer un accident.

---

<sup>22</sup> BOURGUIGNON A «Peur force ou faiblesse » *Soins psychiatrie*, juin juillet 1988, n°92/93, page 3

<sup>23</sup> GABA-LEROY C, BONNERY A.M, MARANDE D et all *Prévention des risques dans l'unité de soins* Edition Masson collection Encadrer à l'hôpital : Paris mai 2003 , page 9

**Le risque lié à la non-conformité aux bonnes pratiques professionnelles : les manquements aux bonnes pratiques accumulés vont générer des accidents. »<sup>24</sup>**

Le risque se caractérise par sa nature, sa gravité et sa probabilité de survenue, sa détectabilité, son caractère évitable. La gestion des risques une fois le risque identifié vise à établir une relation entre sa probabilité et la gravité des conséquences générées. Il s'agit du seuil de criticité.

La fréquence d'apparition du risque et la gravité sont appréciées en milieu hospitalier à partir d'échelles. Ces échelles permettent le classement des risques selon leur acceptabilité. Le risque acceptable a une probabilité d'apparition improbable ou rare et une gravité mineure. L'objectif du dispositif de prévention et de gestion des risques sera de le réduire ou de l'éradiquer.

Le risque inacceptable a une probabilité de survenue fréquente et une gravité majeure. Le préjudice sera important alors que la prévention est possible et efficace. L'objectif du dispositif de prévention et de gestion des risques sera de l'éradiquer.

La notion d'acceptabilité telle que définie ci-dessus ne fait pas référence aux perceptions individuelles ou collectives où l'acceptabilité du risque est liée à son caractère choisi ou subi. Le risque d'accident routier est beaucoup plus élevé que celui de catastrophe aérienne mais il est beaucoup mieux toléré.

La gestion des risques vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers donc à rendre le risque acceptable. Elle présuppose un changement de culture. Il convient de passer à une approche positive et non punitive de l'erreur. Elle doit dissocier la défaillance de la faute de l'opérateur qui elle relève d'un autre champ de responsabilités. Ce travail de changement de culture est un axe à développer pour réussir la gestion des risques. C'est de la réussite de cette modification que dépendra le signalement première action de la prévention des risques. La plupart des établissements de santé ont mis en place une politique de déclaration d'évènements indésirables. Elle est souvent accompagnée d'une information et sensibilisation des acteurs.

---

<sup>24</sup> VANURA D, MARMET E, DONJON A *Modèle de gestion des risques en établissement de santé* D.H.O.S novembre 2002, page 5

Les signalements doivent faire l'objet d'une analyse pour déterminer les causes de l'évènement indésirable et mettre en place les mesures correctives qui selon la nature de l'incident peuvent être immédiates.

Les causes peuvent être multiples, peu évidentes il est alors important de pouvoir s'appuyer sur un groupe pour identifier les principales et rechercher les solutions.

Les solutions doivent être soumises aux critères de faisabilité, de coût, de facilité de mise en œuvre, de confort pour le patient, de réglementation et de l'acceptabilité par les professionnels avant d'être validées par la direction de l'établissement.

La gestion des risques à l'hôpital relève de la démarche qualité. L'accréditation a pour objectif d'apprécier la qualité et la sécurité des soins. Ceux-ci sont de plus en plus efficaces et complexes mais s'accompagnent de risques pour les personnes.

La violence des patients a envahi le fonctionnement des établissements psychiatriques, elle fait partie des risques prioritaires (référence 17D du manuel d'accréditation des établissements de santé, version expérimentale de novembre 2003). A ce titre elle doit faire l'objet de son intégration dans la gestion des risques conduite par l'établissement et est donc soumise à signalement.

C'est à partir de ces signalements que l'analyse pourra être faite et conduire à la mise en place d'actions correctives.

L'impact de cette violence sur le personnel soignant, sur l'organisation des soins, sur les patients, oblige à une gestion pluridisciplinaire associant les partenaires des soins (corps médical, corps soignant, administration...). La direction des soins et l'encadrement des unités de soins sont au cœur du dispositif de gestion de ce risque par la qualité et la systématisation du signalement, par la responsabilisation des professionnels et la mise en œuvre des actions correctives.

Cette démarche de gestion organisée n'atteindra ses objectifs d'éradication du risque que si un état d'esprit favorable des professionnels est développé. Cette démarche s'intégrera alors totalement dans la démarche qualité de l'établissement.

## **2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE, RÉSULTATS ET ANALYSE**

### **2.1 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE**

#### **2.1.1 LA MÉTHODE UTILISÉE**

A la suite de la question de départ nous avons émis des hypothèses de recherche. L'élaboration du cadre théorique a déjà initié cette phase de recherche et confirmé nos intentions. De nombreux auteurs ont abordé le problème de la souffrance des soignants, de la violence des patients, et des risques hospitaliers. Les entretiens que nous avons conduits ont eu pour objectif de compléter les concepts et confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Nous avons donc fait le choix de mener une enquête de type qualitatif par le biais de dix-huit entretiens semi directifs auprès de différents professionnels exerçant en centre hospitalier universitaire, général ou psychiatrique. Les cinq établissements concernés sont ceux où nous avons effectué nos stages durant la formation des directeurs des soins ainsi que des établissements voisins de notre prochain lieu d'exercice.

Nous avons mené nos entretiens auprès de trois infirmiers victimes de violence afin de vérifier notre hypothèse concernant la souffrance des soignants liée au défaut d'identification et de reconnaissance de cette souffrance, et celle traitant du management des ressources humaines conduit par le Directeur des Soins. Ces hypothèses ont été explorées également par nos entretiens auprès de deux cadres de santé, de deux directeurs des soins, de deux directeurs des soins en formation ayant exercé en établissement psychiatrique, d'un directeur des ressources humaines et d'un médecin du travail. Ceux-ci ont permis de vérifier la nécessité d'une implication institutionnelle pour conduire un plan d'action pertinent et efficient contre la violence.

Il nous a semblé intéressant de rencontrer deux médecins psychiatres responsables d'unités de soins afin d'évaluer l'influence des évolutions structurelles, organisationnelles et réglementaires de la psychiatrie sur les phénomènes de violence observés dans cette spécialité.

Deux enseignants en institut de formation en soins infirmiers et un formateur intervenant en formation continue sur le thème de la violence nous ont précisé quelle adaptation à l'évolution des phénomènes sociaux qui traversent l'hôpital, est conduite par la formation initiale et continue.

A l'issue de nos recherches théoriques nous avons acquis la conviction qu'il est nécessaire de **considérer la violence des patients comme un risque à part entière en établissement psychiatrique. C'est par cette intégration dans la gestion des risques qu'il sera possible d'atténuer la souffrance des soignants.** Il nous a semblé opportun de compléter notre champ de recherche en sollicitant des entretiens auprès de deux cadres supérieurs de santé chargés de la qualité et de la gestion des risques dans leurs établissements hospitaliers.

Le temps imparti pour mener ce travail d'enquête nous a obligé à limiter le nombre de nos entretiens. Nous avons conscience que cette limite et le fait de n'avoir enquêté qu'au sein de quelques établissements ne peut conférer une valeur exhaustive à notre travail. Les résultats obtenus ne pourront être que des indicateurs de tendance infirmant ou confirmant nos hypothèses.

## **2.1.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN**

Notre guide d'entretien a été construit à partir de nos hypothèses et intègre des questions sur la gestion de la violence comme un risque en établissement psychiatrique.

### **ÉVOLUTION DU SYSTEME DES SOINS EN PSYCHIATRIE**

Les évolutions réglementaires et organisationnelles de la psychiatrie ont elles eu un impact sur l'émergence de la violence des patients à l'encontre des soignants dans les services de soins ?

### **IDENTIFICATION DE LA VIOLENCE ET RECONNAISSANCE DE LA SOUFFRANCE**

Quel système d'identification est mis en œuvre pour avoir connaissance des phénomènes de violence des patients dans les services ?

La violence des patients est elle identifiée comme un risque et comment est-il géré ?

Comment la souffrance des soignants est elle reconnue et prise en compte ?

## ACTIONS POUR PRÉVENIR ET LUTTER CONTRE LA VIOLENCE

Existe-t-il un plan d'action contre la violence ? Quels partenaires internes et externes à l'institution associe-t-il ?

Est-ce que le management des ressources humaines conduit par le Directeur des soins est de nature à atténuer la souffrance des soignants liée à la violence des patients ? Quel doit il être ?

## FORMATION

Les interactions violentes entre patients et soignants font-elles l'objet d'un enseignement spécifique en formation initiale et/ou continue ?

Comment les soignants sont-ils préparés à accompagner les changements sociaux qui perturbent les relations soignés-soignants ?

Les questions contenues dans ce guide d'entretien ont été proposées sélectivement aux personnes interrogées selon leur champ de responsabilité et d'exercice.

