

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST
Année 2013

**« Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences
ophtalmologiques :
exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant »**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 14 octobre 2013
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Constance d'AUBAREDE

Epouse FRIEH

Née le 4 juillet 1984

à Villeurbanne (Rhône)





« Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences ophtalmologiques : exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant » de [Constance d'AUBAREDE épouse FRIEH](#) est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](#).
Fondé(e) sur une œuvre à <http://sante-travail.univ-lyon1.fr/accueil.htm>.

Pour accéder à une copie de cette licence, merci de vous rendre à l'adresse suivante <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Vous êtes autorisé à :

- **Partager** — copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats.

Selon les conditions suivantes :

- **Attribution** — Vous devez [créditer](#) l'Œuvre (mentionner la citation ci-dessous) et intégrer un lien vers la licence. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens possibles mais vous ne pouvez pas suggérer que l'Auteur vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre.
- **Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'êtes pas autorisé à faire un usage commercial de cette Œuvre, tout ou partie du matériel la composant.
- **Pas de modifications** — Dans le cas où vous effectuez un remix, que vous transformez, ou créez à partir du matériel composant l'Œuvre originale, vous n'êtes pas autorisé à distribuer ou mettre à disposition l'Œuvre modifiée.
- **No additional restrictions** — Vous n'êtes pas autorisé à appliquer des conditions légales ou des [mesures techniques](#) qui restreindraient légalement autrui à utiliser l'Œuvre dans les conditions décrites par la licence.

Citation :

d'Aubarede C. « Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences ophtalmologiques : exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant ». Thèse pour obtenir le grade de Docteur en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1 (2013).
<http://sante-travail.univ-lyon1.fr/accueil.htm>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

. Président de l'Université François-Noël GILLY

. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales François-Noël GILLY

. Secrétaire Général Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) Directrice: Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T. Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD

CPE Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2012/2013

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie (surnombre) |
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Confavreux | Christian | Neurologie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Ninet | Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Peyramond | Dominique | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| Philip | Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| Raudrant | Daniel | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Rousset | Bernard | Biologie cellulaire |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Chatelain | Pierre | Pédiatrie (surnombre) |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Kohler | Rémy | Chirurgie infantile |
| Laville | Maurice | Thérapeutique; médecine d'urgence ; addictologie |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Perrin | Gilles | Neurochirurgie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Pugeat | Michel | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

| | | |
|---------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Bastien | Olivier | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Baverel | Gabriel | Physiologie |
| Bérard | Jérôme | Chirurgie infantile (surnombre) |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Bozio | André | Cardiologie (surnombre) |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Colombel | Marc | Urologie |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Denis | Philippe | Ophthalmologie |
| Derumeaux | Geneviève | Physiologie |
| Descotes | Jacques | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducierf | Christian | Chirurgie digestive |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Fouque | Denis | Néphrologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honorat | Jérôme | Neurologie |
| Jegaden | Olivier | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Martin | Ambroise | Nutrition |

| | | |
|----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Mion | François | Physiologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Négrier | Marie-Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Neyret | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Rousson | Robert-Marc | Biochimie et biologie moléculaire |
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Rymlin | Philippe | Neurologie |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| Scoazec | Jean-Yves | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Thomas | Gilles | Génétique |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Tourraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trouillas | Paul | Neurologie (surnombre) |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vallée | Bernard | Anatomie |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Zoulim | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

| | | |
|--------------|------------|--------------------------------------------------|
| Allouachiche | Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |

| | | |
|------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Calender | Alain | Génétique |
| Chapet | Olivier | Cancérologie ; radiothérapie |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| Cotton | François | Anatomie |
| Dalle | Stéphane | Dermato-vénéréologie |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Fillipo | Sylvie | Cardiologie |
| Dubernard | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Dumortier | Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Edery | Charles | Génétique |
| Faure | Michel | Dermato-vénéréologie |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Guyen | Olivier | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Jacquin-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophthalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Lina | Gérard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| Ruffion | Alain | Urologie |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et |

| | | |
|---------|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| Souquet | Jean-Christophe | prévention Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | | |
|--------|-------|--|
| Moreau | Alain | |
|--------|-------|--|

Professeurs associés de Médecine Générale

| | | |
|--------|------|--|
| Zerbib | Yves | |
|--------|------|--|

Professeurs émérites

| | | |
|------------|-------------|--------------------------------------------------|
| Baulieux | Jacques | Chirurgie générale |
| Boulangier | Pierre | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Chazot | Guy | Neurologie |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Fischer | Georges | Neurochirurgie |
| Froment | Jean-Claude | Radiologie et imagerie médicale |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Itti | Roland | Biophysique et médecine nucléaire |
| Kopp | Nicolas | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Tissot | Etienne | Chirurgie générale |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Vedrinne | Jacques | Médecine légale et droit de la santé |
| Viale | Jean-Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

| | | |
|-----------|-------------|--------------------------------------------------|
| Bringuiet | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Bui-Xuan | Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |

| | | |
|-----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| Davezies | Philippe | Médecine et santé au travail |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Hadj-Aissa | Aoumeur | Physiologie |
| Jouvet | Anne | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Lièvre | Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Pharaboz-Joly | Marie-Odile | Biochimie et biologie moléculaire |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Rigal | Dominique | Hématologie ; transfusion |
| Sabatini | Jean | Médecine légale et droit de la santé |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Timour-Chah | Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|-----------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Bricca | Giampiero | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Cellier | Colette | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Charbotel-Coing-Boyat | Barbara | Médecine et santé au travail |
| Chevallier-Queyron | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Doret | Muriel | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Escuret Poncin | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Franco-Gillioen | Patricia | Physiologie |
| Genot | Alain | Biochimie et biologie moléculaire |
| Gonzalo | Philippe | Biochimie et biologie moléculaire |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lasset | Christine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |

