



HAL
open science

Faire face à la violence au travail (Une comparaison entre trois métiers (infirmières, policiers et machinistes))

Marc Loriol

► **To cite this version:**

Marc Loriol. Faire face à la violence au travail (Une comparaison entre trois métiers (infirmières, policiers et machinistes)). *Médecine*, 2014, 10 (8), pp.357-361. 10.1684/med.2014.1144. halshs-01248797

HAL Id: halshs-01248797

<https://shs.hal.science/halshs-01248797>

Submitted on 28 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Marc Loriol, 2014, Faire face à la violence au travail (Une comparaison entre trois métiers (infirmières, policiers et machinistes), *Médecine*, John Libbey, 10 (8), pp.357-360.

Les trois métiers étudiés (à partir d'enquêtes qualitatives approfondies par entretiens et observations et, pour les policiers et les infirmières, de deux enquêtes quantitatives [3,6]) permettent d'illustrer trois façons différentes de percevoir et de gérer collectivement les comportements agressifs (physiques ou verbaux) des usagers. Il ne s'agit pas de donner des conseils de conduite, mais de mettre au jour les différences relatives dans les formes et les logiques de *coping* collectif caractéristiques de chacun de ces métiers.

Tout d'abord, le sens des violences externes apparaît comme socialement construit, propre à chaque culture professionnelle locale [2, 6]. Par exemple, pour les infirmières, un malade agressif ou peu reconnaissant est toujours mal vécu ; mais le fait de s'occuper de patients avec de graves problèmes de santé, si les moyens existent pour le faire correctement, peut être l'occasion de faire la preuve de ses compétences et peut être source de satisfaction. À l'inverse, les policiers acceptent relativement mieux d'avoir à faire à des délinquants violents et l'interpellation d'un individu dangereux peut même être vécue comme prestigieuse et valorisante. Par contre, ils disent moins supporter d'avoir à prendre en charge des personnes blessées ou malades, ce qui sort à leurs yeux du cadre de leurs compétences et de leur « vraie » mission. Ensuite, la façon de traiter et de gérer les conséquences de la violence diffère d'un groupe à l'autre. Si globalement les infirmières gèrent les problèmes de violence par le soutien interpersonnel et la tentative plus ou moins efficace suivant les services ou les établissements de tri (symbolique ou réel) des malades [2, 6, 7] ; les policiers apparaissent plus tournés vers la coopération et la gestion en amont et entre soi, au sein de l'équipage ou de la brigade, des difficultés ; tandis que les machinistes se distinguent par une gestion encore plus collective de la question par le biais des conflits sociaux et des revendications syndicales. Ces trois grandes formes de réaction impliquent un niveau plus (pour les infirmières) ou moins (pour les policiers et les machinistes) élevé de psychologisation des problèmes sociaux.

Les agressions à l'hôpital

D'après l'enquête SUMER, en 2003, 24 % des salariés déclarent avoir subi une agression verbale ou physique durant les 12 derniers mois et 45 % des infirmiers et paramédicaux. L'enquête NEXT-PRESST comme l'enquête SUMER montre que les infirmières sont les plus exposées des paramédicaux. Les services les plus concernés sont dans l'ordre, la psychiatrie, les urgences et les services accueillant des personnes âgées. Parmi les types d'établissements, les CHS sont les plus concernés par la violence et les cliniques privées à but lucratif celles où il y a le moins de plainte (effet de sélection des patients ?).

Les enquêtes quantitatives comme les observations et les entretiens dans différents services [3, 6] mettent en évidence deux grands types de causes à la violence : les caractéristiques des patients (pathologie, origine sociale, absence de tri) et l'organisation du travail (manque de temps, de coordination qui créent des désorganisations ou des temps d'attente qui sont sources de conflits, de formation, d'activités pour occuper les malades...).

Voici, dans les libres réponses de l'enquête NEXT-PRESST, quelques exemples de ces questions d'organisation évoqués par les soignants :

« Le fait d'aller à la pharmacie se procurer le matériel alors que les patients aimeraient qu'on leur donne tout, la difficulté à placer les gens dans les services d'hospitalisation. Il faudrait avoir des réunions inter-services pour parler des difficultés d'hospitalisation des malades aux urgences (places à réserver, transmissions non effectuées lorsqu'on appelle au téléphone, temps d'attentes des patients gérés aux urgences pour les services : 2 à 5 heures sur un brancard) ; un meilleur accueil par la création d'un poste d'infirmière d'accueil avec la possibilité de créer une salle avec la gestion des patients venant pour des prolongations d'arrêt de travail, des renouvellement d'ordonnance... » (infirmière, CHG).