Le tableau ci-après présente les intérêts des personnes interrogées par rapport aux questions contenues dans le guide d'entretien.

	DRH	Directeurs des soins	Cadres de santé	Infirmiers	Praticiens hospitaliers	Med du travail	Ens en I.F.S.I	Form en formation continue	Gestionnaires des risques
<b>Evolution de la psychiatrie</b>	x	x	X	X	x				
<b>Identification de la violence et gestion du risque</b>	x	x	x	x	x	x			X
<b>Actions et management du DS</b>	X	x	x	x	x	x			
<b>Formation initiale et continue</b>	x	x	x	x	x		x	x	

## 2.2 ANALYSE ET RÉSULTATS

### 2.2.1 LES RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Nous avons fait le choix de rapporter le contenu de chaque entretien à nos hypothèses afin de vérifier si ces dernières se trouvent confirmées.

#### A) LA VIOLENCE DES PATIENTS EST DÉPENDANTE DES ÉVOLUTIONS STRUCTURELLES, ORGANISATIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES DE LA PSYCHIATRIE HOSPITALIÈRE

Les entretiens que nous avons menés auprès des médecins psychiatres hospitaliers, directeurs des soins, cadres de santé et personnel infirmier confirment « *l'apparition d'une violence liée aux changements organisationnels de cette spécialité mais aussi et surtout liée aux importantes modifications de la population accueillie.* »

Les évolutions réglementaires semblent avoir modifié les phénomènes de violence.

Ceux-ci apparaissent essentiellement auprès des patients hospitalisés sous contrainte et la loi de 1990 n'a pas fait diminuer de façon significative ce mode d'hospitalisation. *« La recherche des consentements aux soins a conduit les équipes soignantes à laisser le patient libre de ses choix ; le refus de soins est plus volontiers admis. En conséquence, certains patients présentent des tableaux de rechute de leur pathologie par arrêt du traitement. Lorsque la nécessité d'une ré-hospitalisation leur est posée, une réaction d'opposition voire de violence peut se présenter. »*

La population accueillie dans les unités d'hospitalisation des services de psychiatrie a changé : les patients présentant des pathologies du type de la psychose sont externalisés. Les structures alternatives à l'hospitalisation jouent pleinement leur rôle. Mais il semble que les places ainsi libérées soient occupées *« par des patients au profil diagnostique plus flou, évoluant plutôt sur le mode psychopathique. »*

Les entretiens auprès du personnel infirmier nous ont souligné les évolutions thérapeutiques suivies par le personnel médical. *« Les traitements sédatifs et neuroleptiques sous forme retard sont moins systématiquement préconisés afin de permettre l'instauration de la prise en charge relationnelle, voire de laisser évoluer de façon contrôlée la pathologie pour avoir une confirmation diagnostique. »*

Il apparaît au travers des entretiens que les bouleversements organisationnels architecturaux, *« ont remplacé les unités importantes par de multiples unités de 10 à 15 lits d'hospitalisation relativement spécialisées dans un champ de prise en charge. Ces unités offrent de meilleures conditions d'accueil particulièrement pour les patients hospitalisés sous contrainte. »* Cette structuration a conduit à diminuer les concentrations de patients donc à diminuer l'apparition de violence.

Cette structuration en petites unités et les difficultés de recrutement du personnel infirmier influencent le ressenti des actes de violence par l'impossibilité de créer des échanges relationnels au sein d'une équipe de travail. Les cadres de santé nous ont signalé *« que l'effectif minimum requis est devenu une réalité quasi quotidienne. »*

## B) IDENTIFICATION ET RECONNAISSANCE : DÉMARCHES NÉCESSAIRES POUR ATTÉNUER LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

Les interlocuteurs rencontrés semblent assez favorables à l'idée que la reconnaissance de la souffrance psychologique aide le soignant à mieux la vivre.

Un infirmier nous a témoigné « *le désarroi d'un collègue victime d'une agression assez grave mettant en avant un sentiment d'injustice, d'indifférence, tout le monde l'ignorait, personne ne l'écoutait.* » Il semble donc assez clair qu'à la violence des coups, il soit nécessaire d'éviter de rajouter la violence de l'indifférence.

Cette reconnaissance est effectuée par l'encadrement de proximité. Les infirmiers soulignent l'importance de ce premier interlocuteur. Suffisamment proche de chaque membre de l'équipe et représentant de l'autorité hiérarchique, il est attendu qu'il manifeste sans ambiguïté la reconnaissance de l'acte violent et mesure son incidence psychologique.

L'équipe de soins à travers les échanges formels ou informels reconnaît la souffrance de l'agent victime. Cette position est très importante car les soignants signalent tous « *l'intérêt de savoir que l'on n'est pas tout seul pour vivre ces évènements* ».

Secondairement, cette reconnaissance est effectuée par le corps médical et la direction. Cette dernière intervient selon l'aspect répétitif ou de gravité de l'acte de violence.

Un infirmier rencontré nous a également signalé ses difficultés à vivre les démarches administratives liées à la déclaration d'accident du travail, évoquant « *une violence administrative après la violence du patient* ». Le personnel administratif n'a marqué aucune sollicitude envers cet agent « victime de son travail ».

L'absence de reconnaissance de la part du corps médical est durement vécue. Les agents victimes ont tous signalés « *le réconfort d'une attitude compatissante du responsable médical de l'unité.* » Elle signifie pour eux le maintien de la confiance, l'absence de jugement sur ce qui s'est passé.

Le médecin du travail et /ou le psychologue du travail peuvent être sollicités. Leurs interventions signifient la prise en compte de la souffrance physique mais aussi psychologique. Le recours aux entretiens avec la psychologue du travail est recommandé

mais laissé à la libre appréciation de l'agent victime. Des résistances à s'engager dans un processus de suivi existent pour ce personnel exerçant en psychiatrie, beaucoup se réfugient « *derrière le fait que des psychologues sont présents dans les unités de soins et qu'ils pourront les interpeller s'ils en ressentent le besoin* ».

La demande de reconnaissance de ce qui a été subi est très forte mais paradoxalement les dépôts de plainte auprès des autorités de police ou de gendarmerie sont rares. Beaucoup de soignants ignorent ce recours individuel possible. Lorsque l'information est délivrée cette démarche est jugée comme « *étant peu compatible avec une démarche soignante et génère des hésitations pour la réaliser. Ils pensent que c'est au représentant de l'institution de prendre cette responsabilité, afin de leur procurer la protection à laquelle ils ont droit.* »

A l'issue de nos entretiens sur ce thème nous sommes conduit à poser la question suivante :

### **Existe-t-il une souffrance des soignants liée à la violence des patients en institution psychiatrique ?**

La majorité des interlocuteurs que nous avons rencontrés lors de nos entretiens s'accorde à dire qu'il n'existe pas réellement de souffrance des soignants liée à la violence des patients. Il n'est pas possible d'établir de corrélation entre la violence des coups reçus et l'impact psychologique ressenti par la victime.

Il semble exister un seuil de tolérance assez élevé parmi le personnel exerçant en service de psychiatrie. Le médecin du travail relève « *que la souffrance au travail est même beaucoup moins présente chez ces agents, comparativement à ceux exerçant dans certains services de médecine générale ou de gériatrie* ». Il semble que la capacité à l'écoute développée dans la spécialité psychiatrique serve aussi aux soignants entre eux.

L'équipe de travail pluri-professionnelle, par son attention à ses membres, « *préserve l'intégrité psychique de chacun. La possibilité d'expression du soignant en difficulté doit être favorisée car elle est source de cohésion.* » Cette possibilité s'exerce soit spontanément à travers la vie collective de l'équipe, soit de façon plus formalisée lors de réunion de supervision ou de groupes de paroles.

La répétition des actes de violence dans une unité, ou une particulière gravité peuvent générer des phénomènes de lassitude. L'encadrement médical et paramédical

observe « *que ce sont alors les conditions de travail qui sont mises en avant : sous-effectif ou mauvaises conditions matérielles plutôt que les actes de violence.* »

La médecine du travail signale que « *les soignants les plus malmenés psychologiquement par la violence sont souvent également confrontés à des situations de mal-être dans la sphère personnelle.* » La violence joue alors le rôle de révélateur de ce qui existe hors champ professionnel.

Un médecin psychiatre, responsable d'une unité de soins, note que les soignants ont à *gérer psychologiquement la désillusion de la puissance des mots*. L'énergie développée par le soignant pour convaincre et raisonner le patient potentiellement violent ne suffit pas à juguler l'explosion violente.

### C) LA VIOLENCE DES PATIENTS DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UN RISQUE

Au travers des entretiens que nous avons conduits nous percevons assez clairement que la notion de gestion des risques est une réalité beaucoup plus avancée dans les établissements de soins généraux qu'en établissement psychiatrique.