| | | |
|-------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|
| Laurent | Frédéric | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Peretti | Noel | Nutrition |
| Plotton | Ingrid | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Pondarre | Corinne | Pédiatrie |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ritter | Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |
| Voiglio | Eric | Anatomie |
| Wallon | Martine | Parasitologie et mycologie |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

| | | |
|-----------------|-----------|---------------------------------------------------|
| Buzluca Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Schluth-Bolard | Caroline | Cytologie et histologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Venet | Fabienne | Immunologie |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | |
|------------|--------------|
| Farge | Thierry |
| Figon | Sophie |
| Flori | Cognat Marie |
| Lainé | Xavier |
| Lezilliart | Laurent |

Composition du jury

nous avons apprécié votre enseignement. Nous vous remercions pour votre écoute et vos conseils au cours de notre internat. Vous nous avez guidés de manière clairvoyante dans nos divers stages. Vous nous avez fait l'estime de nous accorder votre confiance.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Soyez assuré de notre respect.

Monsieur le Professeur Colin,

nous n'avons pas eu l'opportunité de travailler à vos côtés. Vous avez néanmoins accepté de siéger dans notre jury de thèse et de nous accorder du temps lors de la présentation de notre manuscrit.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gillet,

nous n'avons pas eu l'opportunité de travailler à vos côtés. Vous avez cependant consacré un temps précieux à la lecture de notre travail. Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Fassier,

vous nous avez accordé votre confiance en nous proposant le sujet de ce travail. Vous avez été un directeur de thèse précieux par votre enseignement et votre rigueur. Vous avez su être disponible, patient et vous nous avez sans cesse aidés et encouragés. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de l'expérience acquise qui nous sera profitable tout au long de notre carrière. Nous vous remercions pour ces 18 mois de travail partagé.

Votre méthode de travail est pour nous un exemple.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre grande estime et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Jacques Orgiazzi,

vous nous avez fait le bonheur d'accepter de siéger dans notre jury. Au-delà des liens familiaux qui nous unissent, vous avez été un guide pour nous dans notre ligne de conduite professionnelle et personnelle.

Nous vous remercions sincèrement de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Monsieur le Professeur Philippe Sarnin

vous avez bien voulu vous intéresser à notre sujet et vous avez participé activement aux observations de terrain, à la rédaction du guide d'entrevue et aux entrevues avec les membres du personnel. Votre implication nous a permis de mener à bien ce travail pour lequel nous aurions souhaité vous associer à notre Jury.

Nous vous remercions sincèrement de votre aide généreuse dans notre travail.

Madame le Professeur Carole Burillon

vous avez autorisé et facilité ce travail dans votre service.

Nous vous remercions sincèrement de votre confiance qui l'a rendu possible.

Nous tenons aussi à remercier les **27 participants** qui ont accepté de donner de leur temps pour participer aux entrevues sans lesquelles notre travail n'aurait pu aboutir.

Nous remercions également **madame Sylvie Sullerot**, cadre de santé des urgences ophtalmologiques et **monsieur le Docteur Pierre-Loïc Cornut**, praticien hospitalier du service d'ophtalmologie, tous deux chefs de projet. Vous avez toujours été disponibles pour répondre à nos questions, vous nous avez aidés à l'organisation des observations et des entrevues. Vous nous avez apportés vos conseils tout au long de notre travail.

Nous remercions **madame Nassira Amamra**, chargée d'étude au POLIMER, de nous avoir associée au comité de pilotage de PREVURGO et **madame Célia Rossignol**, ingénieur sécurité de l'Hôpital Edouard-Herriot pour l'accès aux fiches de signalement de violence.

Un grand merci à **madame le Docteur Annick Duvermy** et **monsieur le Docteur Olivier Robert**, médecins du personnel de l'Hôpital Edouard-Herriot. Vous nous avez autorisés une immense liberté au sein de vos services respectifs afin de mener à bien ce travail et vous nous avez donné de précieux conseils.

Enfin nous remercions **madame le Docteur Anne François**, co-interne et amie, pour ses conseils dans l'élaboration de ce travail depuis la Méditerranée entre autres.

A mon mari,

Merci de ton soutien à toute épreuve

A mes enfants

A mes parents qui m'ont inculqué ce que je suis. Leur absence ce jour d'aboutissement, comme à chaque évènement important, est profondément douloureuse.

A ma sœur Julia, mon cher beau frère André et leurs quatre enfants Camille, Augustin, Melchior et Sidonie, pour leur présence (désormais indéfectible) envers et contre tout, ces derniers mois comme demain.

A ma vieille tante Lily, pour son écoute quasi quotidienne et son réconfort.

A mes quatre beaux-parents pour leur affection, leur discrétion, leur soutien mais aussi les nombreuses heures de babysitting m'offrant de précieux moments de travail.

A la famille Petit, chers voisins et amis, pour toute leur aide, leurs encouragements et la relecture.

A Isabelle Lombard, ma révélation de la médecine du travail.

