

Faculté de santé publique

La gestion de la violence envers les professionnels de la santé dans les services de médecine aiguë

Mémoire réalisé par
Camille DUESBERG

Promoteur(s)
Pr. Walter HESBEEN

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

La gestion de la violence envers les professionnels de la
santé dans les services de médecine aiguë

Mémoire réalisé par

Camille DUESBERG

Promoteur(s)

Pr. Walter HESBEEN

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon promoteur de mémoire, le Professeur Walter Hesbeen, pour son accompagnement, son aide, sa patience et ses conseils durant mon parcours.

Je remercie l'UCLouvain pour son enseignement d'excellence et son accompagnement de qualité.

Je remercie tout particulièrement les divers témoins privilégiés qui ont accepté de répondre à mes questions et de me transmettre leur savoir et points de vue personnels.

Mes remerciements vont également à mon conjoint qui m'a soutenu et qui a su me motiver durant la réalisation de ce travail ainsi que mes parents pour m'avoir offert la chance de continuer à me former.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

LISTE DES ABREVIATIONS

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

SIAMU : Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

UCLouvain : Université Catholique de Louvain

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1: ECHELLE DE GRAVITE DES SIGNALEMENTS D'EVENEMENTS VIOLENTS - VIOLENCES EN SANTÉ : SYNTHÈSE DU RAPPORT 2020 DE L'ONVS	15
FIGURE 2 : LES CAUSES MENANT A L'ACTE VIOLENT	17
FIGURE 3: LE MECANISME DES RESSENTIS MENANT A L'ACTE VIOLENT	20
FIGURE 4 : LES MOTIFS DE VIOLENCE. SOURCE : VIOLENCES EN SANTÉ : SYNTHÈSE DU RAPPORT 2020 DE L'ONVS (2020) OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTÉ	22
FIGURE 5 : LES CONSÉQUENCES D'UN ACTE VIOLENT	23

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LE PLAGIAT	3
LISTE DES ABREVIATIONS	4
TABLE DES FIGURES	5
TABLE DES MATIÈRES	6
INTRODUCTION	1
1. CHOIX DU THEME	1
2. METHODE	2
3. LES OBJECTIFS DU MEMOIRE	3
4. CADRE THEORIQUE	4
<i>Définition des concepts</i>	4
<i>Législation autour de la problématique</i>	10
<i>State of the art</i>	14
RESULTATS	17
1. QUE DIT LA LITTERATURE ?	17
<i>Les mécanismes de la violence</i>	17
Les causes	17
Les conséquences	22
<i>Les outils d'aide à la gestion de la violence</i>	25
<i>Prévention primaire</i>	26
La formation du personnel	26
Service de gardiennage et de vidéosurveillance en continu	27
Organisation architecturale en sens unique, avec réglementation de l'accès pour les accompagnants	28
Outil de dépistage du risque de violence	28
Liste noire des patients violents	29
<i>Prévention secondaire</i>	29
Formations aux techniques de self-défense	29
Service de gardiennage et de vidéosurveillance en continu	30
<i>Prévention tertiaire</i>	30
Services de vidéosurveillance en continu	30
Recours au service de médiation de l'institution	30
Débriefing en équipe	31
Plaintes en justice	32
2. QUE DISENT LES ACTEURS ?	33

<i>Méthode</i>	33
<i>Entretiens</i>	34
ANALYSE ET DISCUSSION	35
1. LA VIOLENCE VECUE SUR LE TERRAIN ET SES CAUSES	35
<i>La communication et le manque d'informations</i>	35
<i>Le manque de moyens</i>	35
<i>L'environnement</i>	36
<i>Déterminants négatifs</i>	36
2. LES OUTILS MIS EN PLACE	36
<i>Prévention primaire</i>	36
<i>Prévention secondaire</i>	37
<i>Prévention tertiaire</i>	38
3. SUGGESTIONS D'AMELIORATIONS	38
CONCLUSION	40
1) LIMITES ET DIFFICULTES RENCONTREES	41
2) PERSPECTIVES	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	45
1. GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ENTRETIENS DE TEMOINS PRIVILEGES	45
2. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	47
<i>Entretien Nicolas Romanus - cadre responsable de la filière médecine aiguë des Cliniques Universitaires</i>	
<i>Saint-Luc</i>	47
<i>Voir annexes supplémentaires pour la retranscription des autres entretiens</i>	53

INTRODUCTION

1. Choix du thème

Étant en master en Sciences de la Santé Publique à l'UCLouvain, une partie importante et pleine de sens du cursus d'apprentissage est la rédaction d'un mémoire. Par celui-ci s'exprime l'envie de m'intéresser à une problématique actuelle touchant une ou plusieurs disciplines de la Santé Publique. Cela me permet également d'intégrer une problématique ayant du sens par rapport à ma formation initiale d'infirmière spécialisée en SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente).

Par le passé, j'ai eu l'opportunité de travailler dans un important service d'urgence bruxellois. Il était mentionné lors de ma formation professionnelle que dans ce type de service, la violence y était présente quotidiennement. Nous avons dès lors abordé quelques techniques pour l'éviter telles que la communication non violente ou le fait de se placer stratégiquement près de la porte lorsque nous sommes dans une pièce avec un patient agressif.

En effet, il ne m'avait pas fallu plus de quelques jours pour être confrontée de manière brutale à de multiples agressions verbales, psychologiques et physiques durant mes shifts d'infirmière urgentiste. La relation « professionnels de santé – patient » étant tellement complexe par sa multitude de facteurs intervenant au sein de la relation, les dérives peuvent vite arriver, et ce, dans un sens comme dans l'autre. De nombreuses fois, je me suis sentie très démunie face à des patients ou des accompagnants ayant adopté un comportement agressif et/ou violent envers mes collègues et/ou moi-même. J'avais du mal à comprendre l'attitude qu'on attendait de moi face à ces situations. Il est vrai que le contexte est très propice aux tensions : stress, douleurs, secteurs surchargés, manque de personnel, etc. Malgré les moyens déjà mis en place ainsi que des discussions avec mes supérieurs, le sentiment d'insécurité et la frustration d'être passive face au problème n'a fait que grandir au fil des mois. Cette insatisfaction ressentie, je la retrouve fréquemment exprimée autour de moi et dans les médias car ce phénomène s'étend dans énormément d'hôpitaux. Les articles dénonçant des violences envers le personnel soignant ou envers les patients sont de plus en plus fréquents dans la presse et les reportages vidéo se multiplient sur les plateformes d'informations.

Ce vécu m'a motivé à réaliser un travail de recherche concernant la problématique : non seulement pour comprendre la violence et y percevoir ses mécanismes, ses enjeux mais aussi pour établir des pistes d'amélioration à destination de ce type de services.

2. *Méthode*

Afin de traiter de la gestion de la violence envers les professionnels de santé dans les services de médecine aiguë, le travail s'articule comme suit :

- Le cadre théorique définit les concepts liés à la problématique et passe en revue la législation s'y afférant. Le but de ce chapitre est également d'établir un état des connaissances sur la problématique contenant les évaluations quantitatives réalisées par les organisations responsables.
- La revue de la littérature permet de comprendre le pourquoi et le comment de la présence de violence dans les services de médecine aiguë. Cela met en lumière le processus amenant un individu à l'acte violent et nous amène aux conséquences qu'entraîne l'acte violent.
- Le troisième chapitre permet d'analyser des entretiens de type libres ou semi-dirigés de témoins privilégiés qui ont été réalisés dans le cadre de ce travail. Les témoins privilégiés sont des personnes concernées par la violence dans des institutions hospitalières belges. Le but de cette analyse est de trouver des pistes concrètes permettant de faire face à la violence dans les services de médecine aiguë.
- Enfin, la conclusion sera présentée, accompagnée des limites vécues durant ma recherche et des perspectives sur la gestion de la problématique de la violence dans la relation « professionnels de santé – patients » dans les services de médecines aiguës.

3. *Les objectifs du mémoire*

Le rendu de ce mémoire tente de répondre à la question :

Comment améliorer la gestion de la violence envers les professionnels de santé dans les services de médecine aiguë à Bruxelles ?

Pour ce faire, il a pour objectif premier de comprendre et d'identifier l'ampleur de la problématique. Cela commence par la réalisation d'un « état des lieux » de la violence envers le personnel soignant dans les services de médecine aiguë existante en Belgique et dans les pays avoisinants. Cela donnera lieu à l'identification des mécanismes de la violence permettant la compréhension des causes et des conséquences de cette problématique sur son environnement. Cela permettra une analyse approfondie des actes violents nous permettant ensuite de travailler sur le second objectif ciblant les enjeux.

L'objectif second de ce mémoire est de proposer des pistes d'action détaillées et concrètes pour améliorer la gestion de la violence en milieu hospitalier, plus précisément dans les services d'urgences et de soins intensifs à l'attention des professionnels de la santé, des infirmiers/ières-chefs, des médecins-chefs et des cadres de directions hospitalières. Les outils proposés concerneront les trois phases de l'acte violent : pré-, per- et post-évènement, pour agir sous forme de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Il est important de rappeler que la violence dans la relation patient – professionnel de santé n'est pas à sens unique. De nombreux patients vivent chaque jour des violences de la part de soignants. L'objectif de ce mémoire n'est en aucun cas de stigmatiser les patients et/ou leurs accompagnants. Uniquement d'apporter un avis éclairé et des pistes de solutions à destination des institutions de santé afin d'atténuer les violences dans ces relations précieuses et complexes.

4. *Cadre théorique*

Définition des concepts

Avant de commencer à traiter un tel sujet, il convient de définir précisément les différents concepts auxquels il fait référence. En effet, des concepts tels que la gestion ou la violence sont difficiles à appréhender dans leur ensemble, et le but de ce travail n'est certainement pas de les traiter dans leur entièreté.

L'objectif de ce chapitre est donc de définir les différents concepts abordés tels qu'ils seront entendus dans le travail.

1) La gestion

La gestion peut être définie comme « (...) *un processus spécifique consistant en activités de planification, d'organisation, d'impulsion, et de contrôle visant à déterminer et à atteindre des objectifs définis grâce à l'emploi d'êtres humains et à la mise en œuvre d'autres ressources* »¹. Concrètement, il s'agit donc de planifier, d'organiser et de contrôler la mise en œuvre des ressources, humaines ou matérielles, afin d'atteindre certains objectifs.

Néanmoins, pouvons-nous réellement gérer la violence ? Dans le cadre de ce travail « gérer la violence » commence tout d'abord par tenter de la comprendre et d'identifier ses mécanismes car cela permet de l'aborder ensuite avec un esprit plus critique permettant des réactions les plus adéquates possibles. Ensuite, gérer la violence comprend le fait de mettre en place des outils, des aides à destination du personnel soignant et des institutions afin de limiter l'escalade de la violence et ses conséquences. Il apparaît alors qu'il est possible d'associer cette gestion à de la prévention primaire, secondaire et tertiaire (détails page 20).

2) La violence

Afin d'obtenir une définition la plus complète possible du terme violence, plusieurs définitions sont proposées ci-dessous pour exploiter différentes approches.

¹ TERRY (R.G) & FRANKLIN (G.S), Les principes du Management, Paris, éd. Tendances Actuelles, 1985, p.25

Étymologiquement, la violence est un mot provenant du latin qui trouve son origine dans le mot *violentia* « caractère violent, emporté » et dans le verbe latin « *vis* » signifiant « force en action, force exercée contre quelqu'un ».²

Cette approche nous renvoie à la première définition que suggère le dictionnaire Larousse :

« 1. Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice ».

Ensuite sont proposées les définitions suivantes : «

- 2. Caractère extrême d'un sentiment ;
- 3. Caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif,
- 4. Extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement ;
- 5. Abus de la force physique ;
- 6. Ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité ;
- 7. Contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé »³.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) utilise quant à elle une approche plus clinique pour définir la violence : « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations. »⁴.

Cette approche très objective est également très normée. Yves Michaud, philosophe français, explique dans son écrit *La violence* qu'il est très complexe de définir ce terme aujourd'hui car il se rapporte à des normes et des variations de sociétés et de catégories sociales qui évoluent d'époque en époque. En effet, la norme sociale fixant le seuil de tolérance de la violence varie

² *Étymologie Français latin grec Sanskrit—Violence.* (s.d.).

<https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/v/violence>

³ Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Violence, violences - Dictionnaire de français Larousse.* <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>

⁴ Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève : Organisation mondiale de la Santé.

avec les critères et les normes institutionnels, juridiques, sociales et personnelles des populations. Cela dépend de la sensibilité, de la vulnérabilité physique ou de la fragilité psychologique des individus⁵. Il ajoute donc 4 caractères liés à la violence pour la prendre en compte dans sa globalité. Tout d'abord il fait la distinction entre le caractère visible ou invisible que des actes violents peuvent prendre. Puis il insiste sur la distribution temporelle des actes violents. Ceux-ci peuvent être instantanés ou graduels. Ensuite, apparaît la nature de l'atteinte. Essentiel, ce caractère serait décrit plus loin. Enfin, Yves Michaud prend en compte le contexte entourant les acteurs. La perception des acteurs ne doit pas être juste cantonnée à la personne physique mais elle doit prendre en compte l'être psychologique et l'environnement dans lequel les acteurs évoluent.