Dans les établissements psychiatriques il semble que, « *le plus souvent, seules la pharmacovigilance et la matériovigilance soient organisées. La gestion des risques est peu développée mais les interlocuteurs identifient qu'il s'agit d'une priorité.* »

Ils conviennent de l'intérêt de gérer le risque violence, selon la procédure de gestion des risques.

Celle-ci est connue : identification, analyse, objectifs d'amélioration, mesures correctives, mais aucun interlocuteur repéré ne coordonne et conduit la démarche.

Il existe des signalements du risque violence dans tous les établissements rencontrés. Ils sont effectués sur une feuille de signalement spécifique descriptive de l'incident ou bien sur une fiche de déclaration commune à tous les risques.

Tous les interlocuteurs signalent « *les sous déclarations par rapport à la réalité* ». Les explications à ce phénomène semblent être de deux natures : la répétition des actes de violence physique ou verbale banalise la déclaration. Les soignants affirment l'impossibilité de déclarer chaque fois qu'ils sont victimes. La déclaration est effectuée

lorsque l'incident « violence » est particulièrement grave ou par lassitude après une série d'évènements.

L'autre explication de la sous déclaration est la résistance individuelle des soignants à déclarer par peur du jugement de la hiérarchie. La crainte de « *se voir jugé d'incompétence* » existe. Certains soignants vivent la violence des patients comme une « *blessure d'amour propre et portent personnellement une appréciation très négative sur leur impossibilité à avoir pu « contrôler » le patient violent.* »

La phase d'analyse de l'incident est parfois réalisée par le Directeur des Ressources Humaines et/ou le Directeur des Soins. Les interlocuteurs entendus reconnaissent le bien-fondé de créer un comité pour analyser les incidents violence déclarés et réfléchir aux objectifs d'amélioration.

#### D) UN MANAGEMENT PERSONNALISÉ DU DIRECTEUR DES SOINS PERMET D'ATTÉNUER LE RESSENTI DE LA SOUFFRANCE LIÉE À LA VIOLENCE DES PATIENTS

Nous avons noté que ce sont les cadres de proximité qui par leur style de management vont influencer sur le vécu de la violence. Ce premier interlocuteur, par son attention ou son indifférence relative, va induire la réduction ou la majoration du ressenti.

Les infirmiers ont tous cité « *l'importance de ce premier interlocuteur.* » La qualité de son écoute, sa volonté de faciliter les diverses démarches administratives liées à la déclaration d'accident du travail si besoin, sont jugées déterminantes.

La reconnaissance que le cadre va accorder au personnel victime de violence est chargée de signification, car à travers son positionnement, c'est une reconnaissance par la hiérarchie de l'institution hospitalière qui est identifiée. Les soignants nous disent « *l'importance de savoir que ce qu'ils ont subi n'est pas banal et a du «prix» pour l'institution.* »

Le management du directeur des soins peut intervenir secondairement de façon directe lors d'actes particulièrement graves ou répétés nécessitant une action spécifique de la direction : dépôt de plainte, changement souhaitable de poste de travail.

De façon plus indirecte, le management des équipes soignantes réalisé à travers la mobilité professionnelle permet la réduction de la souffrance des soignants. La mobilité

systématique préconisée par un Directeur des Soins rencontré *« évite la lassitude et la saturation : elle est source de re-motivation. »* Selon cette personne, *« 99 % des agents ayant connu une mobilité sont satisfaits de leur changement de poste de travail. »*

*« Une attention particulière du Directeur des Soins devra être portée sur la composition des équipes susceptibles de prendre en charge des patients potentiellement violents. Cela se traduira par un équilibre quant à la féminisation de l'équipe et la présence de personnel expérimenté. »*

## E) LA FORMATION PROFESSIONNELLE INITIALE PERMET D'APPRÉHENDER L'ÉVOLUTION DES PHÉNOMÈNES SOCIAUX

Le constat général réalisé par les professionnels exerçant en service de psychiatrie et rencontrés lors des entretiens est globalement satisfaisant en ce qui concerne la formation initiale du personnel infirmier. *« Le comportement adopté pour faire face aux situations de violence des patients est adapté et efficace. »*

Les étudiants infirmiers appréhendent la confrontation à la violence avant le premier stage dans la spécialité psychiatrique. Ils évoquent *« leurs craintes, puis celles ci disparaissent au fur et à mesure du déroulement de la formation. »*

Il est possible qu'en évoquant la violence des patients lors des enseignements cliniques et surtout lors du temps consacré aux exploitations des stages, les appréhensions du début soient levées.

Le cheminement personnel concernant la profession, la maturité personnelle, l'expérience acquise lors des stages peuvent conférer plus de sérénité pour faire face à la violence.

*« Les modules optionnels pouvant traiter de ce thème et proposés par les instituts de formation ainsi que la mise en place du stage pré-professionnel d'une durée de huit semaines permettent à l'étudiant de commencer à se construire un positionnement individuel face à cette violence. »*

*« Les travaux de fin d'études, souvent reflet des préoccupations qui animent les étudiants, abordent très rarement ce problème de violence. »*

Des cadres d'unités de soins privilégient l'apprentissage par le « compagnonnage ». Nous avons perçu que là où un tel système est en place c'est qu'il correspond à une orientation forte de l'équipe de soins motivée par l'interdépendance entre chaque membre pour assurer une sécurité collective.

*« Il est délicat d'évaluer comment les capacités d'adaptation des jeunes professionnels sont développées par la formation initiale. »* Nous avons l'impression à l'issue de nos entretiens qu'il leur est reconnu des compétences pour gérer les situations de violence. Les attitudes et comportements sont jugés *« opérants, bien intégrés dans les processus de soins et respectueux des patients »*.

La formation continue peut prendre différents contours sur ce sujet. Elle peut développer un mode d'approche de ce problème très opérationnelle et/ou conceptuelle. Elle doit permettre *« aux soignants de bien identifier leurs registres d'intervention dans le domaine de la violence et conférer une assurance quant à leurs capacités à réagir. »*

Les connaissances et les apprentissages des bonnes attitudes favorisent la levée de la peur source de mise en danger par les attermoissements et les indécisions qu'elle provoque.

### **Les résultats des entretiens font apparaître certains points de convergence et des spécificités sur les thèmes développés par les personnes interrogées.**

Le tableau ci-après fait la synthèse de ces observations. Pour sa lisibilité nous avons fait le choix de regrouper les professionnels en grandes catégories :

Direction : DRH et DS

Equipe de soins : encadrement et personnel infirmier

Personnel médical : praticiens hospitaliers

Autres : médecin du travail, enseignants IFSI, formateur, gestionnaires des risques

### **CONVERGENCES/ DIVERGENCES**

**OUI = convergence de point de vue sur le thème**

**NON = divergence de point de vue sur le thème**

<b>THEME</b>	<b>Direction</b>	<b>Equipe soins</b>	<b>Personnel médical</b>	<b>Autres</b>	<b>commentaires</b>
<b><u>Evolution de la psychiatrie</u></b>					
*structuration en petites unités	oui	oui	oui	Pas concernés par la question	
*évolutions thérapeutiques	oui	oui	oui		
*modification de la population soignée	oui	oui	oui		
<b><u>Identification et reconnaissance de la souffrance</u></b>					
*reconnaissance par le cadre, l'équipe de soins, l'équipe médicale, permet la diminution de la souffrance	oui	oui	oui	oui pour med du travail non pour med du travail	Pour les cadres, IDE, PH, la souffrance des soignants liée à la violence des patients n'est pas une réalité
* existence de la souffrance	oui	non	non		
<b><u>La violence : risque hospitalier</u></b>					
*formalisation des signalements procédure de gestion des risques	oui	oui	oui	oui pour gest des risques	Convergence sur la nécessité de mettre en place la gestion des risques
*sous déclaration par crainte du jugement	oui	oui	oui		
<b><u>Management</u></b>					
*importance du rôle du cadre de proximité	oui	oui	oui	oui pour med du travail	Seul un DS préconise la mobilité systématique comme mode de management permettant de diminuer la souffrance
*rôle du DS dans la constitution des équipes	oui	oui	oui	/	
* mobilité évite la lassitude	oui	/	/	/	

<b>Formation</b>		oui pour		oui pour	
*adaptation des jeunes professionnels aux situations de violence	non	IDE non pour cadres	oui	ens IFSI et form continue	DS et cadres préconisent une formation continue sur ce thème pour jeunes professionnels
*nécessité d'un compagnonnage ou tutorat	oui	oui	oui	oui	
* utilité de la formation continue	oui	oui	oui	oui	

A la suite de ce tableau récapitulatif des positions de chaque catégorie de professionnels interrogés, nous souhaitons apporter notre commentaire sur le contenu des entretiens.