« Certaines familles ne veulent pas entendre parler de sous effectifs ce qui entraîne de l'agressivité, du stress et de l'angoisse » (aide-soignante, CHU).

« L'incompréhension des malades lorsqu'on ne peut répondre à leur demande, en fait on juge en permanence le degré d'urgence, on travaille de façon subjective sur des priorités » (infirmière, CHG).

Les soignants se sentent coincés entre des contraintes organisationnelles, un manque de moyens et de coordination croissant et des patients de plus en plus exigeants qui ne peuvent ou ne veulent pas voir les limites de l'aide qui peut leur être apportée.

Le cas de la psychiatrie

En psychiatrie les plaintes concernant la violence sont les plus fréquentes du fait des évolutions sociales et organisationnelles. La montée des patients cumulant problématiques psychiatriques et sociales engendre des problèmes relationnels et de violence d'autant plus difficiles à gérer que la disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique se traduit par un personnel moins spécialisé et plus féminisé, le travail de contention physique étant ainsi pris en charge par un nombre réduit d'infirmiers [3, 6]. *« Les hommes en psychiatrie sont de plus en plus utilisés pour gérer la violence »* se plaint cet infirmier en CHS. Les réformes en cours en rationalisant les soins et en cherchant à réduire les durées de séjour n'arrangent pas les choses. Non seulement, un certain nombre d'activités occupationnelles (sorties, jeux, activités créatrices ou sportives avec les patients) sont dévalorisées, surtout si elles sont prises en charge par des personnels peu qualifiés, mais les patients sont gardés moins longtemps, ce qui ne favorise pas la construction de relations de confiance. Les facteurs environnementaux comme le manque d'intimité, les services fermés, la surpopulation avivent les tensions tandis que les patients décrivent les journées sans activité, un univers plus impersonnel. La gestion de l'agressivité est donc rabattue sur des techniques traditionnelles telles que la contention, les médicaments et l'isolement qui ne font que reporter le problème sans améliorer la relation soignant-soigné [1, 6].

Les infirmières et infirmiers plus âgés, dont l'expérience collective permet une meilleure gestion de l'agressivité des patients avec une utilisation plus mesurée des moyens de contraintes, se sentent moins reconnus, ne disposent plus toujours des moyens pour faire leur travail comme ils le souhaitent [1, 6]. Par exemple, les soignants de centres hospitaliers psychiatriques avaient parfois créé des associations professionnelles ayant pour but de

dégager des moyens pour organiser des activités extrahospitalières avec les patients (voyages, sorties, tournois sportifs ou ludiques, etc.) qui sont autant d'occasions de nouer des liens plus détendus et plaisants avec les malades et de réduire l'agressivité. Mais ces initiatives ont souvent été visées par les réformes au nom de critères gestionnaires. Dans ce contexte, la transmission des expériences et savoir-faire des anciens vers les plus jeunes est découragée par un système d'évaluation du travail qui valorise plus la dimension quantitative et technique de l'activité plutôt que son versant qualitatif et relationnel. Cette déficience des savoirs pratiques de métier se manifeste par le fait que les cadres, les formateurs et les intervenants (souvent « psy ») spécialisés doivent de plus en plus mettre l'accent sur les compétences relationnelles et d'empathie et les techniques de communication, mais sans pouvoir prendre en compte les conditions sociales, organisationnelles ou environnementales qui font que ces compétences peuvent être acquises et surtout effectivement mises en oeuvre.

Comment les soignants font face ?

Le soutien que les soignants peuvent recevoir est surtout d'ordre émotionnel. D'après l'enquête SUMER, parmi les soignants victimes d'agression, 84 % ont eu l'occasion d'en parler avec d'autres personnes de leur service et 54 % déclarent pouvoir bénéficier d'un soutien si ils en expriment le besoin, par contre 35 % seulement déclarent avoir des consignes ou des indications pour faire face à la violence des patients. Le soutien émotionnel par les collègues, et un peu moins par la hiérarchie et des professionnels « psy », semble donc suffisant. Par contre, la dimension organisationnelle qui rend les violences moins supportables et gérables semble encore peu développée, notamment si l'on compare à d'autres professions comme les machinistes receveurs et les policiers de voie publique.