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

**« Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences
ophtalmologiques :
exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant »**

Sommaire

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Problématique..... | 22 |
| 1.1 Introduction :..... | 22 |
| 1.2 Risques psychosociaux | 23 |
| 1.2.1 Définitions | 23 |
| 1.2.2 Catégories de risques psychosociaux..... | 23 |
| 1.3 La violence au travail..... | 26 |
| 1.3.1 Définitions | 26 |
| 1.3.2 Catégorisation et typologie de la violence externe | 29 |
| 1.3.3 Principaux facteurs de risque de violence externe | 29 |
| 1.3.4 Ampleur du problème | 31 |
| 1.4 La violence à l'hôpital..... | 33 |
| 1.5 Résultats des études interventionnelles | 38 |
| 1.6 PREVURGO..... | 39 |
| 1.6.1 Contexte de l'Hôpital Edouard-Herriot | 39 |
| 1.6.2 Les interventions du programme | 40 |
| 1.6.3 Méthode d'évaluation..... | 42 |
| 1.7 Résultats des études qualitatives sur la violence aux urgences | 43 |
| 2. Objectifs et méthodes | 47 |
| 2.1 Objectifs de recherche : | 47 |
| 2.2 Méthodes de recherche : | 47 |
| 2.2.1 Perspective de recherche..... | 47 |
| 2.2.2 Echantillonnage des participants | 48 |
| 2.2.3 Collecte des données | 49 |
| 2.2.4 Analyse des données..... | 54 |
| 2.2.5 Aspects éthiques | 58 |
| 3. Résultats | 59 |
| 3.1 Actes de violence et d'incivilités | 59 |
| 3.1.1 Typologie | 59 |
| 3.2 Autres sources d'exigences émotionnelles..... | 67 |
| 3.2.1 Attentes et exigences du public | 67 |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2.2 Demandes répétées | 71 |
| 3.2.3 Incidents compréhensibles et empathie | 73 |
| 3.3 Sentiments éprouvés par le personnel | 75 |
| 3.3.1 Sentiment d'impuissance | 75 |
| 3.3.2 Conflit de valeur | 76 |
| 3.3.3 Peur et insécurité | 77 |
| 3.3.4 Autres pensées et émotions négatives | 79 |
| 3.4 Comportements adoptés par le personnel | 81 |
| 3.4.1 Comportements professionnels | 81 |
| 3.4.2 Limites personnelles | 84 |
| 3.4.3 Mécanismes de défense | 85 |
| 3.4.4 Démarches administratives | 87 |
| 3.5 Retentissement des actes de violence et incivilités | 92 |
| 3.5.1 Sur la santé | 92 |
| 3.5.2 Sur le travail | 93 |
| 3.5.3 Sur la vie extra-professionnelle | 95 |
| 3.6 Maintien d'un équilibre global : plaisir au travail | 96 |
| 3.6.1 Variété du travail | 96 |
| 3.6.2 Apprentissages | 96 |
| 3.6.3 Reconnaissance des patients | 97 |
| 3.7 Facteurs dans l'organisation du travail | 98 |
| 3.7.1 Circuit du patient, signalétique et locaux | 98 |
| 3.7.2 Horaires, jours et périodes de l'année | 103 |
| 3.7.3 Tâches de travail | 104 |
| 3.7.4 Relations sociales au travail | 107 |
| 3.7.5 Outils et espaces de régulation | 111 |
| 3.7.6 Contexte proche : pavillon d'ophtalmologie | 113 |
| 3.7.7 Contexte extrahospitalier | 115 |
| 3.8 Point de convergence : l'attente | 116 |
| 3.9 Recommandations des participants | 117 |
| 3.9.1 Locaux | 117 |
| 3.9.2 Informations et signalétique | 118 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.9.3 Personnel..... | 118 |
| 3.9.4 Organisation du travail | 120 |
| 4. Discussion | 123 |
| 4.1 Description de la violence par les professionnels de santé | 123 |
| 4.2 Réactions des professionnels face aux AVI | 124 |
| 4.2.1 Sentiments éprouvés par le personnel | 124 |
| 4.2.2 Stratégies d'adaptation comportementale et limites personnelles..... | 125 |
| 4.3 Pratiques de signalement..... | 127 |
| 4.3.1 Phénomène de sous déclaration..... | 127 |
| 4.3.2 Construction de la signification de la violence..... | 128 |
| 4.3.3 Perception de l'utilité | 129 |
| 4.4 Conséquences sur le travail et la santé..... | 130 |
| 4.4.1 Sur le travail | 130 |
| 4.4.2 Sur la santé | 131 |
| 4.5 Causes des AVI et solutions identifiées | 131 |
| 4.5.1 Attente et manque de personnel, ordre de passage | 131 |
| 4.5.2 Organisation du travail | 132 |
| 4.5.2.1 Circuit, signalétique et locaux..... | 132 |
| 4.5.3 Evolution de la société | 137 |
| 4.6 Forces et limites de l'étude | 137 |
| 5. Conclusion..... | 140 |
| Annexes | 145 |

Liste des tableaux

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Définitions de la violence et de la violence au travail | 28 |
| Tableau 2 : Niveaux de violence au travail déclarée en Europe | 31 |
| Tableau 3 : Niveaux de violence déclarée par secteur d'activité dans l'Union européenne... 32 | |
| Tableau 4 : Professions les plus touchées par les agressions verbales ou physiques venues du public | 34 |
| Tableau 5 : Violence externe déclarée par les infirmières en Europe | 35 |
| Tableau 6 : Evolution du nombre de signalements de violence à l'hôpital (2005-2011) | 36 |
| Tableau 7 : Typologie et proportions d'atteintes aux personnes à l'hôpital en 2012 | 37 |
| Tableau 8 : Caractéristiques des participants à l'étude | 49 |
| Tableau 9 : Planning des observations | 50 |
| Tableau 10 : Méta-catégories et leurs différentes catégories d'analyse..... | 57 |