## 2.2.2 ANALYSE GLOBALE

Nos interlocuteurs ont souligné une certaine modification de la population soignée en établissement psychiatrique. Il semble que l'apparition de patients présentant des troubles psychologiques flous favorise les manifestations violentes à l'encontre du personnel soignant. Ces patients « psychopathes », désinsérés socialement, chez lesquels on note une absence de repères, ne connaissent pas de limites et peuvent se montrer extrêmement violents même lorsqu'ils sollicitent leur hospitalisation. Les frustrations sont souvent à l'origine du passage à l'acte violent.

Les travaux de DOLLARD expliquant la violence par la frustration trouvent tout leur sens. Ces situations de prise en charge sont très discutées par le personnel soignant dans son ensemble car la limite entre ce qui est de l'ordre du soin et ce qui est de l'ordre de la régulation sociale est très ténue. Le soin psychiatrique doit-il contribuer à cette fonction de régulation sociale jusqu'à parfois se substituer à la justice et à la police ?

Il est indéniable que les évolutions réglementaires visant à rechercher le consentement du patient à ses soins et les améliorations pharmaceutiques de la spécialité psychiatrique ont considérablement modifié les modes de prise en charge des patients. Ces choix thérapeutiques au bénéfice des patients sont parfois difficiles à assumer par un personnel infirmier en petit nombre dans les unités de soins, sollicité par une multitude de tâches pas toujours afférentes aux soins.

Les aménagements architecturaux en lien avec une démarche d'humanisation ont contribué à une diminution de la violence dans les unités de soins, mais quand malgré tout celle-ci apparaît, l'équipe de soins alors réduite ne peut y faire face seule et il est fréquemment fait appel à des secours extérieurs au service.

Ces appels à l'aide sont très mal venus pour toutes les parties, les unes vivant difficilement de ne pouvoir gérer seules la situation, les autres vivant mal d'être obligées d'interrompre une tâche, un soin, pour intervenir ponctuellement auprès d'un patient.

L'identification et la reconnaissance de la souffrance semblent assez bien réalisées. Les déclarations apparaissent systématiques lorsqu'il y a une atteinte physique, mais la complexité des démarches est difficilement vécue par le personnel alors fragilisé par ce qu'il vient de subir. Il semble nécessaire que les directions fonctionnelles interviennent pour prendre en compte la particularité de ces déclarations et facilitent les démarches administratives.

La souffrance peut apparaître secondairement après que des efforts intenses aient été mis en œuvre pour éviter l'apparition de la violence du patient. Lorsque malgré l'énergie déployée ces tentatives s'avèrent vaines, l'échec génère un sentiment d'impuissance, de lassitude, de culpabilité et d'incompétence chez certains soignants. Ce ressenti ne s'installe pas de façon durable la plupart du temps, sous réserve que l'équipe de soins et l'encadrement médical et paramédical prennent en compte ce vécu négatif.

Dans nos entretiens nous n'avons pas trouvé confirmation des propos tenus par Monsieur le Docteur RIOTON nous signalant que, selon ses études sur la violence 14 % des victimes ont des pans entiers de leur personnalité qui tombe à l'occasion d'actes de violence, faisant ainsi des traumatisés psychiques.

En structure de soins généraux, les cellules de gestion des risques sont en place, rattachées ou pas aux cellules qualité. Les contraintes réglementaires concernant les vigilances et les risques liés aux soins prodigués ont favorisé cette mise en place.

Nous pouvons penser que sous l'impulsion des procédures d'accréditation les établissements psychiatriques vont développer des cellules de gestion des risques à l'exemple de l'établissement psychiatrique Paul Guiraud de Villejuif qui a installé une cellule spécifique pour conduire la gestion du risque violence : l'observatoire local de sécurité.

Le Directeur des Soins doit prendre une place active dans de telles cellules de gestion des risques avec les autres partenaires de l'institution : directions fonctionnelles intéressées, corps médical, encadrement, représentants du personnel, médecin du travail.

Un travail important devra être conduit auprès de l'ensemble du personnel afin de favoriser le signalement d'évènements indésirables et de lever les réticences liées à la crainte des sanctions. La généralisation de la gestion des risques et la formation continue et initiale des jeunes professionnels peuvent permettre ce changement de culture nécessaire à la qualité du signalement. Des actions peuvent être conduites également en direction de l'encadrement pour qu'il adopte systématiquement une attitude aidante et rassurante.

Le management conduit par le cadre de santé apparaît essentiel et tout particulièrement lorsqu'un agent est victime de violences de la part d'un patient. Le Directeur des Soins pourra sensibiliser l'encadrement quant à ses responsabilités dans l'accompagnement des agents agressés.

Le recul du Directeur des Soins par rapport aux activités de soins lui permet de faire une analyse plus objective des contextes de violence. Il pourra proposer et mettre en place les modifications nécessaires et possibles. L'observation des divers phénomènes qui émergent des unités de soins conduira à proposer le développement des axes de formation continue.

L'enseignement de la clinique psychiatrique n'aborde pas de façon directe les phénomènes de violence. Cette question est traitée à partir des expériences vécues lors des stages au sein des services des soins. Ce mode d'approche semble sans doute plus pertinent car il favorise l'expression des ressentis. Nous savons que la bonne connaissance de sa propre position face à la violence favorise la bonne attitude soignante auprès du patient agité.

Le compagnonnage ou le tutorat évoqué par certains cadres apparaît indispensable à proposer aux jeunes professionnels, mais la réduction des effectifs soignants en service, la rotation du personnel peuvent constituer des freins à la généralisation de ce mode d'apprentissage.

**A l'issue des résultats et de l'analyse des entretiens nous percevons un écart entre nos hypothèses et cette analyse sur divers points.**

**En synthèse nous notons :**

Les différentes évolutions de la psychiatrie dans les champs réglementaires structurels et organisationnels conduisent effectivement à une appréhension différente de la violence.

**La structuration en petites unités** modifie les capacités du personnel pour faire face aux situations de violence.

**Les évolutions thérapeutiques moins sédatives** ne permettent plus un contrôle chimiothérapique du patient à risque.

**La population soignée en institution psychiatrique s'est modifiée** ; les patients présentant des pathologies de type psychotique sont pris en charge dans les structures alternatives à l'hospitalisation mais les patients au profil pathologique de type psychopathique sont plus fréquemment admis dans les unités de soins.

La **reconnaissance de la souffrance** des soignants liée à la violence des patients est **essentielle**. Elle permet l'atténuation de cette souffrance.

Elle est faite par le **cadre de proximité et l'équipe de travail**.

Secondairement, le médecin du travail et le psychologue du travail contribuent à cette reconnaissance.

Ce besoin ne se traduit pas la plupart du temps par un dépôt de plainte de la part du soignant à l'encontre du patient.

**Cette souffrance des soignants ne semble pas être une réalité**. L'exercice en milieu psychiatrique pourrait protéger de la souffrance au travail.

Certains interlocuteurs ont noté des phénomènes de **lassitude** de la part de soignants. Ils apparaissent lorsque la gravité des actes de violence et /ou la répétition sont conjuguées à des situations personnelles difficiles. Cette lassitude trouve son expression par les revendications concernant les organisations de travail.

Le management du Directeur des Soins a son importance de façon indirecte. Il devra être attentif à la **constitution des équipes** de travail. L'analyse des situations et les mesures prises contribuent à la résolution du problème violence. Le **management du cadre de proximité** est de première importance sur ce sujet. **La qualité de son écoute et l'animation de l'équipe** qu'il met en place sont des facteurs d'atténuation du ressenti douloureux.

La violence des patients est un **risque à prendre en compte** en institution psychiatrique. La procédure de gestion des risques est connue mais peu mise en œuvre par défaut de structure de gestion des risques

Il existe une **réticence à systématiser les signalements** de la part du personnel soignant. **La crainte de l'appréciation négative** portée par la hiérarchie sur la situation de violence et les actes de soins freine la démarche de déclaration.

**La formation initiale** du personnel infirmier et aide-soignant **prépare** les jeunes professionnels à faire face aux situations de violence.

Les enseignants favorisent les expressions des ressentis sur ce sujet au retour des stages effectués dans les unités de psychiatrie.

Certains services développent le « **compagnonnage** » auprès des jeunes professionnels.

L'encadrement et les infirmiers rencontrés portent une **appréciation positive** sur les capacités des jeunes professionnels à gérer les situations de violence. Les actions de soins en ce domaine sont jugées **pertinentes et efficaces**.

La recherche théorique effectuée sur les concepts qui nous intéressent, et le travail d'enquête, nous permettent de formuler quelques propositions d'actions à mettre en œuvre par le Directeur des Soins.