Revenons à l'ouvrage présentant le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS : il est explicité que la violence peut être de trois types : auto-infligée, interpersonnelle et collective. La violence auto-infligée se caractérise par des comportements suicidaires et autres sévices auto-infligés. Les violences interpersonnelles sont celles dirigées dans le cercle intime et familial ainsi que celles dites « communautaires » arrivant entre personnes non apparentées et pouvant également ne pas se connaître. Enfin les violences collectives concernent les violences sociales, politiques et économiques. Ces dernières sont commises par des groupes de personnes ou par des États.

La violence peut également se présenter sous de nombreuses natures. Elle peut se présenter comme une atteinte aux biens ou comme une atteinte aux personnes. L'atteinte aux biens concerne donc l'atteinte matérielle et l'atteinte aux personnes concerne les atteintes à l'intégrité de la personne.

Celles étudiées dans ce mémoire se limiteront à la violence de type interpersonnelle, infligée par des patients ou famille de patient envers le personnel soignant et concerne plus précisément trois natures :

- Les violences physiques,
- Les violences morales et/ou psychologiques et
- Les violences verbales et incivilités.

⁵ Michaud, Y. (2018). Chapitre premier. Définir la violence ?. Dans : Yves Michaud éd., *La violence* (pp. 3-10). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

La violence physique est définie comme une « *Violence exercée sur le corps même de la victime, qui porte atteinte à son intégrité : coups et blessures, voies de faits (actes considérés comme moins graves car non visualisables : bousculades, crachats, cheveux arrachés)* »⁶.

La violence morale et/ou psychologique se définit par « *Toute action (geste, parole, écrit, comportement, attitude...) qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine ou du collectif de travail.* »⁷.

Enfin les violences verbales et incivilités se caractérisent par des « *Propos infériorisants ou dégradants, itératifs ou non, dépendant de normes sociales, culturelles, de façon isolée ou en public, portant atteinte à l'intégrité psychologique du sujet. Cette violence peut toucher l'individu ou le collectif de travail.* »⁸.

Naturellement, il est important de spécifier quel type de violence est traité, surtout lorsqu'un des objectifs est de comprendre les mécanismes de la violence. En effet, il apparaît que ceux-ci ne sont pas les mêmes si l'on parle de violence physique, de violence morale ou encore de violence verbale.

Le terme violence a tendance à être utilisé en association avec l'agressivité. Afin d'éclaircir la notion d'agressivité, nous allons également la définir. L'agressivité renvoie au caractère agressif se définissant par le CNRTL (Centre National de ressources Textuelles et Lexicales) comme « *Qui est naturellement porté à attaquer, ou à quereller les autres sans y être préalablement soi-même provoqué* »⁹. Apparaît alors une notion intéressante : celle de l'intention de la violence. Selon une communication personnelle avec Walter Hesbeen, docteur en santé publique à l'UCLouvain, deux caractéristiques sont abordées lorsqu'il est question de mal : le caractère symbolique et le caractère diabolique. En appliquant ces caractéristiques à la violence, on peut différencier la violence symbolique de la violence diabolique. La violence symbolique peut se définir comme une violence réalisée pour atteindre un objectif considéré comme socialement acceptable alors que la violence diabolique est réalisée avec une volonté

⁶ Eniafe-Eveillard, B. (s. d.) « GESTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER », 20.

⁷ Eniafe-Eveillard, B. (s. d.) « GESTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER », 20.

⁸ Eniafe-Eveillard, B. (s. d.) « GESTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER », 20.

⁹ CNRTL (2012) AGRESSIF : « Définition de AGRESSIF ». <https://www.cnrtl.fr/definition/agressif>

de nuire. Identifier l'intention derrière l'acte violent permet de mieux comprendre la problématique et donc de mieux l'aborder. Cette notion est également reprise dans la définition de l'OMS vue plus haut par le mot « *intentionnelle* » caractérisant la violence.

3) La gestion de la violence

La gestion de la violence est une action qui entraîne la nécessité de planifier, d'organiser et de contrôler la mise en œuvre d'actions afin de prévenir l'apparition de situations de violences physiques, psychologiques et/ou verbales, d'en limiter les impacts lorsqu'elles ont tout de même lieu ainsi que de limiter au mieux les conséquences nuisibles de celle-ci. Dans le cadre de cette recherche, la gestion de la violence va se centrer sur des propositions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

4) Les professionnels de la santé

Cette recherche se limite aux violences commises envers les professionnels de la santé. Communément appelé personnel soignant, les professionnels de la santé se définissent comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé »¹⁰. Ce terme concerne donc le personnel médical, le personnel infirmier, les aides-soignants, les kinésithérapeutes et le reste du personnel de l'équipe paramédicale.¹¹

5) Un service de médecine aiguë

On entend par « services de médecine aiguë » les services, les divisions de l'hôpital où les soins y étant procurés sont des soins urgents spécialisés. Cette notion renvoie généralement aux services d'urgences, de soins intensifs et aux services d'anesthésiologie. La violence envers le personnel soignant étant un phénomène plus courant aux urgences et aux soins intensifs, la recherche sera limitée à ces deux types de services hospitaliers. Néanmoins, les résultats de cet écrit peuvent être bénéfiques pour d'autres types de service tel que les services de psychiatrie et de gériatrie, fréquemment confrontés à de la violence de tous types.

¹⁰ WHO. « OMS - Personnels de santé ». World Health Organization. http://www.who.int/topics/health_workforce/fr/.

¹¹ *Professions réglementées des soins de santé en Belgique*. (2016, mars 8). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-0>

Finalement, nous nous posons la question « *Comment améliorer la gestion de la violence envers les professionnels de santé dans les services de médecine aiguë à Bruxelles ?* ». Cette question de recherche se définit comme une étude des pistes d'amélioration et d'actions fructueuses destinées à prévenir et limiter les conséquences des violences physiques, psychiques et/ou verbales commises par les patients et/ou accompagnants de patients envers les professionnels de la santé exerçant dans les services d'urgences et de soins intensifs.

Législation autour de la problématique

L'un des objectifs de ce travail étant d'apporter des pistes d'actions permettant de prévenir la violence et de limiter ses conséquences néfastes, un aperçu du cadre législatif régissant les rapports entre patients et professionnels de santé est essentiel. En effet, avant d'envisager de mettre en place quelque chose, il convient de s'assurer de respecter les règles en vigueur. De plus, avoir un aperçu de ce que le législateur a prévu afin de protéger les patients ou les professionnels de la santé ne peut-être qu'éclairant pour la suite du travail.

Tout d'abord, la législation se base sur la loi la plus connue de tous les professionnels de santé : la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient¹². Celle-ci établit plusieurs droits que détiennent les bénéficiaires de soins de santé dont ceux présentés ci-dessous. Le patient a le droit de :

- Bénéficier de soins de qualité : en effet, quel que soit le motif d'admission, les antécédents ou son histoire personnelle, le patient a le droit de recevoir des soins dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite de la part des professionnels de santé.
- Choisir librement son praticien professionnel
- Être informé sur son état de santé
- Consentir librement à la prestation de soins moyennant informations préalables
- Savoir si le praticien est assuré et autorisé à exercer
- Avoir un dossier tenu à jour et à pouvoir le consulter
- Protection de sa vie privée
- Introduire une plainte auprès du service de médiation compétent
- Droit à un représentant le plus adéquat possible.

Les professionnels de santé sont donc dans l'obligation de respecter ces droits. Mais qu'en est-il lorsque le patient ne respecte pas les règles de bienséance propres à la responsabilité civile de chaque individu ? Quelles sont les obligations du personnel soignant ? Concernant les infirmiers, le Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge¹³ peut répondre à

¹² 22 août 2002 - Loi relative aux droits du patient (2018) Affaires sociales, santé publique et environnement https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F

¹³ Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges (s.d.) https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticien_s_ai.pdf

certaines de ces questions. Ci-dessous sont regroupées en un ensemble théorique les règles et les obligations, les valeurs et les normes ainsi que les questions déontologiques et éthiques qui se posent dans le cadre de l'exercice de l'art infirmier. Ensuite est présenté un aperçu de ces règles destinées au corps médical.

Comme vu plus haut, le praticien professionnel est dans l'obligation de fournir des soins de qualité de manière équivalente à tous les patients et ce sans discrimination mais le code nous dit de l'infirmier que « *Il peut refuser des soins ou sa coopération aux soins, pour des raisons de conscience personnelle motivée. Ce sera aussi le cas lorsque les conditions de travail chez le bénéficiaire ne permettent pas de travailler dans les conditions nécessaires de guérison ou de maintien de sa santé. S'il termine la relation de soins, il en donne la raison au bénéficiaire. Il vérifie que la continuité des soins soit bien assurée, en référant le bénéficiaire vers un collègue, si besoin en est. Il informe le bénéficiaire que les soins seront repris par un collègue. Dans tous les cas, il donne des soins urgents jusqu'à ce que ces soins soient pris en charge par un autre prestataire ou transférés et il donne les informations utiles à celui qui lui succède.* »¹⁴

Le soignant est donc en droit de refuser de soigner un patient sous certaines conditions. Il doit cependant tenir compte de la notion de non-assistance à personne en danger et ne peut s'abstenir de fournir des soins lorsqu'il y a un risque urgent pour la vie du patient.

Bien entendu, dans sa prise en charge l'infirmier ne peut pas se comporter de manière injurieuse, humiliante ou agressive envers les patients et/ou les accompagnants. Néanmoins, il peut dans certains contextes avoir recours à de la violence : « *Il ne fait appel à la contrainte, la contention, à l'isolement ou à la force que lorsqu'il est soit dans un contexte d'auto-défense ou soit chez les patients qui représentent un danger pour leur propre santé ou pour celle des autres. Celle-ci doit être indispensable pour les soins et doit être nécessaire, justifiée, proportionnée* »¹⁵¹⁰.

Le troisième acteur dans la relation soignant-soigné est l'institution encadrant la prise en charge. Lorsqu'il y a un conflit, quelle est la responsabilité de l'employeur dans le cadre professionnel ?

¹⁴ Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges (s.d.)
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticien_s_ai.pdf

¹⁵

« Si un membre du personnel est victime de coups de la part d'un patient ou d'un accompagnant, il s'agit d'un **accident du travail**, puisque c'est une blessure subie sur le lieu de travail, pendant le temps de travail et à l'occasion du travail »¹⁶.

L'institution est donc responsable de mettre en œuvre une prise-en-charge adaptée pour son employé victime de violence. De plus, un professionnel de la santé peut toujours porter plainte contre un patient.¹⁷ Cela sera jugé auprès des autorités compétentes.

Concernant les directives d'ordre médicale, elles s'alignent presque totalement à celles imposées aux praticiens de l'art infirmier. Le code de déontologie médicale nous dit bien que tout médecin respecte la dignité humaine et l'autonomie du patient. Il accompagne le patient dans ses choix et les respecte malgré ses croyances personnelles tant que le patient est considéré apte à prendre des décisions concernant sa santé et que son consentement est libre et éclairé. Cependant le médecin a aussi l'obligation de veiller à la sécurité du patient¹⁸. S'il juge le patient inapte à prendre les décisions concernant sa santé pour différentes raisons telles que l'intoxication éthylique, à des toxiques ou une décompensation psychiatrique, le médecin peut ne pas respecter la volonté du patient sous certaines règles et procédures strictes. De même, « *le médecin soigne avec la même conscience tous les patients, sans discrimination* ». Il agit de manière neutre, objective, et sans préjugé.

Cependant, l'article 39 du code de déontologie médicale dit : « *Le médecin donne les soins requis à une personne en danger, en respectant les mesures de sécurité nécessaires pour lui-même et pour les autres* ». Il y a dans cet extrait une notion ambiguë car le médecin est confronté d'une part à son devoir de fournir des soins donc son obligation de traitement et de l'autre la protection de sa propre intégrité. Dans le cas d'un patient ou d'un accompagnant violent, le doute peut s'installer. En effet, il n'est précisé nulle part en quoi consistent les « *mesures de sécurité nécessaires* ». Le site Ordomedic de l'Ordre des Médecins précise : « *La formation professionnelle, le développement d'une infrastructure adaptée, l'élaboration de stratégies préventives, une juste répartition des risques, transparente, professionnelle et élaborée avec tous les intéressés sont des mesures justifiées par le respect, l'équité et la solidarité à l'égard*

¹⁶ Terrenoir V. (2020) « Violences à l'hôpital : encore trop nombreuses alors que des solutions existent », MACSF <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Prevention-des-risques/violence-hopital-solutions-onvs#1>

¹⁷ Dima M. (2019) « Un professionnel de santé victime de violence peut-il porter plainte contre un patient ? », MACSF <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/professionnel-sante-violence-plainte>

¹⁸ Code de déontologie médicale (2021). Ordomedic., <https://ordomedic.be/fr/code-2018/>

des professionnels de santé soumis à un risque pour leur intégrité dans l'exercice de leur profession. (...) L'infraction pénale d'abstention coupable requiert que la personne qui n'a pas porté secours à une autre en danger grave et imminent, pouvait le faire sans craindre pour sa propre sécurité »¹⁹.