Liste des figures

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Séquence de mise en œuvre des interventions de l'étude PREVURGO | 41 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|

Liste des annexes

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexe 1 : Personnel et plan du service des urgences ophtalmologiques du pavillon C..... | 146 |
| Annexe 2 : Facteurs liés à l'agressivité d'après les observations de terrain..... | 147 |
| Annexe 3 : Extraits d'observations du terrain..... | 150 |
| Annexe 4 : Guide d'entrevue..... | 155 |
| Annexe 5 : Note d'information et de consentement des participants | 158 |
| Annexe 6 : Extraits du journal de bord aux différentes phases de l'étude..... | 159 |
| Annexe 7 : Fiches de signalement de violence aux urgences ophtalmologiques | 163 |
| Annexe 8 : Nombre de segments associés aux principales catégories d'analyse..... | 163 |
| Annexe 9 : Verbatims des sous-catégories de codage pour les « Actes de violence et incivilités » | 167 |

1. Problématique

1.1 Introduction :

Le monde du travail a connu ces dernières années des évolutions rapides et nombreuses du fait de transformations socio-économiques majeures avec la mondialisation de l'économie, liée entre autres au développement des technologies de l'information et de la communication: concurrence accrue entre les entreprises, exigence de performance renforcée, précarité des emplois, augmentation de l'intensité des rythmes de travail, polyvalence requise et modes de management transformés.

Certaines conséquences de ces évolutions sur la santé mentale des travailleurs ont été étudiées et popularisées par les travaux de Christophe Dejours développant la notion de « souffrance au travail ». Ces travaux conduits sous l'angle particulier de la psychodynamique du travail ont ainsi ouvert la voie à de nombreuses recherches s'intéressant aux relations entre psychopathologie et organisation du travail [1].

C'est dans ce contexte que les lois de modernisation sociale du 17 janvier 2002 ont inscrit le harcèlement moral dans le Code du travail (articles L1152-1 à 6 du Code du travail) admettant alors qu'une altération de la santé mentale puisse résulter d'une exposition professionnelle à des facteurs de risque présents dans l'entreprise. C'est ainsi qu'une nouvelle classe de risques professionnels a été reconnue dans un tout autre registre que ceux classiquement reconnus en hygiène et sécurité du travail (risques chimiques ou biologiques, par exemple) : les risques psycho-sociaux (RPS).

Plus récemment, la réalité de la souffrance, du stress ou du mal-être au travail a trouvé un écho démultiplié auprès de l'opinion publique après une série de cas fortement médiatisés de suicides au travail, notamment chez Renault, France Telecom ou Pôle Emploi.

Les pouvoirs publics ont sollicité dans ce contexte plusieurs rapports d'expertise visant à clarifier les concepts et tenter de quantifier les phénomènes regroupés sous différents vocables de « souffrance au travail », mal-être, stress au travail, harcèlement moral, violence, épuisement professionnel (ou *burn out*), etc. Parmi ces différents rapports, le rapport dit « Gollac » sur le suivi des risques psychosociaux au travail a proposé une définition visant à unifier la compréhension de ces différents facteurs [2].

1.2 Risques psychosociaux

1.2.1 Définitions

Les risques psychosociaux au travail se définissent comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.* » [2]. « *Ils se développent à la frontière entre la sphère privée (le psychisme individuel) et la sphère sociale (les collectifs d'individus au travail)* » [3]. Ils comportent donc une part importante de subjectivité dans leur perception et des difficultés particulières d'objectivation par comparaison aux risques d'hygiène et de sécurité. Selon le ministère du Travail, ils recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui non seulement mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés mais ont aussi par conséquent, un impact sur l'entreprise : absentéisme, rotation du personnel, démissions, non-respect des horaires ou des exigences qualitatives, problèmes de discipline, réduction de la productivité, accidents de travail et des incidents de la non-qualité (rebuts et malfaçons), dégradation du climat social, atteintes à l'image de l'entreprise, etc. De par leur impact sur la santé, avec des liens prouvés dans la littérature entre facteurs de RPS et maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques et pathologies mentales (dépression, anxiété), ils se révèlent être un enjeu majeur de santé au travail concernant l'ensemble de la population active.

1.2.2 Catégories de risques psychosociaux

C'est dans ce contexte que le ministre du travail a demandé en 2009 à Michel Gollac, sur les recommandations du rapport Nasse-Légeron [3], de présider un Collège d'expertise collective afin d'élaborer une enquête spécifiquement consacrée aux RPS au travail. Le Collège a alors effectué une revue de la littérature scientifique et regroupé les facteurs de risque psychosociaux au travail en six axes : intensité et temps de travail, autonomie, conflits de valeur, insécurité, rapports sociaux et exigences émotionnelles. Ces six grands axes ne sont en aucun cas exclusifs les uns des autres ; c'est bien là toute la complexité des RPS qui sont d'origine plurifactorielle [2].

L'intensité du travail dépendante de sa quantité et de sa complexité, a plusieurs déterminants de RPS qui sont à prendre en compte, tels que les contraintes de rythme, des objectifs flous ou irréalistes, l'exigence de polyvalence, l'exercice de responsabilités, des instructions contradictoires et interruptions d'activité non préparées, la sous-qualification, l'utilisation des nouvelles technologies (impliquant des changements d'organisation), des facteurs d'ambiance (climat, bruit, éclairage, vibrations). Ces paramètres sont rassemblés dans les notions de « demande psychologique » développée par Karasek (1979) et d'« efforts » de Siegrist (2004). Les déterminants du temps de travail sont liés à sa durée et son organisation et ont souvent une implication importante dans la conciliation entre vie au travail et vie hors-travail.