**Elles auront pour objectif de permettre la réduction de l'impact des actes de violence des patients sur le personnel soignant en établissement psychiatrique.**

### **3 IMPLICATION DU DIRECTEUR DES SOINS : MOTEUR DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS LIÉE À LA VIOLENCE DES PATIENTS**

Les actions à mettre en œuvre par le Directeur des Soins se situeront dans le champ stratégique institutionnel, du fait de la place qu'il occupe au sein de l'équipe de direction, et elles seront opérationnelles par ses responsabilités à la direction des soins.

#### **3.1 LES ACTIONS STRATÉGIQUES INSTITUTIONNELLES**

##### **3.1.1 LE DIRECTEUR DES SOINS ACTEUR DU PLAN D'ACTION CONTRE LA VIOLENCE**

Le Directeur des soins, membre de l'équipe de direction et éventuellement du conseil stratégique tel que défini dans le projet de gouvernance, prend toute sa place dans la mise en œuvre d'un plan d'action visant à réduire la violence des patients à l'encontre du personnel soignant. De tels plans d'actions ont été largement favorisés par la circulaire DHOS n°2000/609 du 15 décembre 2000. Beaucoup d'établissements se sont engagés dans cette voie. Le Directeur des Soins participera à l'élaboration, voire conduira ce plan.

La réussite de la mise en œuvre des différentes phases du plan sera fonction de **l'engagement de la totalité des acteurs institutionnels** : direction, corps médical, corps soignant et représentants du personnel.

L'engagement fort de la direction devra être lisible par les agents et les usagers.

##### **A) LE PLAN D'ACTION EN DIRECTION DU PERSONNEL SOIGNANT**

La prise en compte du ressenti douloureux lié à la violence des patients s'effectuera à travers l'élaboration d'**un protocole de prise en charge du personnel victime de violence**.

Ce protocole déclinera les différentes étapes de cette prise en charge : par le cadre de proximité, par le Directeur des Soins, voire la direction générale en cas d'extrême gravité.

Il précisera les démarches administratives à satisfaire et pourra préciser sous forme d'un logigramme les informations à dispenser : information sur la possibilité d'avoir recours à la médecine du travail et à la psychologue du travail. Les informations porteront également sur les possibilités de dépôt de plainte et d'assistance par l'institution hospitalière si cette voie est retenue.

L'identification d'un accident dans une unité de soins nécessitera **qu'un temps d'information et de parole soit accordé à ce sujet en réunion d'équipe de soins**. La nécessaire implication du corps médical dans la résolution de ce problème sera soulignée lors de la présentation du plan d'action à la **Commission Médicale d'Etablissement**.

## B) LE PLAN D'ACTION EN DIRECTION DES PATIENTS

Nos entretiens ont relevé la modification des attitudes thérapeutiques et de la population soignée. La **création d'un observatoire local « sécurité violence »** constitué des partenaires du soin (personnel soignant, médecins et de la direction) peut suivre les différentes évolutions constatées. L'objectif sera d'identifier ces évolutions et de préparer, concevoir et proposer dans le cadre de la pluridisciplinarité les réponses les plus adaptées à apporter.

La constitution d'un tel observatoire relève de la volonté du Directeur d'établissement et du Président de la **Commission Médicale d'Etablissement**. Cet observatoire pourra également être chargé d'élaborer et de proposer pour avis aux instances consultatives de l'établissement, les **différents protocoles de soins liés à ce type de prise en charge** : protocole de mise en chambre d'isolement et protocole d'accueil des patients admis sous contrainte au regard de la Loi du 27 juin 1990.

Son champ d'action sera étendu à **assurer la veille entre la nécessité de prodiguer des soins et le respect de la volonté du patient** : choix du secteur d'hospitalisation, choix du praticien hospitalier au sein du secteur. Nous savons qu'actuellement le manque de place en service d'hospitalisation est un des sujets les plus importants de mécontentement des patients en institution psychiatrique.

### 3.1.2 LE DIRECTEUR DES SOINS AU CŒUR DE LA GESTION DES RISQUES

Sous l'impulsion de l'accréditation, les établissements hospitaliers vont organiser les différentes vigilances. La sensibilisation du personnel soignant et médical à la mise en place de cette gestion pourra associer la vigilance au risque violence.

Il apparaît pertinent de ne pas dissocier cette vigilance des autres. La même démarche sous tend en effet les principes de déclaration et d'actions. L'objectif de cette vigilance particulière sera de favoriser les signalements d'incidents indésirables en lien avec la violence afin de mieux les identifier, mieux les connaître, mieux les prévenir et mieux les gérer.

#### LE SIGNALEMENT

L'équipe de direction aura à **déterminer la procédure de signalement** avant d'en faire la diffusion. En effet il est important de déterminer qui est habilité à signaler et ce qui doit être signalé.

De plus il faut établir la trajectoire du signalement de façon précise pour l'assurer d'effet.

La **culture du signalement étant peu développée**, il convient de mettre en place une information juste et claire afin de lever autant que faire se peut les réticences du personnel. Le Directeur des soins, dans son champ de responsabilités, devra prendre en compte cette réserve.

Le support de signalement fera l'objet d'un examen précis : aménagement d'une fiche de signalement déjà existante ou création de la fiche.

La gestion du risque violence devra être organisée **dès réception du signalement**. L'observatoire local de sécurité mis en place par le plan d'action pourra être chargé de **l'examen des signalements et de la proposition de mesures correctives**, ainsi que de l'évaluation de l'effet des mesures proposées. Sa mission sera étendue à la **création du document relatif à l'évaluation des risques** au sens du décret du 5 novembre 2001. Ces propositions sous-entendent la légitimité et la pérennité d'un tel observatoire. Les enjeux liés à sa constitution, le choix des membres et l'information des instances sont évidents et préfigurent de son efficacité.

### 3.1.3 LE DIRECTEUR DES SOINS AU CARREFOUR DES LOGIQUES DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES

La prise en compte des problèmes de violence en institution psychiatrique nécessite une collaboration des différentes directions fonctionnelles.

Les projets de restructuration des établissements hospitaliers psychiatriques imposent une réflexion en amont afin de **créer les structures aptes à faciliter la prise en charge des patients violents**.

Faut-il créer des unités spécifiques pour l'accueil de tels patients ? La structuration en unités plus spécialisées permet-elle de fournir une relative contenance et sécurité au patient, limitant par la même les expressions violentes ? Ces questions doivent associer dans une même réflexion équipes médicales, soignantes et direction.

La **performance actuelle des systèmes d'alerte en cas de danger** permet de sécuriser les agents, en particulier ceux travaillant sur des postes isolés (postes de nuit en particulier). La dotation de tels équipements dans les services nécessite souvent des aménagements, et une maintenance régulière. Le travail en commun entre le personnel soignant et la direction des services économiques et techniques permet de cibler le besoin, et d'acquérir le matériel correspondant selon les fonctions recherchées de l'appareil : solidité, maniabilité ...etc.

Le travail en commun avec la direction des ressources humaines portera sur les **effectifs en terme de qualification et de recrutement**. Les besoins spécifiques des unités chargées d'accueillir les patients potentiellement violents devront être précisés : qualification des agents, nombre d'hommes... Il convient de s'interroger sur la nécessité de **créer une équipe de « sécurité »** ayant pour objectif d'intervenir en cas de difficultés dans un service. Quelle doit être la qualification, les missions et les limites du champ d'intervention d'une telle unité ? La politique de recrutement doit prendre en compte la donnée de la violence ; les **priorités de remplacement du personnel absent** peuvent aussi être définies à partir de ce paramètre.

Les questions liées à la violence dans les services de soins seront traitées de concert par le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Soins devant le **Comité Technique d'Établissement** et le **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail**.

## **3.2 LES ACTIONS OPÉRATIONNELLES CONDUITES PAR LE DIRECTEUR DES SOINS**

### **3.2.1 LE PROJET DE SOINS : OUTIL DU CHANGEMENT AU SERVICE DU DIRECTEUR DES SOINS**

Une des missions principales du Directeur des Soins est d'élaborer et de **mettre en œuvre le projet de soins** avec l'ensemble des personnes concernées. Nous avons précédemment affirmé que le plan d'action contre la violence doit associer tous les partenaires du soin ; la même démarche sera suivie pour concevoir le projet de soins ; particulièrement lorsqu'il s'agira de décliner le projet de soins en direction des patients potentiellement violents. Un **appui sera pris sur le projet médical** mais il semble intéressant que **les valeurs qui sous-tendent ce type de prise en charge soient affirmées.**

Ces valeurs seront énoncées en terme de **respect du patient et de maintien d'une démarche soignante** même lorsqu'il est nécessaire de contenir le patient violent. Nous savons que le moment de la contention est émotionnellement difficile pour les soignants qui la réalisent. Ce temps particulier peut générer des dérives dans les attitudes et les comportements. **Réinscrire ce temps comme temps de soin peut permettre un meilleur positionnement.**

La dynamique impulsée par le projet de soins sur ce sujet s'étendra à **la gestion des risques et au développement de la démarche qualité.** L'accréditation sera un élément favorisant de la mise en place de ces démarches.