Enfin, il apparaît clairement qu'il n'existe pas de règles spécifiques punissant un patient ayant fait usage de la violence contre un membre du personnel soignant. A l'inverse, il existe une série de règles qui protègent le patient contre des violences qui seraient commises à son encontre (par exemple la loi du 22 Avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé). Il est intéressant de constater que le législateur a pris la peine d'établir des règles précises liées aux violences particulières que peuvent subir les patients mais n'a pas jugé bon de légiférer spécifiquement sur les violences commises par les patients sur le personnel soignant.

Suite aux proportions inquiétantes que prend le phénomène de violence envers les professionnels de santé ces dernières années, l'Ordre des Médecins a donc publié un avis du Conseil national reprenant les principes généraux d'une collaboration entre la police, le ministère public et les hôpitaux s'appliquant à tous les médecins²⁰. Cela permet d'éclairer la prise décision dans le respect des droits du patient et des obligations des prestataires de santé. Ce document confirme la liberté qu'a le médecin de porter plainte contre un patient ayant commis un fait punissable dans l'hôpital que ce soit envers un autre patient, un médecin, le personnel hospitalier ou l'hôpital. Néanmoins, il doit respecter le secret professionnel et ne peut transmettre que le nom de l'auteur, et le lieu où les faits se sont commis. Les données à caractères médicales sont proscrites en première instance.

¹⁹ *Code de déontologie médicale* (2021). Ordomedic., <https://ordomedic.be/fr/code-2018/>

²⁰ *Collaboration entre la police, le ministère public et les hôpitaux – Principes généraux* (2020) Ordomedic. <https://ordomedic.be/fr/avis/attestations-certificats/declaration-a-la-police-aux-autorites-judiciaires/collaboration-entre-la-police-le-ministere-public-et-les-hopitaux-principes-generaux>

State of the art

Avant de répondre à la question de recherche sur l'optimisation de gestion de la violence envers le personnel soignant, il convient de comprendre l'ampleur des actes violents sur le personnel soignant impliqué. En Belgique, il n'y a pas de rapport national présentant en chiffres l'importance de la problématique. Néanmoins, nos voisins français bénéficient d'un Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) qui récoltent les signalements d'évènements violents. Ces signalements, publiés sur base du volontariat des établissements de santé, ne sont donc pas exhaustifs. Ils sont analysés et publiés annuellement dans un rapport de l'ONVS. Cela nous permet d'avoir une idée de l'importance du phénomène.

En 2019 en France, 23.780 signalements d'évènements violents ont été émis pour lesquels 21.234 individus sont victimes d'atteintes aux personnes. Dans ces individus, nous retrouvons 82% de professionnels de santé avec 47% d'infirmiers, 8% de médecins et 45% d'autres soignants. Les 18% sont composés de patients, de personnels administratifs, d'agents de sécurité et de visiteurs.²¹

De plus, par ces recherches, nous pouvons observer la sévérité des atteintes car les évènements violents sont classés par type d'atteinte et par niveaux de gravité. Ci-dessous est présenté le tableau représentant l'échelle de gravité présentée dans la synthèse du rapport 2020 de l'ONVS.

²¹ *Des violences à l'hôpital notamment en psychiatrie, aux urgences et en gériatrie.* (2020). Vie publique.fr., <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279288-violences-lhopital-en-psychiatrie-aux-urgences-et-en-geriatrie>

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

Figure 1 : échelle de gravité des signalements d'événements violents - VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS

Il est dit que « les violences physiques (niv. 3) et menaces avec arme représentent 49 % ; les insultes et injures (niv. 1) 31 % ; les menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niv. 2) 18 % ; les violences avec arme (niv. 4) 2 % ». Les services de santé les plus touchés sont les unités de psychiatrie avec 18%, suivi par les services d'urgences avec 16% et en troisième position se trouve les EHPAD et USLD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et Unités de Soins de Longue Durée.²²

Toujours dans le rapport de l'ONVS évoqué plus haut, les chercheurs ont recensé et répartis les auteurs d'actes violents envers des personnes comme étant à 70% des patients, à 18% des accompagnants, à 8% des individus « autres » et à 3% des professionnels de santé. Ces auteurs sont ensuite classés selon quatre catégories afin de déterminer le facteur causal principal : «

- La violence de personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second (sous emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants), qui agissent le plus souvent dans ce rapport de violence et de force très marqué.

²² VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS (2020) Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019.pdf

- *La violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde », celle qui semble le plus marquer les esprits en raison du contexte sociétal très individualiste et dont pâtissent tous les secteurs d'activité de la société rendant un service à la population, dont les établissements de santé.*
- *La violence de personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique (TPN) altérant de façon totale ou partielle le discernement.*
- *La violence par ou entre des professionnels (uniquement 3 % des violences signalées) »²³.*

Un média belge appelé Nursing Vlaanderen a récemment réalisé une enquête parmi ses abonnés de type infirmier. Sur les 1390 répondants, 90% des soignants ont dit avoir été agressé verbalement et 58% dénonce une ou des agressions physiques au cours de la dernière année. Les atteintes physiques les plus dénoncées sont les suivantes : se faire battre (86%), se faire piétiner (69%), s'être fait cracher dessus (56%) ou encore s'être fait frapper à la tête (9%). A plus petite échelle s'en suivent se faire mordre, se faire griffer, se faire étrangler ou être agresser avec du matériel. Les conséquences sont importantes car 65% des infirmiers disent subir un impact majeur suite à ces atteintes. Plus spécifiquement liés aux causes, 53% des répondants disent avoir constaté une augmentation des agressions sur leurs lieux de travail dues au Covid19.²⁴

Ces résultats déconcertants et alarmants ne concernent pas seulement la France ou la communauté flamande. Que ce soit en Allemagne²⁵ ou en Australie²⁶, les résultats montrent qu'une grande majorité des professionnels de la santé de type infirmier sont confrontés à cette recrudescence de violence.

²³ VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS (2020) Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019.pdf

²⁴ Van Doninck, A. (2021). « *Agressie tegen verpleegkundigen piekt* » NursingVlaanderen. <https://www.nursing.be/agressie-tegen-verpleegkundigen-piekt/>

²⁵ Franz et al. "Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey" (2010) BMC Health Services Research <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>

²⁶ Pich J, Kable A, Hazelton M. (2017) "Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: results from the Australian VENT study" Violence in Emergency Nursing and Triage [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(17\)30036-8/fulltext](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(17)30036-8/fulltext)

RESULTATS

1. Que dit la littérature ?

Les mécanismes de la violence

Comme abordé plus haut, gérer la violence, la prévenir commence tout d'abord par la comprendre. Ce chapitre vise à expliquer les mécanismes, les tenants et aboutissants et les enjeux découlant de la problématique.

Les causes

Tout d'abord, il semble primordial de tenter d'identifier quels sont les facteurs impliqués dans le phénomène. Cela permettra de répondre à la question « Pourquoi y a-t-il de la violence dans la relation patient-professionnels de santé ? », « Qu'est ce qui amène la personne à avoir un comportement violent ? » et « Pourquoi les services de médecine aiguë sont plus susceptibles d'être touchés par de la violence ? ». Par la recherche effectuée, il est clair que les événements indésirables ont une causalité multifactorielle et complexe.

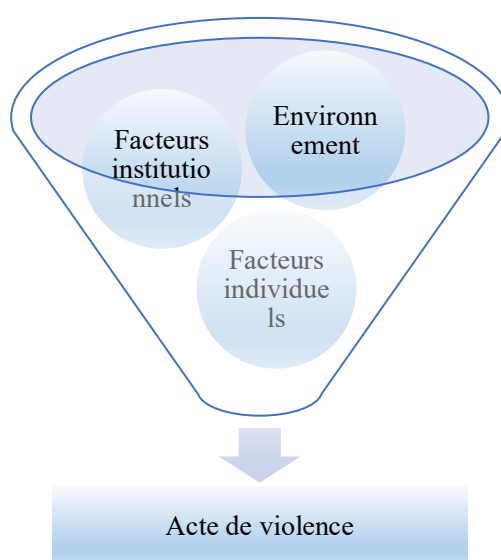


Figure 2 : Les causes menant à l'acte violent

Via une analyse en entonnoir, l'environnement est le premier point à approfondir afin d'améliorer la compréhension de la situation. Suivi des facteurs institutionnels et des facteurs individuels, cela nous amène à l'acte de violence.

Il convient de comprendre le cadre élargi dans lesquelles les violences sont observées, et donc l'environnement autour du milieu concerné. Cela commence par la société. La société dans laquelle nous interagissons aujourd'hui est souvent décrite comme consommatrice, exigeante, voulant tout et tout de suite. Cela se reflète également dans les soins de santé. Fleur Jourda de Vaux, médecin urgentiste à l'hôpital Nord de Marseille, a tenté de comprendre le phénomène autour de sa patientèle et de ses collègues. Se basant sur la ville de Marseille, elle commence par utiliser la phrase « *La violence de la ville qui entre dans les urgences* »²⁷. Selon elle, cela s'explique par une population porteuse de précarité sociale et éducative, habituée à une violence accrue imposant d'être armé et tolérant face à l'utilisation de ces armes. La catégorie d'auteurs de violence de type « personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second » vue au point "c. State of the art" est expliqué comme suit : « *Ces patients, qui sont parfois déjà en rupture avec la société (...), ont un sentiment de puissance qui les rend intolérants aux règles établies aux urgences. Ils arrivent et imposent leur « loi », s'opposent à la prise en charge proposée, dictent aux soignants leurs impératifs, en exigeant une réponse immédiate.* »²⁸²⁴. Additionné avec un désaccord ou avec un mécontentement concernant une prise en charge, un patient ne vivant pas selon les mêmes règles que l'unité de soins peut développer un comportement agressif. Bien que cette justification concerne la ville de Marseille, elle s'applique également dans beaucoup d'autres villes et quartiers du monde.

Ensuite, interviennent les facteurs institutionnels. Le milieu hospitalier peut être très contrastant par rapport aux environnements fréquentés par la population. Il est fréquemment perçu comme un lieu déshumanisé par son architecture optimisée, la standardisation des prises en charge et des processus, son aspect esthétique représenté par des longs couloirs aux murs blancs et à l'odeur d'antiseptique, inhabituels au quotidien. L'aspect esthétique influe sur l'ambiance et sur le sentiment de bien-être. Des couleurs criardes, une lumière artificielle crue, des pièces exiguës vont favoriser la violence, l'agressivité et la dégradation tandis qu'un environnement beau, propre, éclairé adéquatement va instaurer le calme, l'apaisement. L'excès de bruits en tout genre peut également être une source d'agression. « *Les zones bruyantes épuisent, rendent agressif et impatient, isolent, augmentent le stress et l'anxiété* » nous disent Sandrine Souchon

²⁷ Jourda de Vaux F. *Réflexions sur la violence dans le service des urgences de l'hôpital Nord de Marseille* (2019) LAENNEC n°A/2019 <https://www.cairn.info/revue-laennec-2019-1-page-38.htm>

²⁸

et al. Créer un environnement calme évitera ces impacts négatifs et offrira un climat propice à une communication de qualité.²⁹

Hormis le côté architectural, les professionnels de la santé et les conditions de travail dans lesquelles ils interagissent mettent en danger la qualité des soins. Tout d'abord, la place que le soignant prend dans la relation avec le soigné peut déjà être source de violence. Certains soignants se placent dans une position de force, de pouvoir envers la personne en souffrance car ces derniers « ont besoin d'eux ». Selon une communication personnelle avec Monsieur Walter Hesbeen, cela peut être expliqué par le fait que les professionnels de la santé n'ont pas conscience qu'ils sont en réalité professionnels de la souffrance. On est renvoyé à la signification même du terme "Patient" qui provient des mots "Patir", "Patos" : celui est en souffrance. Le patient n'est pas un objet, n'est pas une maladie mais est en réalité un sujet qualifié de malade car vivant quelque chose de très compliqué et trop lourd à porter.

De plus, les manques de moyens financiers et humains que vivent les nombreux systèmes des soins de santé viennent accentuer, avec l'augmentation de fréquentation des hôpitaux, la détérioration des conditions de travail. Cela impacte les soignants qui, déjà surchargés et épuisés, doivent faire fonctionner leurs services à un régime supérieur aux capacités prévues. Les délais d'attente quels qu'ils soient se retrouvent allongés : consultation, intervention, examen, prise en charge aux urgences, etc. En découle un cercle vicieux car les soignants doivent alors gérer l'impatience voire l'intolérance des visiteurs face à ces délais d'attente toujours plus longs. Ceux-ci, fatigués et poussés dans leurs retranchements, peuvent développer une sensibilité exacerbée et adopter à leur tour un comportement agressif envers le patient ou son accompagnant entraînant une escalade de la violence. Dans son écrit « Réduire les violences dans les soins », Madeleine Estryn-Béhar dit : « Dès 1994, Whittington et Wykes ont décrit un cercle vicieux de la violence : le stress induit par l'exposition à la violence entraîne l'adoption de comportements propices à la récurrence de la violence. Les réactions les plus communes des soignants qui ont été victimes de violences sont la sidération et l'antipathie vis-à-vis de l'agresseur, ainsi que l'impuissance et la peur (...) »³⁰. Cela décrit bien le processus vécu par les professionnels de santé.