Les facteurs psychosociaux de risque dans le champ de **l'autonomie ou « latitude décisionnelle »** de Karasek, se retrouvent dans ce qui pourrait limiter le travailleur à être acteur. Acteur dans la conduite de son travail avec des marges de manœuvre suffisantes : on parle alors d'autonomie procédurale, c'est-à-dire de choix de la façon de travailler. Acteur dans la participation à la production de richesses ou de prise de décisions, avec la possibilité d'anticiper le travail : on sous-entend la notion de prévisibilité du travail définie comme « la clarté des objectifs de travail et la possibilité de prévoir les changements et les problèmes à son travail » [4]. Enfin, acteur dans la conduite de sa vie professionnelle et personnelle par le développement culturel, l'utilisation et l'accroissement des compétences. La monotonie, l'ennui et la répétition dans le travail ne doivent pas prendre le pas sur le plaisir.

Les conflits de valeur surviennent lorsque ce que l'on demande de faire à un travailleur est en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit peut être éthique si le travail prescrit entre en contradiction avec des convictions personnelles ou s'il exige de faire des choses que l'on désapprouve. Mais ce conflit revêt d'autres formes à travers la qualité empêchée de faire du bon travail (à cause de l'organisation du travail ou de l'état des équipements) ou bien à travers un travail jugé inutile.

L'insécurité de la situation de travail est liée à une insécurité socio-économique en termes de pérennité de l'emploi, maintien du niveau de salaire ou déroulement jugé normal de la carrière, à la soutenabilité du travail (possibilité de continuer à faire son travail tout au long

de sa carrière professionnelle dans les mêmes conditions), et au risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (restructurations telles que fusions, acquisitions, réorganisations ou délocalisations, entraînant ou non des licenciements, rythme des changements organisationnels ou technologiques avec défaut de signification).

Les rapports sociaux au travail concernent les relations entre les travailleurs eux-mêmes, entre le travailleur et la hiérarchie, entre le travailleur et l'entreprise (qui sont les 3 types de relations où peut se manifester la violence dite « interne », par des faits de discriminations, de harcèlement moral ou sexuel) ainsi que les relations avec l'extérieur de l'entreprise (violence dite « externe »). C'est donc à travers les notions qui régissent des relations (intégration, justice et reconnaissance) que des facteurs de RPS peuvent trouver leur source. L'intégration au sens sociologique, où comment un individu est relié à sa communauté, tient compte des liens de coopération, de convivialité et d'échanges : apport de compétences et d'efforts, récompense par rétributions matérielles et symboliques. La justice doit être un équilibre entre égalité (ou modération des inégalités), autonomie (ou intégration d'êtres singuliers) et mérite (acquis par l'effort, la compétence ou la performance). La reconnaissance, quant à elle, est multidimensionnelle puisqu'elle s'attache à la personne, à ses compétences, efforts et performances. Elle prend diverses formes : économique (rémunération, statut, perspectives), symbolique (éloges, distinction) et pratique (objectifs et moyens alloués, bonne utilisation des compétences, relations de travail). Le « soutien social » de Karasek et Theorell, l'« équilibre effort-récompense » de Siegrist et la « justice organisationnelle » étaient déjà des modèles précurseurs mais partiels des déterminants de RPS à rechercher dans les rapports sociaux [5].

Enfin, **les exigences émotionnelles** consistent à « maîtriser et façonner ses propres émotions » face à celles ressenties par les personnes avec qui on interagit. Elles concernent toutes les formes de mobilisation de la subjectivité dans des situations de relation au public, de contact avec la souffrance, ou bien encore lorsqu'il faut cacher ses émotions, ou lorsqu'on a peur. Cette peur est de nature diverse : peur de l'accident, peur pour soi-même (métiers à risque avec travail en hauteur ou utilisation de machines dangereuses par exemple) ou peur pour les autres (notamment le public, en cas de risque d'une faute professionnelle). Ce peut être encore la peur de l'échec (lorsqu'on ne réussit pas à bien faire

son travail, sentiment aggravé lorsque l'échec à un caractère public), ou encore la peur de la violence dite « externe », c'est-à-dire provenant de personnes extérieures à l'organisation à laquelle appartient le travailleur, que ce soit par les traumatismes physiques et psychiques engendrés, ou simplement par la crainte de sa survenue même.

1.3 La violence au travail

1.3.1 Définitions

L'Organisation mondiale de la santé définit de façon générale la violence comme « *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 mal-développement ou des privations* » [6]. Bien que considérée comme une référence, cette définition n'englobe cependant pas la violence contre les biens matériels, celle exclusivement psychologique et celle qui consiste à susciter chez autrui la peur ou l'anxiété.

La violence peut également survenir sur le lieu de travail, et peut être alors définie de façon plus spécifique [7]. Il existe plusieurs définitions tenant compte du caractère spécifiquement professionnel, notamment celle de la Commission Européenne (2001) qui la qualifie d' « *une forme de comportement négatif ou d'action, dans les relations entre deux personnes ou plus, caractérisée par une agressivité (...) qui a des effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur le lieu de travail. Cette agressivité peut se manifester soit par une simple attitude corporelle (provocante, méprisante, suffisante) (...) soit par une véritable action violente, physique ou verbale. La violence (...) peut être exercée par des personnes à l'extérieur comme à l'intérieur de l'environnement de travail* » [7]. Le Bureau International du Travail [8] et l'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail (2010) proposent aussi des définitions similaires reprenant les notions de comportement inacceptables, abus, menace, humiliations, attaque, blessure, allant « *du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique* ».