La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation présidée par le coordonnateur général des soins au sens du projet de gouvernance hôpital 2007 aura à se prononcer sur l'organisation des soins et le projet de soins. Elle sera de part sa **pluridisciplinarité force de réflexion et de proposition sur l'organisation des soins** aux patients violents.

### **3.2.2 LE DIRECTEUR DES SOINS : RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS, MÉDICO-TECHNIQUES ET DE RÉÉDUCATION**

L'organisation des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation oblige à **travailler conjointement avec le corps médical, les services logistiques, techniques et administratifs.**

Le Directeur des Soins dans le cadre de la préparation du projet de soins mais aussi plus largement, ne pourra conduire les changements dans le domaine de la prise en charge des patients violents que si **un travail d'identification** des difficultés soulevées par ces prises en charge, et un travail **de réflexion est conduit avec le corps médical**. L'initiative de ce travail en commun pourra lui revenir et il devra la formuler auprès du Président de la **Commission Médicale d'Établissement**.

Les restructurations des établissements hospitaliers ne pourront se faire que dans un partenariat entre les acteurs directs du soins , corps médical et soignant, et les acteurs indirects : services logistiques techniques et des ressources humaines.

Le Directeur des Soins **favorisera l'élaboration des protocoles** spécifiques d'accueil du patient agressif et violent , protocole de contention...etc. Ces protocoles présentés devant les instances consultatives de l'établissement devront faire l'objet d'une **large communication afin d'être connus et appliqués**.

**L'encadrement** devra être sensibilisé à la qualité des transmissions d'informations car c'est lui qui est au cœur du **dispositif de communication**.

Les **expériences de soins innovantes** auprès de patients violents seront **valorisées** et diffusées au sein de l'établissement. Elles pourront être proposées aux revues professionnelles. Une telle production est **source d'émulation** et favorise la recherche en soins.

### **3.2.3 UN MANAGEMENT ADAPTÉ DES RESSOURCES HUMAINES**

Le management des ressources humaines conduit par le Directeur des Soins visera à **doter les équipes de soins de moyens humains suffisants** pour assurer la prise en charge des patients violents. Le sous-effectif est source de difficulté et peut potentialiser les ressentis douloureux liés à la violence des patients.

Une **politique de recrutement** menée conjointement avec la direction des ressources humaines tentera de combler les postes vacants. Cette politique sera forte et affichée, s'appuyant sur des tableaux de bord permettant d'identifier les besoins pluriannuels en personnel par catégories et par sexe.

**L'attractivité de l'établissement** sera développée en direction des instituts de formation en soins infirmiers. La mobilité des agents et la formation continue sont des éléments constitutifs de cette attractivité.

Le Directeur des Soins aura pour objectif de **respecter les différents équilibres** dans la composition des équipes chargées de l'accueil des patients potentiellement

violents : équilibre entre agents expérimentés et agents nouveaux, et entre hommes et femmes.

Il aura aussi à déterminer la mise en place d'un **service infirmier de compensation et de suppléance**, et à en définir les modalités de fonctionnement.

La réflexion en équipe de direction et avec le corps médical portera sur la **création d'une équipe de sécurité**. Les interventions de cette unité feront l'objet d'un protocole précisant le champ d'action de cette unité et le rôle essentiel de l'équipe de soins ayant en charge le patient afin de **ne pas dissocier la contention du cadre du soin**.

Le Directeur des Soins dans un contact régulier avec le **service de médecine du travail** identifiera les difficultés des agents, et de concert déterminera les aménagements à apporter. Ces aménagements pourront porter sur **l'affectation et le rythme de travail**. Ils peuvent s'avérer nécessaire temporairement pour permettre à un agent de retrouver sa position soignante à la suite d'une agression par un patient.

Le Directeur des Soins favorisera la mise en place des **réunions d'équipe et des groupes de parole** au sein des unités de soins afin que le sujet de la violence fasse l'objet d'échanges entre les professionnels. Nous avons perçu à travers nos entretiens la place primordiale de ces **temps de verbalisation comme réducteurs des difficultés psychologiques** consécutives à la violence.

L'ensemble des démarches mises en œuvre par le Directeur des Soins : élaboration du projet de soin, gestion des risques et création d'un observatoire local sécurité, s'appuie sur **le volontariat des agents. Une attitude ouverte et participative** du Directeur des Soins incitera les agents à être membres des différents groupes de travail nécessaires à la mise en place de ces actions.

Le Directeur des Soins aura à **évaluer les actions conduites et le personnel d'encadrement** maître d'œuvre dans le plan d'action contre la violence. A travers ces évaluations les progrès seront signifiés mais aussi les difficultés personnelles seront identifiées. Les agents concernés par les difficultés feront **l'objet d'un accompagnement**.

### 3.2.4 SE FORMER POUR CHANGER

La formation initiale et continue contribue à permettre le changement. Elle favorise l'acquisition de connaissances et de pratiques.

#### A) LA FORMATION INITIALE

Le Directeur des Soins, en partenariat avec L'institut de formation en soins infirmiers **participera au projet pédagogique** de l'institut. Sa place au sein du conseil technique permettra le lien entre les enseignements théoriques et pratiques.

Il pourra être sollicité pour **présenter les stages dans son établissement** et à travers cette présentation ou par sa présence lors des exploitations de stage aux cotés des enseignants, aborder la question de la violence en psychiatrie. Sa présence aura pour objectif de démystifier cette violence et de permettre aux étudiants d'aborder les stages avec plus de sérénité.

Sa participation aux **enseignements spécifiques** sur ce thème lorsque l'institut de formation fera le choix de traiter cette question en module optionnel pourra être requise.

Les stages pré-professionnels, tels que prévus désormais, tiendront compte des objectifs des étudiants et viseront à les **préparer à leur future prise de fonction** en particulier dans l'aspect particulier du soin infirmier aux patients agressifs et violents.

Le Directeur des Soins aura à sensibiliser les futurs infirmiers à la **culture de signalement** des effets indésirables en lien avec les enseignements de l'institut de formation. La politique conduite dans l'établissement pourra s'appuyer, pour modifier les comportements, sur des jeunes professionnels acquis à l'idée de cette nécessité et pour lesquels la gestion des risques est intégrée à la fonction soignante.

## B) LA FORMATION CONTINUE

Le plan d'action contre la violence mis en place dans l'établissement comportera un **volet formation continue**. Les demandes de formation des agents sur le thème de la violence pourront être **priorisées dans le cadre du plan d'action**.

La formation développera **l'identification des signes prédictifs à la violence** : une telle connaissance peut permettre de désamorcer la violence et d'éviter les passages à l'acte du patient. Elle favorise également **l'identification de son propre positionnement** face à la violence.

La formation continue pourra porter sur **l'acquisition de gestes et de postures** pour éviter la confrontation physique lorsque la violence s'exprime. Certains établissements se sont engagés dans ce type d'apprentissage. Ces formations n'ont pas pour objet de former les agents à la self-défense mais de permettre à chacun de **se préserver en cas de contact physique** et, par l'assurance d'être dans une bonne posture, de **réduire le sentiment de peur**.

La formation continue développera également **la culture de gestion des risques** auprès des infirmiers en poste. Elle tentera de lever **les réticences aux signalements** des événements indésirables. Ces réticences sont liées à la crainte du jugement voire de la sanction et nuisent à la généralisation des signalements.

L'encadrement pourra se voir proposer une **formation spécifique à l'écoute du personnel** victime de violence. La formation s'inspirera des méthodes de type « débriefing » mises en œuvre par les cellules médico-psychologiques.

Le Directeur des Soins sera sans doute conduit à solliciter des actions de formation continue, car les divers champs qu'il aura à développer pour mettre en place le plan d'action contre la violence sont très larges et mobilisent des savoirs faire. La réussite de ce projet est **dépendante de sa motivation et de son investissement dans la durée**, or nous savons que la formation continue par les connaissances qu'elle apporte et le recul sur la pratique qu'elle permet, est **source de nouveaux dynamismes**.

### 3.3 UNE MISE EN PLACE PROGRESSIVE ET PÉRENNE

La mise en place d'un plan d'action contre la violence des patients, d'une structure de gestion des risques et d'actions opérationnelles relevant du champ de responsabilités du Directeur des Soins, nécessitent du temps et de s'inscrire dans la continuité et la pérennité.