²⁹ Souchon, S., et al. (2006). L'architecture peut-elle être source de maltraitance : Un regard de gériatres. *Gérontologie et société*, 29(119), 75-84. <https://doi.org/10.3917/gs.119.0075>

³⁰ Estryn-Béhar, M. (2008). 2. Réduire les épisodes violents dans les soins. Dans : Estryn-Béhar, M., *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe* (pp. 139-174). Rennes : Presses de l'EHESP.

Ensuite, le manque de moyens impacte la formation du personnel. De l'école à l'emploi, les professionnels de santé ne sont pas toujours formés à la communication ou n'ont pas toujours les moyens de l'appliquer. L'importance d'une bonne transmission des informations au patient n'est pas toujours enseignée. Toujours selon Madeleine Estryn-Béhar « *Le manque de communication soignants-soignés a été noté dans deux études relatives à la violence comme le facteur déterminant, aussi bien dans l'analyse faite par les soignants que dans celle faite par les patients ayant été auteurs d'actes violents (...)* ». Cette communication est inadéquate lorsqu'il y a une grande pression temporelle, lorsque toutes les informations nécessaires au patient ne lui sont pas transmises ou si un vocabulaire inadéquat à la compréhension du patient est utilisé. Le manque de politesse est également source de conflit. Il est essentiel de former le personnel à améliorer sa transmission des informations aux patients. Malheureusement, les professionnels de santé n'adoptent pas toujours un comportement adéquat dans leur communication et cela entraîne fréquemment des mécontentements dans la relation soignant-soigné.

En analysant les actes violents de manière plus ciblée, on observe ensuite les facteurs individuels propres à l'auteur de violence. Tout d'abord, chaque individu présente son propre vécu avec ses propres expériences face au milieu hospitalier. Souffrance, peur de l'inconnu, deuil, l'environnement est souvent associé à beaucoup de peurs et peut être une véritable source de stress pour le visiteur. Le patient et/ou son accompagnant sont également très souvent confrontés à de nombreuses incertitudes.

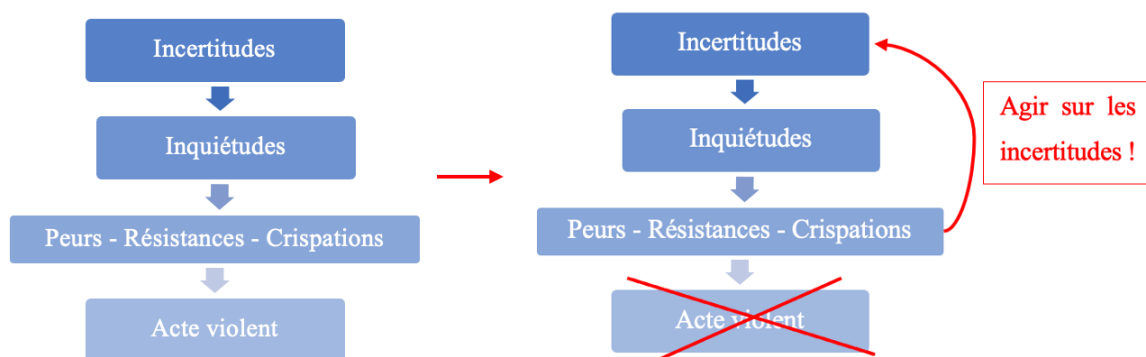


Figure 3 : Le mécanisme des ressentis menant à l'acte violent

Le processus ci-dessus permet d'expliquer les ressentis qu'un patient ou un accompagnant peut vivre et qui peuvent mener à un acte violent. Que ce soit par manque d'information, par une mauvaise communication ou par un manque de compréhension, ils sont soumis à diverses incertitudes dans le milieu des soins de santé. Ces incertitudes peuvent se transformer en inquiétudes chez l'individu lorsqu'il n'obtient pas d'éclaircissements dans son questionnement. Cela engendre de la peur, des crispations, parfois des résistances. C'est à la suite de ces ressentis qu'un passage à l'acte peut se faire afin d'exprimer cette frustration. Comment endiguer le processus ? Il convient d'agir précocement sur les incertitudes pour limiter les ressentis négatifs et leur expression physique.³¹

Ensuite, toujours au sein des facteurs individuels à l'individu, interviennent des facteurs favorisant l'arrivée d'un acte violent. Comme expliqué plus haut, le malade vit des événements compliqués et amenant presque toujours de la souffrance psychique et/ou physique. Ses réactions vont alors être différentes car tout comme les professionnels de santé, le patient en souffrance peut développer momentanément une sensibilité exacerbée. Plus typiques aux services d'urgences, de psychiatrie ou de gériatrie, les visiteurs peuvent présenter des instabilités, de la démence voire des décompensations psychiatriques amenant de la violence. Ce type d'unité rencontre également des individus sous influence de drogues ou d'alcool provoquant parfois des réactions exacerbées, imprévisibles. La vie des patients est parfois en danger amenant leurs accompagnants dans des situations de stress, les rendant plus sensibles à adopter des comportements dits « à chaud ».

Ces nombreuses causes s'imbriquent pour occasionnellement entraîner une réponse violente, verbale et/ou physique.

Le rapport annuel français de l'ONVS classe les motifs de violence comme suit :

³¹ Source : communication personnelle avec Monsieur Walter Hesbeen.

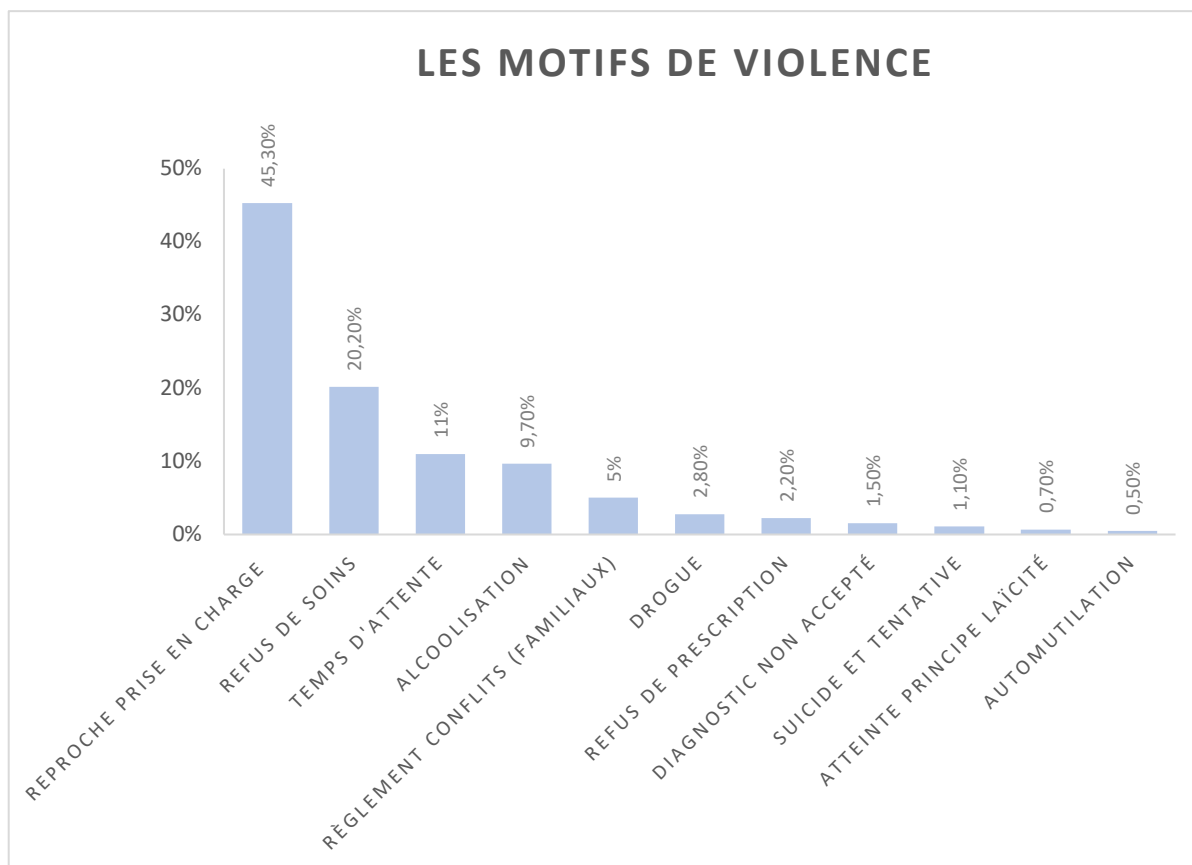


Figure 4 : Les motifs de violence. Source : *VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS (2020)*
Observatoire National des Violences en milieu de Santé

Il démontre que dans 45% des cas, la personne violente agit par reproche concernant sa prise en charge. Ensuite intervient un refus de soins du patient, suivi du temps d'attente, souvent jugé trop long. Enfin, interviennent des facteurs plus individuels à la personne tels que l'alcoolisation, drogues ou règlement de conflits interpersonnels.

Les conséquences

Lorsqu'un acte violent se produit, se met en place une chaîne de réponses des personnes impliquées. Les atteintes peuvent être d'ordre matériel, physique et/ou verbal. Sont concernés l'agresseur, les victimes (soignants compris), le service et les responsables du service et de l'institution. Il y a parfois de tierces personnes impliquées telles que d'autres patients qui subissent des dommages collatéraux. Les conséquences sont quasi immédiates mais peuvent se répercuter sur du long terme.

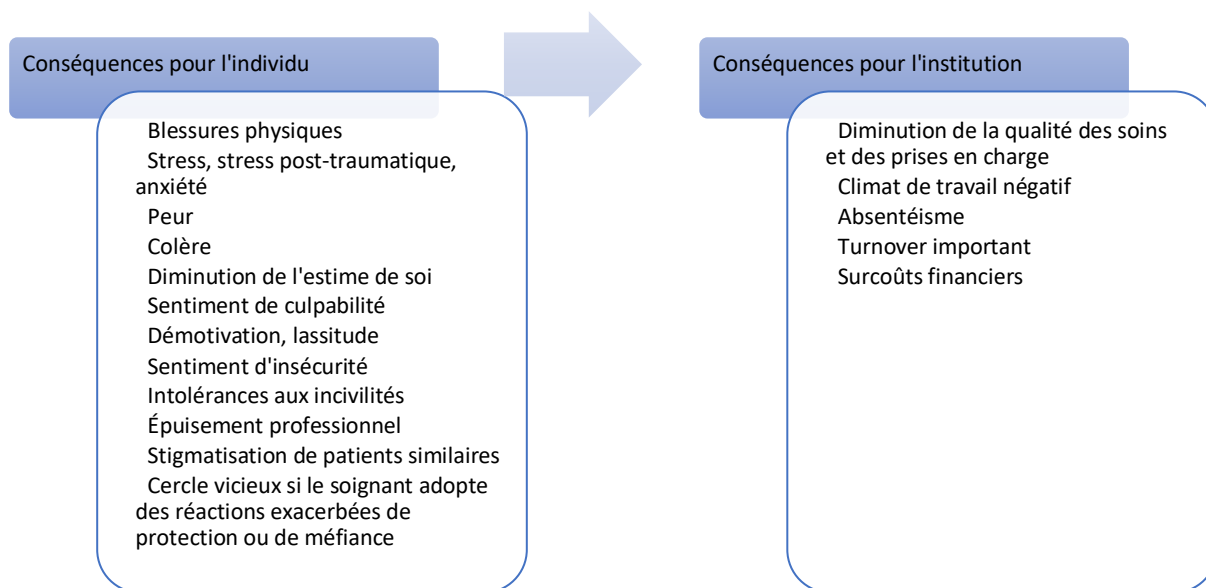


Figure 5 : Les conséquences d'un acte violent

Les atteintes matérielles vont davantage concerner les responsables du service et de l'institution. Les atteintes physiques vont également être prises en charge via l'assurance de l'institution qui est dans l'obligation de protéger ses employés. Concernant les atteintes psychologiques, elles ne sont pas toujours visibles ou immédiates. La prise en charge doit également être assurée par l'institution. Les conséquences psychologiques potentielles pour le soignant victime d'une agression sont larges : stress, anxiété, peur, colère, sentiment d'insécurité, etc. La victime peut à moyen et long terme ressentir de la démotivation et subir un épuisement professionnel. Une stigmatisation des patients est parfois observée. Ces conséquences sont également vicieuses car certains professionnels adoptent, suite à une/des agressions une intolérance aux incivilités, une irritabilité et des réactions exacerbées de protection ou de méfiance envers les visiteurs.³²

Sur le long terme, cette violence va générer plusieurs conséquences pour l'institution. La qualité des soins et des prises en charge au sein du service va diminuer. Le climat de travail risque d'être affecté. Le taux d'absentéisme augmente et le turnover de personnel est parfois accéléré. En découle directement des surcoûts financiers importants.³³

³² Haute Autorité de Santé (2016) "Guide méthodologique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie" https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf

³³ Fortier L., Dallaire C. (2020) "Pratique clinique : Un outil pour réduire la violence à l'urgence" SOINS D'URGENCES Vol 1, N°1 – Printemps 2020 <https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/05/MAI-RevueAIUQ-Pratiqueclinique1.pdf>

Cet impact est confirmé par le rapport de 2020 de l'ONVS qui résume les conséquences des actes violents envers les professionnels de santé en quatre points distincts : «

- *coût humain (personnel en souffrance, arrêt de travail, difficulté de fidélisation, difficulté de recrutement, sentiment d'insécurité pour les personnels et les patients),*
- *coût financier pour l'établissement et pour la société,*
- *mise en danger de la mission de service public (accès aux soins et continuité des soins),*
- *dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement. »³⁴.*

³⁴ *VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS* (2020) Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf

Les outils d'aide à la gestion de la violence

Grâce à une revue de littérature étoffée, de nombreux outils et stratégies destinés à aider les soignants à faire face au phénomène grandissant ont été mis en lumière. Afin de sélectionner les actions les plus efficaces, la recherche est basée sur un modèle de paliers des interventions lié à la prévention de la violence. Ce modèle provient du rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS. Celui-ci nous dit :

« Comment peut-on prévenir la violence ? Les deux premières étapes du modèle de la santé publique fournissent des informations importantes sur les populations où des interventions préventives sont nécessaires, ainsi que sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs sur lesquels il faut se pencher. Un des principaux objectifs de la santé publique est de mettre ces connaissances en pratique.