La violence au travail peut schématiquement être catégorisée en deux types : interne ou externe, et les définitions précédentes s'appliquent autant à l'une qu'à l'autre. Cette

violence vise à causer un tort à autrui ou à le contraindre par l'usage de la force ou du pouvoir, avec intentionnalité du geste. Dans les deux cas, elle a pour conséquence une atteinte à la *santé physique et/ou psychique, à la sécurité ou au bien-être*.

La violence interne, définie dans le rapport « Gollac » [2] est relative à des comportements agressifs ou violents de personnes membres de l'organisation à laquelle appartient le travailleur. Elle peut se manifester sous forme de discriminations, de harcèlement moral ou bien sexuel. Discriminations selon le genre, l'âge, l'origine géographique, l'apparence physique, l'orientation sexuelle, les opinions politiques, syndicales ou religieuses. Le harcèlement moral est défini par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 comme « *un ensemble d'agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (article L1152-1 du Code du travail).

La violence externe est définie par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (2002) comme : « *des insultes ou des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être* » [7].

Le **tableau 1** à la page suivante récapitule et compare ces différentes définitions de la violence et de la violence au travail.

Tableau 1 : Définitions de la violence et de la violence au travail

| Violence (en général) | Année | Définition |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisation Mondiale de la Santé | 2002 | « 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 mal développement ou des privations » |
| Violence au travail | | |
| Comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail de la Commission Européenne | 2001 | « Une forme de comportement négatif ou d'action, dans les relations entre deux personnes ou plus, caractérisée par une agressivité, parfois répétée, parfois sporadique, qui a des effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur le lieu de travail. Cette agressivité peut se manifester soit par une simple attitude corporelle (provocante, méprisante, suffisante) vis-à-vis de l'autre personne, soit par une véritable action violente, physique ou verbale. » |
| Bureau International du Travail | 2003 | « Toute action, tout incident, ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail et impliquant une atteinte implicite ou explicite à sa sécurité, son bien-être ou sa santé. » |
| Accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail, transposant l'accord cadre autonome européen du 26 avril 2007 | 2010 | Le harcèlement et la violence au travail « s'expriment par des comportements inacceptables d'un ou plusieurs individus (...). La violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique (...). [Elle] peut prendre la forme d'agression verbale, d'agression comportementale, notamment sexiste, d'agression physique (...). » |

1.3.2 Catégorisation et typologie de la violence externe

Au sein de la violence externe, on distingue la violence criminelle et la violence « occupationnelle » (anglicisme pour « violence professionnelle ») [7]. La violence criminelle a pour motivation, selon Merchant et Lundell, la prédation (braquage par exemple) avec un désir d'enrichissement financier [9]. Par comparaison, la violence « occupationnelle » émane d'un client de l'organisation, envers un ou plusieurs salariés en train d'exercer leur fonction et est liée à un désir de vengeance, de passer un message, d'être entendu ou traité autrement.

La typologie de la violence externe différencie les incivilités, les agressions (verbales ou physiques) dirigées contre une personne, et les agressions dirigées contre les biens matériels. Roché qualifie les incivilités comme « *des actes humains, et les traces matérielles qu'ils laissent, perçus comme des ruptures des codes élémentaires de la vie sociale, des insultes, bruits, odeurs, ou encore des actes de petit vandalisme* » [10]. Elles ne sont pas des délits mais plutôt un manquement au respect de l'autre (bienséance, courtoisie ou politesse). Les agressions verbales regroupent menaces, insultes, remarques désobligeantes, dégradantes, ou dénigrantes, tandis que les agressions physiques vont de la bousculade aux coups et blessures, qualifiées de délits voire de crimes. La violence peut aussi atteindre indirectement les personnes lorsqu'elle est dirigée contre des biens matériels (vandalisme, graffitis par exemple) et dans ce cas, le travailleur peut percevoir une attaque ou un discrédit non seulement dans son travail mais aussi dans son utilité sociale, et ressentir une certaine impuissance ou humiliation [11].

1.3.3 Principaux facteurs de risque de violence externe

Deux grandes classes de facteurs de risque sont prépondérantes et clairement identifiées, elles concernent les risques liés à la nature de l'activité professionnelle et ceux liés à l'organisation du travail. Les enquêtes européennes et françaises montrent que certaines professions sont plus exposées à la violence dès lors qu'il existe un contact avec le public, qu'il faut faire respecter l'ordre ou manipuler de l'argent et des objets de valeurs, ou bien dans le secteur des services [12]. La violence peut « faire partie du métier » (policiers, agents de sécurité par exemple). Elle peut aussi être un risque potentiel associé au métier,

notamment lorsque l'argent est au centre de l'activité (convoyeurs de fonds par exemple) ou bien lors de l'accueil de personnes en détresse sociale, psychologique ou de précarité (services de psychiatrie, d'urgences, Pôle Emploi, Trésor Public par exemple). L'enquête française SUMER 2003 révèle que près d'un salarié sur quatre en contact avec le public déclare avoir subi une agression verbale au cours des douze derniers mois précédents [13].