La principale forme de gestion collective des risques de violence qui a pu être observée est le tri des malades [6]. Dans les services de neurologie, par exemple, les soignants (infirmières et aides soignantes) perçoivent les malades fortement dépendants ou déments (scléroses en plaque en phase terminale, Alzheimer, etc.) comme une charge physique et émotionnelle lourde qui rend difficile un bon travail infirmier dès lors que leur proportion dans le service est trop élevée. Pour les médecins, au contraire, la présence de ces malades permet d'avoir des sujets à faire entrer dans les protocoles de recherche en cours ; il est donc de leur intérêt, notamment dans les services impliqués dans la compétition mondiale et la recherche de pointe, d'en admettre le plus possible dans le service. Mais les médecins, peu présents dans les services, sont relativement dépendants des soignants pour l'obtention d'informations fines concernant l'évolution de l'état des malades (comment ils réagissent aux modifications de traitement ou de posologie) indispensables à leurs recherches. Un « quota » de malades difficiles peut donc être plus ou moins imposé par les soignants aux médecins. La situation est différente dans les services où les médecins sont plus présents ou ceux qui sont peu tournés vers la recherche car les soignants y disposent de moins de moyens de pression et se voient imposer plus de malades « difficiles ».

Éléments de comparaison avec les machinistes et policiers

À la fin des années 1980, différentes compagnies de transport public ont constaté une augmentation des agressions et des congés de longue durée pour motif psychiatrique (troubles dépressifs, post-traumatiques). Dans un premier temps, comme à l'hôpital, la réponse des directions est d'insister sur les compétences individuelles des agents. Mieux sélectionnés, mieux formés, les machinistes géraient mieux les conflits et l'agressivité des passagers. Des cabinets-conseils en gestion du stress sont mandatés et de nouveaux outils psychotechniques (par exemple des échelles d'alexithymie) sont testés lors de l'embauche. Devant le mécontentement des syndicats et la faible efficacité de ces mesures, les compagnies de transport public passent alors à une autre stratégie : toute agression doit être considérée comme une attaque contre l'entreprise et non contre un individu (mise en place d'un service chargé d'accompagner et de suivre les dépôts de plainte) face à laquelle la direction doit réagir par des changements d'organisation. Par exemple, si l'affichage, des horaires des bus avait entraîné l'augmentation des conflits avec les passagers mécontents de voir arriver les bus en retard, il peut être envisagé d'aménager la voirie (couloir de bus, feux rouges dédiés...) pour limiter les causes de retard ou de mettre en place un système GPS embarqué pour donner des prévisions en temps réel. Plus généralement, différentes actions comme la modification des lignes, la présence dans certains lieux de médiateurs ou d'agents de sécurité, des politiques tarifaires pour limiter la fraude des plus pauvres, etc., permettent de réduire les risques de conflits et d'agression.

L'observation de brigades de police montre que la capacité à calmer un individu agressif peut varier fortement d'un collectif à l'autre [5]. Des techniques existent comme la triangulation (entourer à trois la personne menaçante pour imposer son autorité sans violence), la division interne du travail (mettre en avant qui sait parler à telle catégorie d'utilisateur difficile), le front commun et la coordination du travail, le partage des connaissances et le retour sur les interventions passées, etc. L'importance de ce travail d'équipe se révèle lorsque des dissensions dans le groupe réduisent la coopération et que les tensions avec le public augmentent. La possibilité pour les brigades de police-secours d'être cohésives dépend de l'organisation du travail. Ainsi, dans les commissariats difficiles sont affectés en priorité des jeunes inexpérimentés, soucieux de se faire muter au plus vite vers des villes plus calmes. Le manque de policiers expérimentés réduit alors la transmission des savoirs et des valeurs professionnelles qui permettent de gérer la violence.

Les cas de ces deux métiers font ressortir comment, dans le cas des infirmières, les dimensions collectives et organisationnelles de la prévention et de la gestion de la violence ont pu être sous estimées au profit d'un accent mis sur les seules compétences individuelles.

Marc Loriol (IDHES Paris 1)

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

1. Badel S, Iseppon H. La violence en psychiatrie. Travail de Bachelor présenté à la Haute École de la Santé La Source. Lausanne: 2012.
2. Castra M. Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs. Paris: PUF; 2003.

3. Estryn Behar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France. Rennes: EHESP; 2008.
4. Lhuilier D. Cliniques du travail. Toulouse: Érès; 2006.
5. Lorient M. Répertoires d'action et travail collectif dans l'activité des brigades de police-secours. Les mondes du travail. 2011;11:15-26.
6. Lorient M. La construction du social. Rennes: PUR; 2012.
7. Penneff J. L'Hôpital en urgence. Paris: Métaillé; 1992.