Types de prévention

Les interventions de santé publique se caractérisent généralement par trois paliers de prévention :

- *La prévention primaire, qui vise à prévenir la violence avant qu'elle se produise.*
- *La prévention secondaire, qui met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins pré hospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissible.*
- *La prévention tertiaire, qui concerne les soins à long terme après la violence, comme des tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence. »*³⁵

Il est intéressant de souligner qu'on parle de prévention, mais qu'en réalité les paliers de prévention secondaire et tertiaire consistent en des réponses à un acte violent commis. Ils n'ont donc pas pour but d'empêcher l'acte de se produire. De fait, il s'agit de prévenir les conséquences néfastes de la violence, c'est-à-dire d'en limiter les effets sur les différents acteurs.

³⁵ Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

Catégoriser les actions par type de prévention permet de mieux répondre aux besoins d'un service ou d'une institution. L'outil pourra être choisi adéquatement en fonction des objectifs à atteindre. Ci-dessous sont donc présentés divers outils tentant de répondre aux différents besoins observés dans les mécanismes. Pour ce faire, ils ciblent donc la prévention primaire, secondaire et tertiaire en agissant parfois en amont, sur le moment et/ou en aval de l'acte violent. Les outils sélectionnés sont également limités à ceux pouvant être appliqués par le personnel soignant et les institutions concernées car les événements de violences sont pris en charge à 56% par le personnel hospitalier, suivi de 24% par le service de sécurité du lieu. Seulement 7% sont gérés par les forces de l'ordre.³⁶

Il est évident qu'il faudrait en priorité agir sur les conditions de travail des professionnels de santé afin de diminuer les facteurs de risques de violence tels que les délais d'attente, la fatigue du personnel, etc. Malheureusement, cela nécessite des moyens humains et financiers considérables dont les institutions hospitalières ne disposent pas de nos jours.

Prévention primaire

La formation du personnel

Dans la recherche des facteurs causant la violence, nombreux sont ceux se rapportant à la transmission des informations. Il convient donc d'agir tout d'abord sur la communication. Cela commence par la formation du personnel à la compréhension des mécanismes de violence. Puis, de former le personnel à la communication et la gestion de conflits. Trois objectifs sont visés :

- Améliorer sa communication pour diminuer les incertitudes :
 - En communiquant plus : plus de communication et de transmission des informations. Faire confiance au patient pour qu'il devienne partenaire de ses soins et de sa prise en charge.
 - En communiquant mieux : de manière plus adaptée au patient et son accompagnant avec un vocabulaire adéquat ainsi et par l'attribution de temps à la discussion permettant une écoute et une présence bienveillante, et avec pour objectif une compréhension éclairée et explicite pour le patient.

³⁶ *VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS* (2020) Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf

- Adopter une communication non-violente afin de désamorcer les situations à risques de violence.
 - o Identifier les étapes clés de l'escalade de la violence.

Cette formation du personnel soignant est la base de toute action destinée à « gérer » cette violence. Par ce fait, de nombreux ateliers formatifs sont proposés sur internet et via les plateformes des institutions. Suite à l'ampleur du phénomène, des institutions publiques ont également proposé des solutions destinées à travailler sur l'information et la communication. C'est le cas de la HAS, Haute Autorité de Santé, autorité publique française qui a publié dans ses outils pour l'amélioration des pratiques un document regroupant des stratégies de désamorçage de situations à risque de violence. La finalité est de permettre aux professionnels de santé de « *Identifier et réduire les tensions pouvant conduire à des situations de violence, maintenir la relation avec le patient par une écoute et une présence bienveillante, trouver avec lui des stratégies pour éviter l'escalade vers la violence* »³⁷.

Service de gardiennage et de vidéosurveillance en continu

Ensuite, comme vu plus haut, 24% des événements violents sont aujourd'hui gérés par les services de sécurité. Services que de nombreuses institutions de soins ont déjà adoptés car : « *L'établissement se doit d'assurer la sécurité de son personnel en proposant l'intervention de gardiens ou vigiles pour maîtriser la personne violente. Les soignants doivent être informés en amont sur les critères et les modalités d'appel aux agents de sécurité. Ces derniers, souvent salariés de sociétés privées, n'ont qu'une mission de dissuasion, selon le cahier des charges. Ils ne peuvent donc pas faire grand-chose face à un patient armé.* »³⁸.

En effet, les services de sécurité/gardiennage ont un objectif dissuasif. Dès lors, leur utilité peut être considérée comme de la prévention primaire même si les employés de ce type de service doivent fréquemment agir et intervenir dans de la prévention secondaire. Ils vont de pair avec l'installation de caméras de surveillance qui peuvent quant à elles avoir une réelle utilité de

³⁷ HAS (s.d.) Outils pour l'amélioration des pratiques : Stratégies de désamorçage de situations à risques de violence https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorcage.pdf

³⁸ MACSF.fr. (2019). Que faire en cas de violence à l'égard du personnel ? MACSF.fr. <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/violence-a-l-egard-du-personnel>

prévention primaire. En effet, savoir qu'un acte violent ne restera pas impuni peut indéniablement avoir un effet dissuasif. Ce type d'installations se limitent cependant aux espaces communs accessibles au public car il est interdit par la loi de prendre des images d'un individu dans un local ou une chambre de consultation.³⁹

Organisation architecturale en sens unique, avec réglementation de l'accès pour les accompagnants

De nos jours, des considérations architecturales sont de plus en plus souvent prises en compte lors de rénovation ou de création de services à risque de violence. L'objectif est d'abord de créer un environnement bienveillant, adapté aux besoins de chacun. L'organisation des pièces va être réfléchie pour créer un trajet patient à sens unique. Les portes d'accès importantes du service (entrée, sortie, etc.) ne seront pas accessibles à tous. Un seul accompagnant est autorisé par patient dans les secteurs à risque (exemple : service d'urgences).⁴⁰

Outil de dépistage du risque de violence

Afin de mieux prévenir la violence, une échelle à destination des infirmières a été créée par un groupe de chercheurs québécois. L'idée est de dépister le risque de violence par l'identification de facteurs comportementaux pour ensuite intervenir avec des actions adéquates.

« L'objectif est de prévenir des événements violents futurs, et de cibler quelles interventions pourraient être priorisées afin d'éviter les récurrences »⁴¹. Cela a pour objectif de permettre aux soignants d'agir avant que le comportement violent ne survienne. L'outil va analyser les indicateurs de risque, va proposer des interventions selon le risque établi, va tenter d'expliquer les éléments déclencheurs et enfin il propose une évaluation des interventions mises en place.

³⁹ Collaboration entre la police, le ministère public et les hôpitaux – Principes généraux (2020) Ordomedic. <https://ordomedic.be/fr/avis/attestations-certificats/declaration-a-la-police-aux-autorites-judiciaires/collaboration-entre-la-police-le-ministere-public-et-les-hopitaux-principes-generaux>

⁴⁰ Souchon, S. et al (2006) *L'architecture peut-elle être source de maltraitance : Un regard de gériatres*. Gériontologie et société, 29(119), 75-84. <https://doi.org/10.3917/gs.119.0075>

⁴¹ Fortier L., Dallaire, C. (2020) *Un outil pour réduire la violence à l'urgence*. SOINS D'URGENCE Vol.1, N°1, Printemps 2020.

Liste noire des patients violents

L'idée est de créer et de diffuser à titre confidentiel une liste noire contenant l'identité de patients ayant été violents est une idée de l'Ordre des médecins suite à l'agression de plusieurs médecins généralistes en Belgique⁴². L'objectif d'une telle liste est de pouvoir refuser l'accès sans protection de patients présents sur la liste à des cabinets médicaux.

Le problème est tout d'abord le caractère légal d'une telle liste. Peut-on considérer qu'elle est en accord avec le respect de la vie privée et du secret professionnel que les prestataires de soins de santé ont envers les patients ?

De plus, il pourrait être envisagé que les professionnels de santé ayant connaissance de la présence du patient sur une liste pareille ne leur offrirait pas la même qualité de soins qu'un patient lambda. Cela soulève une question éthique importante. A ce jour, la présence d'une telle liste n'est pas connue.

Prévention secondaire

Formations aux techniques de self-défense

Plus contesté, cet outil centré sur la prévention secondaire est tout de même proposé dans la littérature pour aider les soignants à faire face à la violence. Toujours avec une partie de formation basée sur la compréhension et la communication, les formations aux techniques de self-défense apprennent aux personnes à risque à éviter la mise en danger, se défendre et adopter des techniques de maîtrise de la personne violente. Benoît Bataille et al. qualifient leur proposition de formation pratique face à la violence à « *un enseignement des gestes et postures simples de défense personnelle : l'idée essentielle étant la préservation de l'intégrité physique des soignants et des patients. Les notions de distance de sécurité, de positionnement [10], de posture de défense non agressive (« garde passive »), ainsi qu'une gestuelle de survie face aux armes blanches, ont été abordées* »⁴³. Cela entraîne une réflexion éthique et juridique sur le rôle du professionnel de santé qu'il soit infirmier, médecin, aide-soignante, etc.

⁴² Steffens C. (2016). « *Les médecins veulent être mieux protégés contre les agressions* » vrtNWS flandreinfo.be https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2016/08/20/les_medecins_veulentetremieuxprotegescontrelesagressions-1-2747535/

⁴³ Bataille, B. et al (2013) *Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier*. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Vol. 32, Issue 3, 2013, Pages 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2012.12.010>.

Service de gardiennage et de vidéosurveillance en continu

Il apparaît que les services de gardiennage et de vidéosurveillance, en plus d'avoir un effet dissuasif, ont un impact direct sur les situations de violence. En effet, l'intervention d'agents de gardiennage alertés soit par la vidéosurveillance, soit par des personnes témoins, permet de réduire ou de mettre fin, dans une certaine mesure, à une situation de violence.

Prévention tertiaire

Services de vidéosurveillance en continu

La collecte d'images permettant d'identifier des personnes responsables d'actes violents punissables engendre un effet dissuasif et donne lieu à des actions répressives. Ces dernières ont pour but d'inciter les auteurs de ces actes à ne pas récidiver.

Recours au service de médiation de l'institution

Un élément essentiel dans la prévention tertiaire de la prise en charge des violences entre le personnel soignant et un visiteur est le service de médiation. Cet outil intervient en aval d'un éventuel acte violent. Un service de médiation a pour rôle de se charger de promouvoir, d'instaurer ou de rétablir une communication entre les différentes parties lorsqu'il y a un différend concernant les droits du patient. Le médiateur est un tiers indépendant, il a un devoir de neutralité et d'impartialité entre l'hôpital, son personnel et la personne inscrivant la plainte au service de médiation. L'objectif est d'éviter les plaintes civiles en renouant le dialogue pour obtenir un accord face à la situation. Il a l'obligation de garantir le respect des intérêts de chacun ainsi que la confidentialité des échanges.⁴⁴

Rendu obligatoire en 2002 dans tous les hôpitaux par la Loi relative aux droits du patients, le service de médiation présente des obligations bien définies. Précisément, il est dit dans l'article 11 du texte législatif que « *Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente. § 2.*

⁴⁴ Médiation | Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg. (2015). <https://www.platformepsylux.be/glossary/mediation/>

La fonction de médiation a les missions suivantes : 1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel; 2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1er en vue de trouver une solution; 3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°; 4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation; 5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1er, ne se reproduisent. § 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort. »⁴⁵

Il apparaît que cet article de loi prend en compte l'un des outils déjà traités précédemment : la promotion d'une meilleure communication. En outre, il apporte les éléments suivants :

- Une médiation concernant les plaintes en vue de trouver une solution, ce qui ne peut avoir lieu que si l'acte violent a déjà eu lieu. Il s'agit donc bien de prévention tertiaire.
- La formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent. On classe bien cet élément dans de la prévention tertiaire dans le sens où il s'agit de "lessons learned".