L'organisation même du travail peut générer de nombreux facteurs de risque de violence par la qualité de la relation de service, les rapports avec les clients, les règles de fonctionnement ou par les conditions de travail. Une organisation trop rigide constituée de procédures complexes, incohérentes ou jugées absurdes peut rapidement placer le salarié dans une situation à risque de violence de la part de l'utilisateur, situation aggravée par le manque de marges de manœuvre du salarié. A l'opposé, une organisation non cadrée ou dégradée sera le lit de débordements de violence : l'attente (par manque de personnel), l'incohérence et la contradiction des informations fournies et l'absence d'interlocuteurs (par des rôles mal définis ou une mauvaise répartition des tâches) ne font qu'attiser des comportements prêts à se transformer en violence [7].

L'enquête SUMER 2003 a mis en évidence des conditions de travail plus à risque d'exposer les salariés à la violence : ce sont les horaires de nuit ou atypiques, le travail isolé, les rythmes imposés par une demande extérieure à satisfaire immédiatement, les interruptions de tâches, et l'impossibilité de discuter avec ses collègues ou supérieurs en cas de problème [13]. Il a été constaté que les travailleurs eux-mêmes pouvaient créer un climat d'agressivité avec le public lorsqu'ils travaillaient dans des conditions physiques et mentales dégradées [14]. En revanche, l'aménagement et la gestion des espaces accueillant le public (vétusté, propreté, taille par exemple) seraient plutôt un effet potentialisateur que générateur de violence, et le débat reste ouvert sur le sujet.

Les facteurs socio-environnementaux résident dans la transformation du monde du travail évoquée précédemment, ainsi que dans l'évolution des comportements en matière de convenances, de normes sociales et de transgression de l'ordre [15]. Il existe indéniablement des facteurs culturels qui déterminent le niveau du seuil d'acceptabilité de violence comme

en témoignent les disparités des déclarations dans les pays de l'Union européenne évoquées dans la section suivante.

Enfin, les nombreuses études ayant fait des recherches sur les caractéristiques sociodémographiques de la victime ou de l'agresseur ne permettent pas d'établir une conclusion univoque. En revanche, elles s'accordent à dire que les agresseurs ont des traits psychologiques communs tels que : la colère, une affectivité négative, un faible contrôle de soi et de ses frustrations, un passé de violence, une perception d'injustice. Les effets de ces traits psychologiques semblent être majorés par l'abus d'alcool ou de drogue [7].

1.3.4 Ampleur du problème

1.3.4.1 Prévalence dans l'union européenne et par secteurs d'activité

La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail révèle que 12% des travailleurs se déclarent victimes de menaces de violence (6%) ou de faits réels de violence physique (6%) au cours des douze derniers mois (**tableau 2** ci-dessous) [16].

Tableau 2 : Niveaux de violence au travail déclarée en Europe

Résultats en %

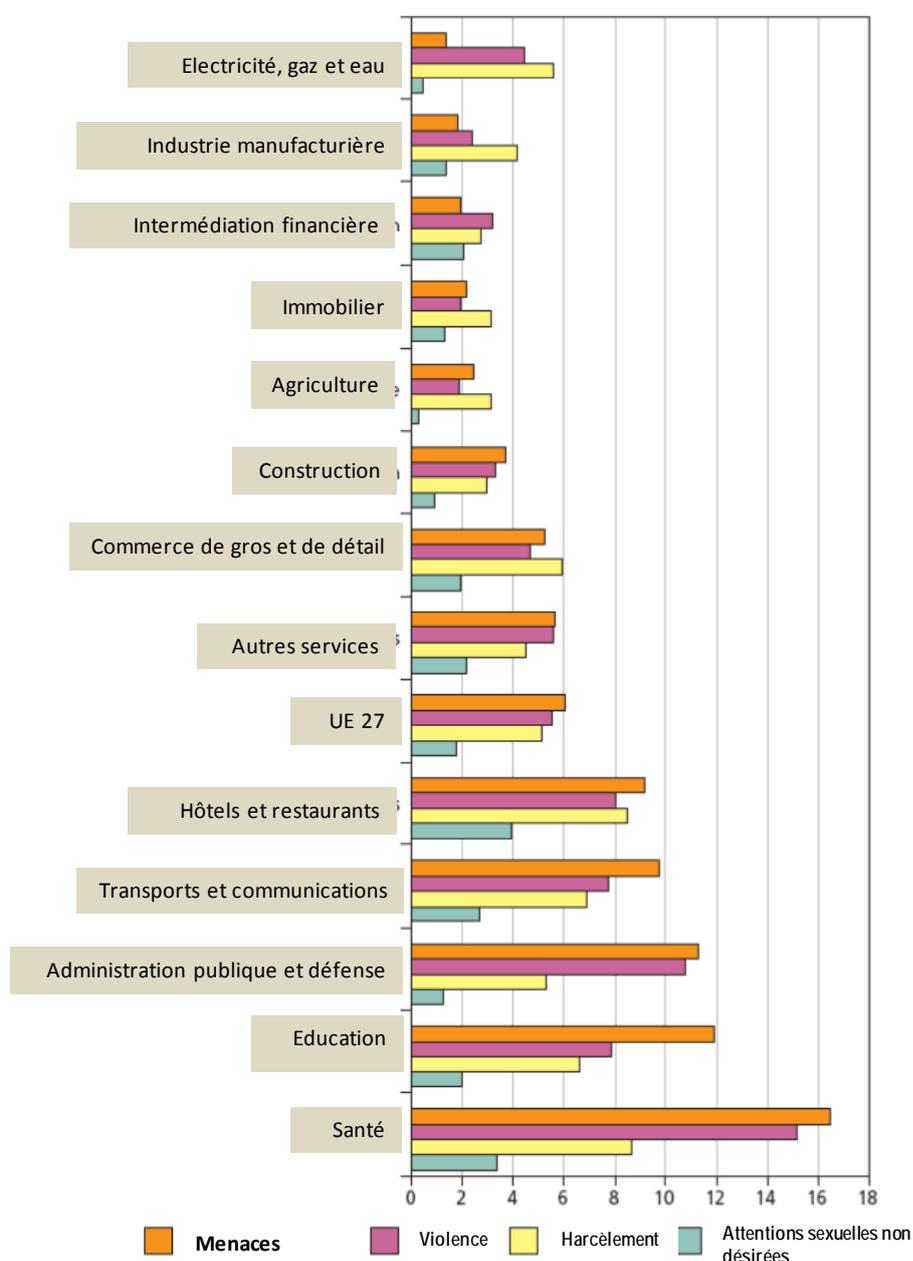
| | UE27 | UE15 | Allemagne | Danemark | Espagne | Finlande | France | Italie | Royaume -Uni |
|-------------------------------------|------------|------|-----------|----------|---------|----------|------------|--------|-----------------|
| Menaces de violence physique | 6,0 | 6,3 | 4,5 | 5,0 | 4,7 | 12,5 | 6,9 | 1,4 | 10,9 |
| Violence physique (totale) | 6,1 | 6,7 | 4,0 | 5,5 | 4,7 | 8,6 | 9,9 | 1,8 | 10,8 |
| de la part de collègues | 1,8 | 2,1 | 0,5 | 3,1 | 1,0 | 1,5 | 2,8 | 0,8 | 3,6 |
| de la part d'autres personnes | 4,3 | 4,6 | 3,5 | 2,4 | 3,7 | 7,1 | 7,1 | 1,0 | 7,2 |