Il n'est pas possible pour un établissement de mettre tous ces chantiers en route en même temps. L'équipe de direction **devra établir un calendrier de mise en œuvre** tenant compte de l'existant, des priorités à traiter, et des investissements à fournir. Il est indispensable que la **communication** soit très large autour du calendrier de mise en œuvre. L'investissement du personnel et des responsables médicaux et paramédicaux sera d'autant plus important que les objectifs seront clairement affichés et déterminés dans le temps. Des **communications régulières sur l'avancement** de la mise en place du plan via le journal de l'établissement, notes de service ou intranet, permettent de mesurer le chemin parcouru et celui restant à faire. Elles ont une fonction rassurante et indispensable pour permettre les changements d'attitudes et de comportements.

Les actions mises en place **doivent faire l'objet d'une évaluation** après un temps préalablement déterminé.

Les résultats seront **communiqués et valorisés** afin de signifier l'intérêt à poursuivre les actions engagées. Des résultats d'amélioration significatifs : meilleure gestion des incidents, diminution des accidents du travail liés à la violence des patients pourront être présentés aux instances consultatives de l'établissement et aux représentants des usagers, contribuant ainsi à l'amélioration de l'image de l'établissement à l'amélioration des conditions de travail, mais aussi à celle de la prise en charge des patients.

En effet, de meilleures conditions d'accueil, une formation continue adaptée à ce thème, ne peuvent que contribuer à réduire les expressions violentes des patients souvent signes d'une pathologie mais pouvant être majorées par le contexte.

Une telle démarche **s'inscrit dans la démarche qualité de l'établissement** et, à ce titre, sollicite le Directeur des Soins dans l'ensemble de ses champs de responsabilités.

## CONCLUSION

Le thème de la souffrance des soignants liée à la violence des patients, que nous avons choisi de traiter dans ce travail, a été motivé par notre exercice antérieur de cadre de santé mais aussi par la perspective de notre exercice futur en tant que Directeur des Soins en institution psychiatrique.

Notre travail s'est enrichi des recherches théoriques et réglementaires que nous avons effectuées.

Les entretiens auprès des professionnels enquêtés exerçant dans cette spécialité ont modifié nos représentations de ce problème.

Nous avons acquis la conviction qu'il faut considérer la violence des patients comme un risque hospitalier.

La participation du Directeur des Soins à la gestion de ce risque contribue à la diminution des difficultés ressenties par le personnel soignant victime de violences.

Nous avons perçu la nécessité d'installer une structure spécifique de type observatoire local pour assurer la veille des phénomènes de violence.

Cette structure de veille assurera le suivi des modifications de la population soignée et des modes de prise en charge.

L'adaptation des réponses et la réactivité limiteront l'installation d'un malaise chronique, source de lassitude et de démotivation.

Nos propositions d'actions nécessitent d'être confrontées aux priorités de l'établissement et à l'état d'avancement du plan d'action contre la violence.

Ce dernier vise à diminuer les difficultés des soignants face aux patients violents.

En créant de meilleures conditions de travail et des meilleures conditions d'accueil des patients le plan d'action s'intègre totalement dans la démarche qualité de l'établissement.

Nous pensons que le Directeur des Soins pourra étendre la réflexion initiée par ce plan d'action, à la maltraitance et au harcèlement moral, phénomènes de violence non abordés dans notre travail mais présents dans les institutions hospitalières.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOI N°82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

*Journal Officiel de la République Française*, 26 décembre 1982 3858-3861

LOI N°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

*Journal Officiel de la République Française*, 14 juillet 1983

LOI N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

*Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991 10255-10268

DÉCRET N° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue à l'article L 230-2 du code du travail modifiant le code du travail ( deuxième partie : décret en conseil d'Etat )

*Journal Officiel de la République Française*, 7 novembre 2001 17523

DÉCRET N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière

*Journal Officiel de la République Française*, 23 avril 2002 7187-7191

CIRCULAIRE DHOS/P1 N°2000-609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

*Bulletin Officiel Solidarité-Santé*, 20 janvier 2001 n°2001/1 page 103

## OUVRAGES

BERGERET J : *La violence et la vie : la face cachée de l'œdipe*

Édition Payot : Paris 1994, 254 pages

BRISSETTE L, ARCAND M, BONNET J : *Soigner sans s'épuiser*

Édition Gaétan morin : Paris Mai 1998, 170 pages

CANOUI P, MAURANGES A: *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*

Édition Masson : Paris Mars 2001, 221 pages

CLEMENT J. M: *La mutation de l'hôpital*

Édition Les études hospitalières : Bordeaux Janvier 2001, 218 pages

ESTRYN-BEHAR M: *Guide des risques professionnels du personnel soignant*

Édition Lamarre : Paris Novembre 1991, 377 pages

GABA-LEROY C, BONNERY A.M, MARANDE D et all: *Prévention des risques dans l'unité de soins*

Édition Masson : Collection Encadrer à l'hôpital Paris mai 2003, 135 pages

GIRARD R : *La violence et le sacré*

Édition Hachette/pluriel : Paris Mars 1998, 486 pages

GROUILLE D : *Self défense pour tous*

Édition Chiron : Paris Mai 2002, 143 pages

JUANALS B, BERLINE J.C : *Du stress à l'anxiété*

Édition Laboratoire Biocodex : Montrouge Septembre 1997, 43 pages

MAURANGES A: *Manuel à l'usage des soignants stress et souffrance en milieu hospitalier*

Publication de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers : Montargis Février 2001, 163 pages

MAUREY G : *Etudes psychothérapeutiques imaginaire et inconscient violences*

Édition Bayard : Paris Mai 1994, 246 pages

MICHAUD Y : *La violence*

Édition Presses Universitaires de France Collection que sais je ? Vendome

Septembre 1999 127 pages

MOSER G : *L'agression*

Édition Presses Universitaires de France Collection que sais je ? Vendome

Avril 1987 125 pages

POULLAIN I, LESPY F : *Gestion des risques : guide pratique à l'usage des cadres de santé*

Édition Lamarre : Rueil-malmaison Novembre 2002, 139 pages

REYNAUD M : *Soigner la folie : approche intégrative des soins aux psychotiques*

Editions Frison-Roche Paris juin 1989 336 pages

## **THÈSES**

BELOT C : *La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier. L'exemple des hôpitaux universitaires de Strasbourg*

Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes décembre 2002, 107 pages

JUILLARD-RIETZMANN : *La nécessaire contribution de l'infirmière générale à la prise en compte de la souffrance au travail*

Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes 2000, 84 pages

RIOTON B : *Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique*

Thèse pour le Doctorat en médecine Faculté de Médecine de l'université de POITIERS  
1994 238 pages

## **ARTICLES DE PÉRIODIQUES**

ACHACHE : « Les soignants confrontés à la violence dans les services d'urgence »

*TECHNIQUES HOSPITALIÈRES* N°635 Édition Techniques hospitalières

Avril 1999 pages 40 à 47

BELFER R : « Violences, menaces et agressions, les risques du métier »

*PROFESSION INFIRMIÈRE* N°58 Mars 1997 Édition J.c.m éditions page 19

BERGMAN L : « Approches de l'agressivité et de la violence »

*SOINS PSYCHIATRIE* N°210 Septembre - Octobre 2000

Édition Masson pages 15 à 37

BUDET J.M: « La violence »

*GESTIONS HOSPITALIÈRES* N°423 Février 2003 Édition Graph pages 151 à 154

CHARLES E : « Violence vécue à l'hôpital »

*REVUE DE L'INFIRMIÈRE* N°74 Octobre 2001 Édition Elsevier pages 40 et 41

CLERE J, ARDIET G : « Violence et représentation circulation entre individus, familles, intervenants sociaux »

*ANNALES MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE* N°1 volume 155

Édition Masson Janvier 1997 pages 44 à 60

CREMNITER et COLL : « Modes de déclenchement de l'angoisse en hôpital général »

*SOINS PSYCHIATRIE* N°92/93 Juin - Juillet 1988 Édition Masson page 3

GANDER E : « Malaise dans l'institution »

*SOINS PSYCHIATRIE* N°222 Septembre - Octobre 2002

Édition Masson pages 23 à 38

GERMAIN M: « Que faire contre la violence à l'hôpital ? »

*L'INFIRMIÈRE MAGAZINE* N°177 Décembre 2002 Édition Lamarre pages 43 à 45

GIUJUZZA C : « Derrière la violence, la peur »

*SANTÉ MENTALE* N°27 Avril 1998 Édition Acte presse pages 13 à 15

HAMON A: « Pour une sécurité hospitalière avant d'être sécuritaire »

*REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE* N°489 Novembre - Décembre 2002

Édition Fédération hospitalière de France pages 28 à 29

LESAGE DE LA HAYE J: « La violence à l'hôpital »

*SOINS* N°624 Avril 1998 Édition Masson pages 3 à 15

MARASCHIN J: « Comment gérer l'agressivité »