Débriefing en équipe

L'outil suivant joue un rôle dans la prévention tertiaire de la violence envers le personnel soignant. Cela concerne les débriefings en équipe. L'objectif est de limiter l'impact d'un acte violent sur le soignant victime ainsi que d'évaluer la situation, les réactions adoptées et les actes en découlant. Ce moment sert fréquemment d'exutoire pour les ressentis négatifs et les frustrations. Cela permet également de réaliser des ajustements dans les manières de réagir et de mettre en place de nouvelles actions préventives si nécessaire. Le débriefing en équipe peut

⁴⁵ 22 août 2002 - Loi relative aux droits du patient (2018) Affaires sociales, santé publique et environnement https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F

être réalisée à chaud ou à froid et un accompagnateur formé tel un psychologue ou un cadre hiérarchique peut éclairer la discussion.⁴⁶

Plaintes en justice

Enfin, le dernier outil parfois appliqué par les professionnels de la santé est de porter plainte en justice contre l'agresseur. A ce jour, les plaintes en justice sont peu fréquentes par rapport au nombre d'évènements car cela va à l'encontre des valeurs souvent défendues. Le patient ressent de la souffrance et le professionnel de la santé a pour objectif d'aider par le soin. Il n'y a malheureusement pas de sources claires sur le sujet qui permettrait d'apporter des valeurs quantitatives et/ou qualitatives sur les plaintes portées en justice en Belgique. En France, les suites pénales et judiciaires de l'année 2019 correspondent à 1942 plaintes et 234 mains-courantes. Seulement 23% des accusations ont entraîné des démarches judiciaires.⁴⁷

⁴⁶ Vermeiren, E. (2010). *Le burn-out chez les soignants et dans les équipes*. URGENCES 2010, Chap. 9, pages 51-56 https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le_burn-out_chez_les_soignants_et_dans_les_equipes.pdf

⁴⁷ ONVS (2020) *VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS*. Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019.pdf

2. Que disent les acteurs ?

Méthode

Afin de répondre à la question « Que disent les acteurs ? », des entretiens de témoins privilégiés ont été réalisés. Cette série d'entretiens est de type libre ou semi-dirigé. Un guide d'entretien a servi pour réorienter la discussion en cas de besoin. Il est présenté dans les annexes.

Un des objectifs de ces rencontres était de mieux comprendre la violence vécue sur le terrain par les professionnels. Chacune des personnes a fait part de son point de vue personnel sur la violence dans la relation soignant-soigné. Puis la discussion s'est orientée pour atteindre le second objectif : dégager les outils appliqués sur le terrain, observer ceux qui sont à abandonner et ceux qui ont fait leurs preuves. Le troisième objectif était de dégager des nouvelles idées afin de prévenir ou d'atténuer les conséquences de la violence envers les professionnels de la santé.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'analyse des interviews se fera de la façon suivante :

- 1) La première partie définit quelles sont les causes menant à la violence d'après les personnes qui la vivent.
- 2) La seconde partie s'intéresse aux outils qui sont appliqués et à leur efficacité. Le but est également de déterminer et de comprendre pourquoi certains outils proposés par la littérature ne sont pas mis en place.
- 3) La troisième partie a pour objectif de proposer des améliorations vis-à-vis des outils existants, voire proposer de nouvelles idées en se basant sur les causes menant à la violence (le postulat de base étant qu'il faut agir sur les causes pour prévenir les conséquences néfastes de la violence).

Dans un souci de cohérence, la classification des outils utilisée précédemment (prévention primaire, secondaire et tertiaire) reste d'application.

Comment ? Sept témoins ont accepté de s'exprimer. Ils ont été choisis en fonction de la diversité de leurs professions respectives et donc probablement de leurs points de vue. Le premier contact s'est effectué par courriel pour obtenir l'accord de la personne contactée et planifier un rendez-vous. Ensuite, les entretiens ont été réalisés en face à face lorsque la

pandémie du Covid19 le permettait, puis par vidéoconférence via la plateforme Microsoft Teams.

Témoins interviewés :

- Maria Alvarez Baranga, médiatrice aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, anciennement infirmière aux soins intensifs.
- Nicolas Romanus, cadre responsable de la filière médecine aiguë des Cliniques Universitaires Saint-Luc, anciennement infirmier urgentiste.
- Nathalie Clochard, directrice des soins au Centre Hospitalier Jean Titeca.
- André Néron, directeur du Bureau partenariat patient à l'ULB-Érasme.
- Dominique Langhendries, directeur de Respect Séniors, agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés.
- Hugues Constant, infirmier-chef du service d'urgence du CHU Saint-Pierre.

Entretiens

La retranscription des entretiens se trouve dans les annexes de ce mémoire.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. La violence vécue sur le terrain et ses causes

La communication et le manque d'informations

Il apparaît clairement que les témoins interviewés ont conscience que la violence est souvent liée à un problème de communication. De fait, il semble évident que le personnel soignant n'est pas suffisamment formé pour pouvoir communiquer de manière efficace avec le patient, ce qui accroît l'incertitude et l'appréhension, et le rend d'emblée plus agressif. Cela va même plus loin, dans le sens où il arrive qu'une relation de pouvoir s'installe entre le soignant et le patient. Dans ces cas-là, le patient peut être victime de violence de la part du personnel. Le patient va réagir violemment à son tour créant de facto une escalade de la violence.

Mais il ne s'agit pas seulement de la communication entre les patients et le personnel soignant : principal vecteur de la transmission d'informations. En effet, l'institution hospitalière dans son ensemble semble ne pas informer suffisamment le patient et ne pas toujours appliquer les valeurs de respect et de transparence dans sa manière de communiquer.

Le manque de moyens

Une seconde cause qui revient souvent est le manque de moyens. Concrètement, cela se traduit par un manque de personnel et de formations. Dès lors, le personnel n'a pas toujours les outils lui permettant d'aborder des situations de violence. En outre, le manque de personnel induit automatiquement une surcharge de travail qui épuise le personnel soignant. Par conséquent, ce dernier, fatigué, a tendance à réagir de façon inadéquate face aux demandes des patients et à procurer des soins de moins bonne qualité, ce qui peut amener des réactions violentes de la part des patients.

Il s'agit d'un véritable cercle vicieux. En effet, il apparaît que la violence dans les services de médecine aiguë influe sur le fait que le personnel soignant change de service ou quitte simplement le milieu hospitalier, créant un manque de personnel encore plus impactant.

Le manque de moyen est également à l'origine de temps d'attentes toujours plus longs. Ce facteur est un important motif de violence, il a été appuyé par quasiment tous les intervenants.

L'environnement

Une troisième cause abordée lors des entretiens concerne l'environnement hospitalier. On entend par là que l'architecture des hôpitaux peut être un facteur de stress tant elle peut être froide et impersonnelle. Cela crée un sentiment d'angoisse chez le patient qui favorise l'agressivité.

Déterminants négatifs

Dominique Langhendries, directeur de l'ASBL Respect Seniors, parle quant à lui de déterminants négatifs. Concrètement, il s'agit d'éléments qui peuvent favoriser le comportement violent d'une personne, mais qui ne sont pas nécessairement liés aux acteurs tiers. Il aborde notamment l'isolement ou encore les problèmes financiers. Mais ces déterminants sont multiples et variés : maladie mentale, problèmes de drogue, stress lié au travail, personne battue, stress post-traumatique, etc. Ces éléments constituent une liste non-exhaustive de ces déterminants négatifs, qui sont abordés sous un autre nom par l'ensemble des personnes interviewées.

2. Les outils mis en place

Prévention primaire

La cause la plus évidente et dont le personnel soignant a le plus conscience étant la communication, la majorité des outils mis en place concerne naturellement la transmission de l'information vers le patient.

Celle-ci prend plusieurs formes :

- Des formations pour le personnel soignant en communication non-violente, désescalade de la violence et bienveillance. Celles-ci diffèrent en fonction des hôpitaux et des services mais il existe un dénominateur commun : elles sont trop peu nombreuses et incomplètes.
- Des moyens de communications visuels dans les services informant le patient sur le travail du personnel soignant qui explique notamment pourquoi une prise en charge peut être longue.

Ensuite, la plupart des hôpitaux ont un service de gardiennage qui, par son côté dissuasif, peut être considéré comme de la prévention primaire. Toutefois il apparaît qu'ils n'ont pas suffisamment de visibilité que pour pouvoir jouer ce rôle entièrement. La vidéosurveillance semble également jouer ce rôle, à plus petite échelle encore, car les caméras sont peu visibles.

Troisièmement, la modification progressive de l'architecture hospitalière dans certains services permet au patient de se sentir plus chez lui, ce qui diminue le stress et l'angoisse pouvant engendrer la violence. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que cet outil a ses limites. En effet, l'objectif premier est de soigner les patients et il faut que l'architecture et l'environnement soient optimisés afin d'atteindre cet objectif, ce qui peut entrer en contradiction avec le point abordé précédemment.

Enfin, certains hôpitaux ont mis en place un système de liste noire regroupant les patients ayant été violents de façon répétitive. Ces patients gardent le droit d'être soignés, naturellement, mais cela permet au personnel soignant d'anticiper d'éventuels comportements violents.

Prévention secondaire

Comme cité précédemment, la plupart des institutions hospitalières font appel à des services de gardiennage qui mettent en place des agents capables de réagir face à un acte violent. Toutefois il apparaît que ces services, probablement par manque de moyen, ne sont pas actifs en permanence. De fait, certains hôpitaux n'assurent qu'un service de nuit, par exemple. L'outil est efficace en prévention secondaire, mais le temps de réponse peut parfois être assez long, de nouveau à cause d'un manque de moyens.

Ensuite, certaines institutions ont tenté de former le personnel soignant à la « maîtrise de la violence ». Cela s'organise par des formations de self-défense. Toutefois, cet outil a vite été abandonné : en effet, voir un membre du personnel soignant maîtriser physiquement un patient a un impact psychologique négatif sur l'ensemble des acteurs. De plus, la surcharge de travail ne laisse pas le temps au personnel soignant de se former correctement à ce genre de technique.

Prévention tertiaire

Le premier outil mis en place en termes de prévention tertiaire consiste en un service de médiation. Cet outil a prouvé son efficacité, à tel point qu'il est devenu légalement obligatoire. Il est d'autant plus efficace qu'une de ses fonctions consiste à formuler des recommandations afin d'éviter qu'un événement indésirable ne se reproduise. On appelle ça des « lessons learned ».

Des séances de débriefing remplissent un peu le même rôle. De fait, réfléchir en groupe et à froid sur un événement permet non seulement de décharger la charge psychologique qui pèse sur la victime mais d'en retirer des apprentissages sur ce qui aurait pu être fait différemment.

Ensuite, les services de vidéosurveillance ont également fait leur preuve. Ils permettent d'identifier les auteurs d'acte violents et servent de pièce à conviction dans d'éventuels procès. Toutefois, afin de respecter la vie privée des patients, l'utilisation de ce genre d'outil se limite aux endroits publics, dans lesquels la violence se manifeste de façon moindre.

Enfin, le système judiciaire, qui punit les auteurs avérés d'actes portant préjudice à autrui afin d'éviter les récidives, remplit son office.

3. Suggestions d'améliorations

Le problème le plus évident et qui est à la base du manque d'efficacité voire de l'absence de solutions est le manque de moyen. En effet, des moyens financiers et humains majorés permettraient de prévenir plus efficacement les conséquences néfastes de la violence. Mais comment utiliser ces moyens ?

En ce qui concerne la communication patient-professionnel de santé, il apparaît que la formation du personnel soignant doit se situer dans la formation de base et pas uniquement dans la formation continue. De fait, les écoles et les universités qui forment les membres du personnel soignant doivent mettre en place des cours qui traitent du sujet.

Ensuite, la transmission d'information par tous les vecteurs doit être plus efficace. Il faut que le patient comprenne correctement comment il est pris en charge. Les informations qu'il reçoit doivent diminuer au maximum ses incertitudes, enrayant la chaîne qui mène à la violence à la base. Pour ce faire, les hôpitaux pourraient faire appel à des professionnels de communication.

Afin d'accentuer l'effet dissuasif des services de gardiennage et de vidéosurveillance, il convient de leur donner une meilleure visibilité. De fait, un individu conscient des conséquences directes et indirectes que peuvent avoir un acte violent sera probablement moins enclin à passer à l'acte.

Dans le même ordre d'idée, il serait judicieux de faire prendre conscience au patient que ses actions peuvent avoir un impact négatif sur la qualité des soins qu'il reçoit.

Une autre possibilité consiste à travailler sur les déterminants négatifs. Il s'agit de les identifier, et d'agir sur ces derniers quand c'est possible. Connaître ces déterminants peut également influencer sur la communication patient-professionnel de santé. En effet, si le patient se sent compris et informé, il sera moins sujet à des incertitudes et donc à de l'inquiétude, impactant positivement l'ascension de l'agressivité.

Pour conclure ce chapitre, on peut affirmer que la combinaison réalisée avec les entretiens de témoins privilégiés est venue renforcer les informations de la revue de littérature. Les résultats confirment les attentes. La revue de littérature sur les mécanismes de la violence et sur les pistes d'action concrètes pour la prévenir ont permis de bien comprendre le sujet. Les objectifs ont été atteints. Cependant, le manque de recherches quantitatives sur le phénomène ne permet pas d'évaluer convenablement l'ampleur que prend la violence dans la relation soignant-soigné aujourd'hui. Il y a également moins de diversité dans les actions mises en place sur le terrain que dans celles vues dans la littérature.

CONCLUSION

La violence envers les professionnels de la santé dans les services de médecine aiguë est un phénomène de plus en plus dénoncé. C'est pourquoi ce mémoire a visé deux objectifs : comprendre la problématique, ses mécanismes et ses enjeux ainsi qu'élaborer des pistes d'action concrètes afin de prévenir la violence envers les professionnels de santé.

Pour ce faire, ce travail présente dans un premier temps une revue détaillée de la littérature. Puis dans un second temps, il donne la parole à des témoins privilégiés, acteurs de terrain ayant une expertise dans la gestion de la violence au sein de la relation soignant-soigné. Cette combinaison de méthodes permet une comparaison de la littérature avec la réalité. Les résultats sont ensuite discutés pour ressortir les actions fructueuses ainsi que des nouvelles pistes d'action à destination des institutions de soins.

Grâce à la recherche étoffée de la littérature appuyée par les entretiens des différents témoins privilégiés, nous pouvons donc répondre à la question de recherche : *Comment améliorer la gestion de la violence envers les professionnels de santé dans les services de médecine aiguë à Bruxelles ?* Par cette recherche, il apparaît évident que travailler sur l'information est l'élément clé, primordial pour agir face à la violence envers les professionnels de la santé. Comment ? Trois points sont à appuyer.

Tout d'abord, il ressort de l'analyse que la solution face aux problèmes de violence dans la relation soignant-soigné cible d'avantage la **prévention primaire**. Il ne faut pas minimiser le rôle de la prévention secondaire et tertiaire qui agissent pour diminuer l'impact de la violence sur le personnel soignant. Malheureusement, il est compliqué de gérer la violence une fois intervenue. Il convient de mettre en place des actions en amont afin d'éviter au maximum l'escalade amenant à un acte, une agression.

Le second point est d'éduquer les personnes à risque, que ce soient les patients, les futures patients ou les soignants à la **compréhension de la violence**, ses mécanismes, ses facteurs favorisants. La compréhension du phénomène permet déjà de l'appréhender avec une autre vision. De plus, il ressort clairement que le problème dépasse le milieu hospitalier et concerne

un problème de société. L'éducation de la population impacte le comportement et se reflète dans les interactions en milieu hospitalier.

Ensuite, il est essentiel de former le personnel tout particulièrement à **la communication**. Une des causes principales qui ressort de la littérature et de chacun des entretiens concerne la **transmission des informations**. Le professionnel de santé peut causer par un manque de transmission, de clarté ou de politesse, une réaction négative chez le patient ou le visiteur. Ces derniers sont soumis à un mélange de ressentis de stress, d'inquiétudes et de frustration suite à l'incompréhension d'un milieu inconnu pour eux. Il est donc essentiel de former les professionnels de la santé à l'amélioration de leur communication. En misant sur une transmission claire et adéquate des informations à la compréhension du patient.

1) Limites et difficultés rencontrées

Durant la réalisation de cette recherche, un challenge a été la complexité de garder un regard objectif en tant que soignant sur la thématique. Mon expérience passée a été un facteur à risque de biaiser l'analyse. En tant que future diplômée en sciences de la santé publique, il était essentiel pour moi de ne pas stigmatiser les intervenants impliqués.

Ensuite, le contexte sanitaire suite à la pandémie du Covid19 a limité les possibilités dans ma recherche. Par la charge de travail accentuée dans les hôpitaux et le risque de transmission du virus, il a été difficile d'obtenir des réponses et des entretiens des potentiels témoins. L'observation sur le terrain n'était pas envisageable.

2) Perspectives

Afin d'étoffer cette recherche et de pousser la réflexion d'une manière plus neutre, il serait intéressant d'effectuer une étude plus étendue sur la violence au sein de la relation patient-professionnel de santé. Cela permettrait d'exploiter d'avantage le phénomène de violence des professionnels de la santé envers les patients qui est une thématique de plus en plus abordée et dénoncée dans les soins de santé. De nombreux mécanismes identifiés dans ce mémoire s'applique aux deux sens de la relation soignant-soigné. De même que les actions pour prévenir la violence.

BIBLIOGRAPHIE

- Aujoulat, I. (2020) *Notes de cours : WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives*. UCLouvain, Faculté de santé publique.
- Bataille, B. et al (2013) *Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier*. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Vol. 32, Issue 3, 2013, Pages 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2012.12.010>.
- Casalino, et al. (2015) *La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien*. Ann. Fr. Med. Urgence 5, 226–237. <https://doi.org/10.1007/s13341-015-0558-z>
- Charrier, P., et al. (2019). *Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ?* Santé Publique, vol. 31(6), 797-807. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0797>
- Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges (s.d.) https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf
- De Vaux, F. (2019). *Réflexions sur la violence dans le service des urgences de l'hôpital Nord de Marseille*. Laennec, tome 67(1), 38-46. <https://doi.org/10.3917/lae.191.0038>
- La Rédaction (2020) *Des violences à l'hôpital notamment en psychiatrie, aux urgences et en gériatrie*. Vie publique.fr., <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279288-violences-lhopital-en-psychiatrie-aux-urgences-et-en-geriatrie>
- Dima, M. (2019) *Un professionnel de santé victime de violence peut-il porter plainte contre un patient ?* MACSF <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/professionnel-sante-violence-plainte>
- Duez, P. (2016). *Analyse des facteurs d'aléa de la violence dans les organisations du secteur sanitaire à partir de la pression temporelle*. Le sociographe, 56(4), 91-104. <https://doi.org/10.3917/graph.056.0091>
- Eniafe-Eveillard, Dr B. (s.d.) *GESTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER*. CHRU Brest. https://www.smsto.fr/public/uploads/actu/240_violence.pdf
- Fortier L., Dallaire, C. (2020) *Un outil pour réduire la violence à l'urgence*. SOINS D'URGENCE Vol.1, N°1, Printemps 2020

- Franz, S. et al. (2010) *Agression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey*. BMC Health Services Research <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>
- HAS (2016) *Outils pour l'amélioration des pratiques : Stratégies de désamorçage de situations à risques de violence*. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf
- Hesbeen, W. (2021) *Entretiens et discussions personnelles*. UCLouvain
- Krug, E. G., et al. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Violence, violences - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
- MACSF.fr. (2019). *Que faire en cas de violence à l'égard du personnel ?* MACSF.fr. <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/violence-a-l-egard-du-personnel>
- Michaud, Y. (2018). *Chapitre premier. Définir la violence ? La violence* (pp. 3-10). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- ONVS (2020) *VIOLENCES EN SANTÉ : Synthèse du rapport 2020 de l'ONVS*. Observatoire National des Violences en milieu de Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019.pdf
- Ordomedic (2021) *Code de déontologie médicale*. Ordomedic., <https://ordomedic.be/fr/code-2018/>
- Ordomedic (2020) *Collaboration entre la police, le ministère public et les hôpitaux – Principes généraux*. Ordomedic. <https://ordomedic.be/fr/avis/attestations-certificats/declaration-a-la-police-aux-autorites-judiciaires/collaboration-entre-la-police-le-ministere-public-et-les-hopitaux-principes-generaux>
- Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg (2015) *Lexique : Médiation*. <https://www.platformepsylux.be/glossary/mediation/>
- Pich, J., et al. (2017) “*Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: results from the Australian VENT study*” *Violence in Emergency Nursing and Triage* [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(17\)30036-8/fulltext](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(17)30036-8/fulltext)

- Souchon, S. et al (2006) *L'architecture peut-elle être source de maltraitance : Un regard de gériatres*. *Gérontologie et société*, 29(119), 75-84. <https://doi.org/10.3917/gs.119.0075>
- SPF Affaires sociales, santé publique et environnement (2018) 22 août 2002 - *Loi relative aux droits du patient*.
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F
- SPF Santé publique (2016) *Professions réglementées des soins de santé en Belgique*.
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-0>
- Terrenoir, V. (2020) *Violences à l'hôpital : encore trop nombreuses alors que des solutions existent*. MACSF <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Prevention-des-risques/violence-hopital-solutions-onvs#1>
- Terry, R.G., et al. (s.d.) *Étymologie Français latin grec Sanskrit—Violence*. Les principes du Management, Paris, éd. Tendance Actuelles, 1985, p.25
<https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/v/violence>
- Vermeiren, E. (2010). *Le burn-out chez les soignants et dans les équipes*. URGENCES 2010, Chap. 9, pages 51-56 https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le_burn-out_chez_les_soignants_et_dans_les_equipes.pdf
- WHO (s.d.) *OMS - Personnels de santé*. World Health Organization.
http://www.who.int/topics/health_workforce/fr/.

ANNEXES

1. Guide d'entretien pour les entretiens de témoins privilégiés

Convient à des postes d'infirmier-chef (+adjoint), de médecin-chef (+adjoint), de cadres responsables de services, ...

Bonjour Madame X, Monsieur X,

Je m'appelle Camille. Je suis infirmière urgentiste de formation et j'ai repris un master en Sciences de la Santé Publique à l'UCLouvain. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la gestion de la violence envers le personnel soignant. Ma recherche se compose de deux parties majeures : la compréhension de la violence et de ses mécanismes et les outils permettant la gestion de la violence envers le personnel soignant. Cette gestion allant de la prévention primaire, secondaire à tertiaire. Je souhaite vous interviewer ce jour car je pense que vous avez une expertise dans ma thématique par votre position et que vous pourriez m'apporter un point de vue intéressant.

- *Êtes-vous toujours d'accord pour répondre à mes questions ?*
- *Acceptez-vous l'enregistrement et la retranscription de cette conversation ?*
L'entretien peut rester anonyme.
- *Avant de commencer l'interview, avez-vous des questions ?*

Informations concernant l'interviewé

- *Puis-je vous demander de vous présenter en m'expliquant votre formation et les étapes principales de votre carrière ?*
- *Comment définissez-vous votre travail au sein de votre organisation ?*
- *Pouvez-vous décrire votre filiale au sein des institutions en quelques mots ?*

Informations concernant le sujet

- *Au sein de votre filiale, le personnel est-il sujet quotidiennement à de la violence de la part de patients ou familles de patient envers vous ou vos collègues ?*
- *Pouvez-vous me décrire la violence la plus fréquemment vécue ?*
- *Il y a-t-il un impact à long terme sur le personnel ? Si oui qu'avez-vous observé ?*

- *Recevez-vous des plaintes ? Par quels biais ? Évènements indésirables ? A quelle fréquence environ ?*
- *Pensez-vous que cela joue un rôle dans l'important turnover de ce type de service ?*

Informations concernant l'institution

- *Qu'est-ce que votre institution met en place **en amont** pour prévenir la violence ?
(Réorganisation des flux du service, système de gardiennage continu aux urgences, système de caméra de sécurité intérieure, formation de communication non violente, posters/affiches, Liste noir des patients violents, ...)*
- *Qu'est-ce que votre institution met en place pour gérer la violence **sur le moment** ?
(Cours de self-défense, bouton d'appel « agression », médiateur présent H24, système de gardiennage continu aux urgences, ...)*
- *Qu'est-ce que votre institution met en place pour gérer **en aval** la violence ?
(Signaler un évènement indésirable, débriefing obligatoire, plainte déposée contre la personne violente, ...)*
- *Avez-vous un exemple en tête d'un cas de gestion de violence dans lequel vous avez interagit récemment ? Pouvez-vous me le raconter ?*
- *Il y a-t-il d'autres initiatives déjà mis en place qui vous viennent en tête ?*
- *Sans limite de budget, il y a-t-il d'autres initiatives intéressantes qui vous semblerait à mettre en place au sein de votre institution ?*

2. *Retranscription des entretiens*

Entretien Nicolas Romanus - cadre responsable de la filière médecine aiguë des Cliniques Universitaires Saint-Luc

Bonjour Monsieur. Donc voilà, je m'appelle Camille, Je suis une des étudiantes de l'UCLouvain suivie par Monsieur Walter Hesbeen pour mon mémoire. Je travaille sur la gestion de la violence envers le personnel soignant par tout d'abord la compréhension de la violence et de ses mécanismes et puis par les outils qui peuvent être mis en place pour diminuer et atténuer les conséquences de la violence.

Est-ce que je peux vous demander de m'expliquer un peu votre parcours et votre poste actuel au sein des Cliniques Saint-Luc ?

Très bien, donc moi je suis infirmier SIAMU de formation de départ. J'ai commencé en 2001 à travailler aux urgences de St-Luc, pendant 15 ans. Puis j'ai évolué pendant ces 15 ans jusqu'à devenir infirmier chef. J'ai ensuite été vers une autre institution pour prendre une fonction de coordinateur pour 2 services d'urgences. Pour revenir ensuite après un an, ici, comme cadre, pour le département de médecine aiguë et c'est une fonction que j'occupe depuis maintenant 5 ans. Voilà. Dans le décours de tout ça, j'ai fait mon master en Santé Publique et voilà, c'est un peu mon parcours en bref.

Ok, votre travail de cadre, aujourd'hui, comment est-ce que vous le décririez ?

C'est beaucoup de gestion de personnel, de projet, avec essayer de faire le lien entre les objectifs institutionnels et la réalité de terrain, en étant le plus coachant en possible et le plus accompagnant possible pour les infirmiers chefs de terrain. C'est essayer d'être dans l'anticipation plutôt dans le fait de subir finalement les choses donc j'essaie d'être très proactif par rapport aux besoins des équipes, à l'évolution des staffs, au recrutement a fortiori et être très soutenant par rapport à mes infirmiers chefs pour qu'eux s'épanouissent dans leur fonction, se sentent coaché, accompagné et puissent évoluer.