*L'INFIRMIÈRE MAGAZINE* N°95 Juin 1995 Édition Lamarre page 23

MAURANGES A: « Communication et gestion de l'agressivité »

*SOINS PSYCHIATRIE* N°223 Novembre - Décembre 2002

Édition Masson pages 36 à 39

MONCEAU M: « Faut-il s'accommoder des violences à l'hôpital ? »

*SANTÉ MENTALE* N°42 Novembre 1999 Édition Acte presse pages 16 à 51

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE: « Le prix de la violence: 1<sup>er</sup> rapport mondial sur la violence et la santé »

*SANTÉ MENTALE* N°78 Mai 2003 Édition Acte presse page 7

RIOTON B: « Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique »

*L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE* N°2 Volume 74 Février 1998

Édition P.d.g communication pages 121 à 169

ROZEL A: « Prévention et gestion des situations d'agressivité ou de violence »

*TONIC: JOURNAL DES HOSPICES CIVILS DE LYON* N°97 2<sup>ième</sup> trimestre 2001

Édition Hospices civils de Lyon pages 10 à 13

SAINT-ETIENNE M: « Danger: violence et diagnostic infirmier »

*SOINS* N°16 4<sup>ième</sup> trimestre 1995 Édition Masson pages 11 à 20

SVANDRA PH: « L'hôpital face aux violences urbaines »

*OBJECTIF SOINS* N°88 Août - Septembre 2000 Édition Liaison sa

Le cahier du management pages 1 à 5

## **RAPPORTS**

CAILLARD J.F, DANTCHEV N, JONAS C et al: *Les soignants face à la violence dans les services de psychiatrie*

Édition L'entreprise médicale: Nanterre Février 2001, 74 pages

CAILLARD J.F, JOLIFF B, LIVET M et al: *Comment prévenir et gérer la violence dans les services de psychiatrie*

Édition L'entreprise médicale: Nanterre Mai 2003, 105 pages

CLERY-MELIN PH : *Agir aux racines de la violence*

Contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'Orientation en santé publique

Édition Fédération hospitalière de France : Paris 28 Mars 2003, 42 pages

MANUEL D'ACCRÉDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Deuxième procédure d'accréditation version expérimentale

A.N.A.E.S St Denis la plaine novembre 2003, 184 pages

PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES POUR LA GESTION DES RISQUES EN  
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

A.N.A.E.S St Denis la plaine janvier 2003, 110 pages

SARDIN D : *Rapport annuel 2002 de la médecine du travail*

Centre Hospitalier Esquirol Limoges 2002, 45 pages

VANURA D, MARMET E, DONJON A : *Modèle de gestion des risques en  
établissement de santé : organisation méthodes et outils*

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins : Paris novembre 2002,

36 pages

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I :** RÉPARTITION DES ENTRETIENS SELON LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

**Annexe II :** PRÉSENTATION DES GUIDES D'ENTRETIEN SELON LES PERSONNES INTERROGÉES

**Annexe III :** DÉCRET N°2001-1016 DU 5 NOVEMBRE 2001 PORTANT CRÉATION D'UN DOCUMENT RELATIF À L'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS

## ANNEXE I

### RÉPARTITION DES ENTRETIENS SELON LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

	CHU POITIERS	CH NIORT M.C.O+PSY	CH ESQUIROL LIMOGES PSY	CH LABORIT POITIERS PSY	CH LE BLANC M.C.O	E.N.S.P
DRH		X				
DS		X			X	
DS form						X X
PH				X X		
CADRES			X	X		
I.D.E		X	X X			
Ens I.F.S.I	X				X	
Form cont				X		
Med travail				X		
Gest risqu	X				X	

## **ANNEXE II**

### **PRÉSENTATION DES GUIDES D'ENTRETIEN SELON LES PERSONNES INTERROGÉES**

<b><u>GUIDE D'ENTRETIEN</u></b>
---------------------------------

### **DESTINÉ : DRH . DS . CS . INF**

#### **EVOLUTION DU SYSTEME DES SOINS**

- Les évolutions réglementaires et organisationnelles de la psychiatrie ont-elles eu un impact sur l'émergence de la violence dans les services de psychiatrie ?

#### **IDENTIFICATION DE LA VIOLENCE**

- Quel système est mis en œuvre pour avoir connaissance des phénomènes de violence dans les services ?
- Comment la souffrance éventuelle des soignants est-elle identifiée et prise en compte ?

#### **ACTIONS**

- S'il existe un plan d'actions contre la violence, quels partenaires internes et externes à l'hôpital associe-t-il ? qui pourrait y participer ?

- **Est-ce que le management des ressources humaines conduit par le directeur des soins (mutations, affectations, gestion des compétences) est de nature à atténuer la souffrance des soignants liée à la violence des patients ?**

## **FORMATION**

- **Les interactions violentes entre patients et soignants font-elles l'objet d'un enseignement spécifique en formation initiale et/ou continue ?**
- **Comment les soignants sont-ils préparés à accompagner les changements sociaux (violence ...) qui perturbent les relations sociales ?**

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

### **DESTINÉ AUX PRATICIENS HOSPITALIERS**

- **Les évolutions de la psychiatrie du point de vue organisationnel, réglementaire, ont-elles modifié l'appréhension de la violence ?**
- **Avez-vous identifié que le personnel soignant est en souffrance par rapport à ces phénomènes de violence ?**
- **Le personnel soignant a-t-il la formation et les compétences nécessaires à la gestion de la violence ?**

### **DESTINÉ AU MEDECIN DU TRAVAIL**

- **Quel est le suivi des signalements réalisé par le service de médecine du travail ?**
- **Identifiez vous un phénomène de souffrance liée à la violence des patients en psychiatrie ?**
- **La violence peut-elle être considérée et gérée comme un risque à l'hôpital psychiatrique ?**
- **Lorsqu'un plan d'action contre la violence est mis en œuvre, qui peut y être associé ?**

# **GUIDE D'ENTRETIEN**

## **DESTINÉ AUX RESPONSABLES QUALITÉ GESTIONNAIRES DES RISQUES**

- **Comment est organisée la gestion des risques dans votre établissement ?**
- **La violence des patients en psychiatrie peut-elle être considérée comme un risque ?**
- **Qu'est-ce qui a été fait pour favoriser les signalements d'évènements indésirables**
- **Comment sont traités ces signalements ?**
- **Quelle culture de gestion des risques est dispensée en formation initiale ?**
- **Précisez les liens gestion des risques, démarche qualité, accréditation ?**

## **DESTINÉ AUX FORMATEURS**

- **Comment la violence des patients en psychiatrie est-elle abordée dans l'enseignement initial ?**
- **Les étudiants infirmiers craignent-ils cette confrontation à la violence ?**
- **Comment favoriser l'acquisition de bonnes pratiques de soins ?**
- **Quelle stratégie de formation est mise en œuvre pour favoriser l'acquisition de compétences d'adaptation aux phénomènes sociaux ?**

## ANNEXE III

DÉCRET N°2001-1016 DU 5 NOVEMBRE 2001

**Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)**

NOR : MEST0111432D

Le Premier ministre,  
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre de l'agriculture et de la pêche,  
Vu la directive no 89/391/CEE du Conseil des Communautés européennes du 12 juin 1989, et notamment ses articles 9 et 10 ;  
Vu le code du travail, et notamment son article L. 231-2 ;  
Vu le code pénal, et notamment son article R. 610-1 ;  
Vu l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en date du 21 janvier 2000 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail en agriculture en date du 27 avril 2000 ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,  
Décrète :

Art. 1er. - Au titre III du livre II du code du travail (partie Réglementaire), il est introduit un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire  
« Principes de prévention

« Art. R. 230-1. - L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'article L. 230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.  
« La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, au sens du septième alinéa de l'article L. 236-2, ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.  
« Dans les établissements visés au premier alinéa de l'article L. 236-1, cette transcription des résultats de l'évaluation des risques est utilisée pour l'établissement des documents mentionnés au premier

alinéa de l'article L. 236-4.

« Le document mentionné au premier alinéa du présent article est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail.

« Il est également tenu, sur leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4o de l'article L. 231-2. »

Art. 2. - Il est ajouté après l'article R. 263-1 du code du travail un article R. 263-1-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 263-1-1. - Le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques, dans les conditions prévues à l'article R. 230-1, est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de 5e classe.

« La récidive de l'infraction définie au premier alinéa est punie dans les conditions prévues à l'article 131-13 du code pénal. »

Art. 3. - L'article R. 263-1-1 du code du travail entrera en vigueur un an après la publication du présent décret.

Art. 4. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, la garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 novembre 2001.

Lionel Jospin  
Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,  
Marylise Lebranchu

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,  
Jean Glavany