Dans votre filiale de médecine aiguë ça reprend les urgences, les soins intensifs,

Oui avec l'anesthésiologie, avec le côté réveil et poste extérieur donc ce n'est pas ce qui est intégré au bloc opératoire, si ce sont les anesthésistes mais le poste extérieur c'est tout ce qui touche à l'anesthésiologie en dehors du bloc opératoire. Puis j'ai l'imagerie avec les 5 entités qui composent l'imagerie avec la radio conventionnelle, pédiatrique, IRM, radio interventionnelle et scanner. Et puis j'ai aussi les transports de patients donc les brancardiers avec la centrale des lits et le funérarium : la morgue.

Plus centré sur le sujet maintenant, au sein de votre filiale, le personnel est-il sujet quotidiennement à de la violence de la part de patients ou accompagnants ? J'imagine que oui, est-ce que vous savez un peu me décrire ce que le personnel, j'imagine que c'est plus particulièrement aux urgences, ...

Oui et non. Aux soins intensifs, on y est aussi fortement exposé, d'autant plus dans la situation actuelle où on doit limiter le nombre de visites, qui rend dans un contexte comme celui qui touche les soins intensifs où à fortiori les gens ne sont pas bien, les familles sont très demandeuses, sont très inquiètes donc déjà on est dans une relation complexe puisque l'inquiétude va alimenter un certain stress qui chez certains va se traduire par de l'agressivité. Si en plus de ça, on doit limiter les visites, le temps de visite et faire des roulements, des rotations, pour respecter finalement les consignes Covid et en plus le calme dans l'unité, ça suscite aussi de l'énervement et de la tension, dans des équipes qui sont déjà aussi soumises à un stress important et donc à de la fatigue à proprement parler donc finalement toutes les conditions sont un peu réunies aux soins intensifs pour que la moindre étincelle fasse exploser finalement les différents partis présents donc voilà on est aux soins intensifs actuellement exposé mais aux urgences c'est vrai que là on est... La première porte d'entrée d'une situation qu'on n'attendait pas, qu'on ne souhaitait pas donc là aussi il y a un contexte qui est favorable et qui favorise l'expression agressive parfois chez les patients et si alors ils doivent attendre parce qu'il y a beaucoup de monde et si on leur dit que ce n'est pas une urgence par rapport à d'autres, alors là, on fait l'explosion.

Il faut arriver à juguler parce que chacun a sa perception de l'urgence et forcément quand on a mal au ventre et qu'on ne sait pas pourquoi, ça génère toute une inquiétude mais cette inquiétude là qu'on peut... qui est légitime, qu'est-ce qu'elle vaut par rapport à quelqu'un qui est en train de mourir quoi. Voilà donc c'est toute cette relativité-là auquel on est confronté qu'il faut arriver à gérer oui.

Généralement c'est quand même en premier abord de la violence verbale ?

C'est de la violence verbale qui parfois peut donner place à une certaine agressivité physique mais qui plus souvent orientés vers des objets enfin on va jeter des choses par terre ou quoi. Plus rarement de l'agressivité physique à l'égard du personnel, même si ça arrive... ça arrive !
Concernant donc l'impact à long terme sur le personnel, est-ce que vous avez des retours, des plaintes fréquentes ? Ça passe par des événements indésirables j'imagine ?

Alors, j'ai aucune visibilité de ce type de suivi là en tant que tel. Non.

Concernant vraiment ce que les cliniques mettent en place en amont pour prévenir la violence : le nouveau service des urgences, j'imagine, a été conçu en système de flux pour éviter justement

les mobilisations dans le service, j'imagine que vous faites également appel à un système de gardiennage ? En continu ?

Alors euh... il n'y a pas un gardien en continu, il y a possibilité de faire appel au gardien qui vient prendre poste au départ de la nuit donc vers 21h. Là il prend fonction au service des urgences puisque le reste de l'institution va se fermer et que là les urgences devienne la porte d'entrée principal de l'institution mais aussi non il n'y a pas de gardien attaché aux urgences qui tourne pour calmer les gens, communiquer, rassurer, ça ce n'est pas quelque chose qui existe aujourd'hui !

En amont, vraiment pour prévenir la violence, est-ce que vous êtes un peu de ce qui est mis en place pour prévenir cette violence comme : ça passe de la formation du personnel à la communication non-violente, à l'information par des affiches dans le service

Donc aujourd'hui, on a dans la salle d'attente un explicatif qui défile en disant voilà le système de triage, qu'est-ce que c'est ? En quoi ça consiste ? Pourquoi est-ce qu'on met ce type de système en place ? Pour essayer de faire comprendre aux gens que, finalement, il y a une filtration en fonction du niveau du degré d'urgence qu'on fait et qu'on est obligé de faire et donc qu'il y a une attente qui est liée à ça et qui est en relation avec ce degré d'urgence. Donc on essaie d'expliquer les choses aux gens, le pourquoi du comment ils attendent. Alors là où on pêche, et je pense que c'est partout pareil par rapport à des services comme les urgences, c'est sur la communication à proprement parler du processus ou on vient, on examine et puis on ne dit pas ce qu'on va faire, on ne dit pas combien de temps ça va prendre ou alors on sous-estime parfois le temps que ça va prendre et que ça c'est quelque chose qu'on doit améliorer dans notre communication ponctuelle tant au niveau infirmier qu'au niveau médical. Après, on a, je sais, toute une série de formation en communication non violente, en communication assertive qui sont mises en place que nous on dédicace plus chez les gens qui ont parfois eu des problèmes ou ils ont fait monter le stress et l'énervement et donc on les met dans ces formations-là. Au-delà de ça et plus par rapport aux soins intensifs, c'est parfois lié à des familles à proprement parler ou c'est des grosses familles qui arrivent et que c'est la gestion du flux qui est compliqué et pour lequel il n'y a pas vraiment, ou en tout cas il n'y avait pas de processus clairement défini de filtration finalement. Et donc on se retrouve confronté à un afflux massif de gens et donc là les ingrédients sont tous bien présents que pour que ça parte en sucette et que tout le monde s'énervent et que ça frictionne.

Après il y a tout le volet psychiatrique qui touche aux urgences avec tout ce qui concerne les mises en observation, ou on est mandaté par le procureur du roi pour faire une expertise et ou là aussi on est dans un contexte où bien souvent la première chose qui se passe, c'est sauter sur

le patient, médication et puis après médication le lendemain revoir un peu la situation plus au calme. C'est un autre volet d'agressivité mais auxquels on est préparé. On sait que ça va monter, on sait que quand on va vers ce type d'activité là, on s'équipe et on se formate mentalement à se dire voilà ça va être chaud, ça va être tendu que par rapport à des familles et des choses comme ça, parfois on ne s'y attend pas et en fait on est confronté à des gens qui n'ont pas de patience, ou qui vont directement être sur un mode agressif ou d'incompréhension et donc on est parti quoi.

Et donc concernant la gestion de la violence vraiment sur le moment, est-ce que le personnel a accès à des cours de self-défense ou des outils de ce type-là ?

Il y a eu des initiatives qui avait été mise en place à l'époque mais ça nous paraissait très lointain finalement de notre mission à proprement parler et ça nous rapprochait un peu trop de missions qui relèvent du gardiennage, de la sécurité qui, quand on les sollicite, est assez rapidement sur place et ou on a un peu l'impression parfois que... il faut rester soignant avant d'être expert en arts martiaux ou en self-défense parce que voilà ce n'est pas là qu'est notre business en tant que tel. On est là pour prendre soin de et non pour se défendre de. Donc il faut arriver à un moment donné à se reculer par rapport à des situations potentiellement d'agressivité pour laisser des gens qui sont formés et identifié pour, et garder un lien thérapeutique sur lequel on devra revenir à un moment ou un autre parce que si la personne arrive à 7h du matin avec de l'agressivité et qu'on est au conflit, bah nous on travaille au moins jusqu'à 14h et on devra la prendre en charge jusque 14h00 donc ça fait 7h d'attente pour changer de... Voilà, un petit peu ça... donc voilà.

Est-ce qu'il y a un médiateur qui pourrait potentiellement intervenir sur place à ce moment-là ?

Alors on a, aux urgences, on travaille fort avec l'unité de crise donc il y a des psychologues, des assistants sociaux, des psychiatres, des infirmières psy, où là on peut les intégrer finalement pour essayer de solutionner et trouver un moment de discussion et ré apaiser les choses. Pour les soins intensifs, il y a la psychiatrie de liaison et des choses comme ça qui peuvent être appelés mais à proprement parler un médiateur dans le sens strict comme ça identifié pas ma connaissance je peux me tromper mais pas à ma connaissance.

Ok, est-ce qu'il y a un bouton d'appel dans les services au cas où il y a une agression ?

Aggression ? Oui. Disons que tous les infirmiers au niveau des urgences ont des Protectors. Donc ils savent via le bouton ici (montre un bouton sur son téléphone portable professionnel) déclencher le système d'appel parce qu'ils sont confrontés à de l'agressivité ou de la violence et alors ça définit les zones...

Et ça sonne sur tous les téléphone ?

Oui, ça sonne sur les desks, le gardiennage et le brancardier.

Plutôt en aval, qu'est-ce que les cliniques vont mettre en place ? J'imagine qu'il y a des débriefings après ce genre d'évènement qui sont mis en place ? En tout cas quand c'est plutôt physique ?

Alors quand c'est plutôt physique, alors il faut voir dans quelle mesure le personnel va déposer un EVI (déclaration des évènements indésirables), parfois ils ne le font pas... ça c'est vraiment une culture qui doit s'enraciner. Auquel cas ils en font un, oui alors, il y aura probablement toute l'analyse qui sera faite derrière. S'il n'en dépose pas mais que les gens qui étaient impliqués, il y avait des superviseurs, des choses comme ça, on va essayer de re-débriefier ensemble en équipe par rapport au vécu et comment gérer la chose et essayer de voir comment la personne, le personnel qui a été impliqué va le gérer émotionnellement par la suite pour faire un retour au travail qui soit le plus cohérent, le plus facilitant possible parce que parfois ça génère du stress et de l'anxiété de revenir.

Vous pensez que ça a une influence sur le turnover assez important dans ce genre de service ?

Alors, importante, je ne crois pas. C'est quelque chose auquel on sait qu'on va être confronté et donc on sait que ça fait partie du boulot en tant que tel. Je pense qu'on doit s'améliorer clairement sur le suivi qu'on peut mettre en place et la dynamique derrière pour soutenir finalement le personnel qui a subi des agressions et des choses comme ça mais je crois que sur mes 5 ans de cadre et sur mes 20 ans de carrière, je crois que j'ai peut-être entendu 2 personnes qui avaient été confrontés à de la violence, s'en était senti affecté au point de dire qu'ils allaient changer d'orientation, voilà. Donc ça fait un peu partie du cadre on va dire, malheureusement, et donc on sait que voilà...

Est-ce qu'il y a d'autres initiatives déjà mises en place qui vous viennent en tête dont on n'aurait pas discuté ?

A proprement parler, non, je te dis on avait essayé de mettre des formations de self-défense en place, mais voilà...

Oui avec la question de la limite du rôle infirmier...

Oui c'est ça, c'est ça. On n'y voyait pas à fortiori de plus-value. Parce que je serais curieux de voir lors d'une agression qu'un infirmier arrive et commence à immobiliser le patient, je crois que les gens seraient touchés...

Une petite clé de bras...

Voilà c'est ça les gens se dirait mais enfin qu'est-ce qu'il fait quoi ?! Pour moi-même déjà l'avoir vu de la part d'un policier, on était presque choqué en fait parce que le policier est arrivé, il a fait une prise qui a fait que la personne s'est endormie et tout le monde était là mais ce n'est pas

possible, on ne peut pas faire ça etc. Et donc tout le monde était choqué alors j'imagine maintenant un infirmier qui arrive et qui immobilise le patient... C'est perturbant et à mon avis... Ce serait perturbant ! Voilà, après, je crois que favoriser les formations aux communications thérapeutiques et accentuer ces formations au départ même de l'ISEI, parce qu'on n'en a pas énormément, on a un cours de psychiatrie à proprement parler mais...

Oui il aborde très vite le truc en SIAMU...

Voilà mais de là à avoir vraiment un bagage de gestion de la communication thérapeutique et de la gestion de l'agressivité, bah oui, ça ce serait vraiment un plus !

Super. Ça clôture toutes mes questions ? Un grand merci.

Avec plaisir.

Voir annexes supplémentaires pour la retranscription des autres entretiens

- Entretien Nathalie Clochard - directrice des soins au Centre Hospitalier Jean Titeca
- Entretien André Néron – Directeur du bureau Partenariat-Patient ULB, Érasme
- Entretien Dominique Langhendries - directeur de l'ASBL Respect Séniors, agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés
- Entretien Maria-J. Alvarez Baranga – médiatrice aux Cliniques Universitaires Saint-Luc
- Entretien Hugues Constant – Infirmier-chef des urgences du CHU Saint-Pierre