L'enquête précise que deux tiers des cas de violence physique proviennent de personnes n'appartenant pas au lieu de travail. Les chiffres en France sont supérieurs à la moyenne européenne, puisque la violence concerne presque 17% des travailleurs (7% de menaces, et 10% d'actes avérés). Cependant ces résultats sont à interpréter en tenant compte des différences culturelles et juridiques entre pays non seulement dans la compréhension des questions posées dans l'enquête, mais aussi dans la perception même de la notion de violence, dans ce qui est acceptable ou non.

Si l'on se penche sur l'incidence de la violence par secteur d'activité (tous pays confondus), l'enquête retrouve des disparités importantes, avec « *des niveaux élevés d'exposition aux risques psychosociaux signalés dans les secteurs à faible risque physique* » contrairement aux secteurs comme l'agriculture, la construction ou l'industrie manufacturière. Le secteur le plus touché par la violence est celui de la santé (huit fois plus que l'industrie manufacturière), suivi de près par ceux de l'éducation et de l'administration publique (**tableau 3** ci-dessous).

Tableau 3 : Niveaux de violence déclarée par secteur d'activité dans l'Union européenne

Source : [12] ; Résultats en %



L'enquête relève en outre que les salariés du secteur public sont plus de deux fois susceptibles d'être l'objet de menaces de violence ou d'actes de violence que ceux du secteur privé, de par une interaction plus fréquente avec des interlocuteurs qui ne sont pas des collègues.

1.3.4.2 Conséquences sur la santé des travailleurs et sur l'entreprise

La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail a montré que « *la proportion de travailleurs signalant des symptômes à caractère psychosocial, tels que des troubles du sommeil, de l'anxiété ou de l'irritabilité, est près de quatre fois plus élevée parmi ceux qui ont fait l'objet d'actes de violence ou de harcèlement moral que parmi ceux qui n'ont pas été victimes de ce type de phénomène* » [16]. La violence externe a des répercussions aussi bien physiques (lésions corporelles causées directement par les agressions physiques) que psychiques. Le retentissement sur la santé mentale peut s'exprimer sous la forme de stress chronique, de « *mal être au travail plus diffus* » [7], de traumatisme psychique voire de syndrome de stress post-traumatique. Le retentissement de la violence peut également être de nature psychosomatique (maux d'estomac ou céphalées par exemple). Les répercussions psychologiques sont également étroitement liées à l'état personnel du salarié au moment de l'agression et à la manière dont l'entreprise va gérer l'évènement violent.

Outre des répercussions sur la santé des salariés, la violence a aussi un impact sur l'entreprise puisqu'elle induit une dégradation des relations interpersonnelles avec apparition de tensions au sein des collectifs, une démotivation voire un désengagement du travail [7]. La violence peut alors être responsable d'une baisse de productivité, d'une altération de la qualité des services et d'une atteinte à la réputation de l'entreprise par l'image d'insécurité et d'incapacité à protéger ses salariés qu'elle renvoie.

1.4 La violence à l'hôpital

D'après l'enquête SUMER 2003 [13], les professions les plus représentées dans un hôpital sont également les plus touchées par les agressions verbales ou physiques venues du public (**tableau 4** à la page suivante). Les infirmiers et paramédicaux sont en troisième position

avec près d'un travailleur sur deux qui déclare avoir été victime de violence dans les douze derniers mois. Les médecins puis les aides-soignants et ambulanciers sont respectivement en septième et quinzième positions, avec environ un salarié sur trois victime de violence au cours des douze derniers mois.

Tableau 4 : Professions les plus touchées par les agressions verbales ou physiques venues du public

D'après l'enquête SUMER 2003 [13]

En pourcentage

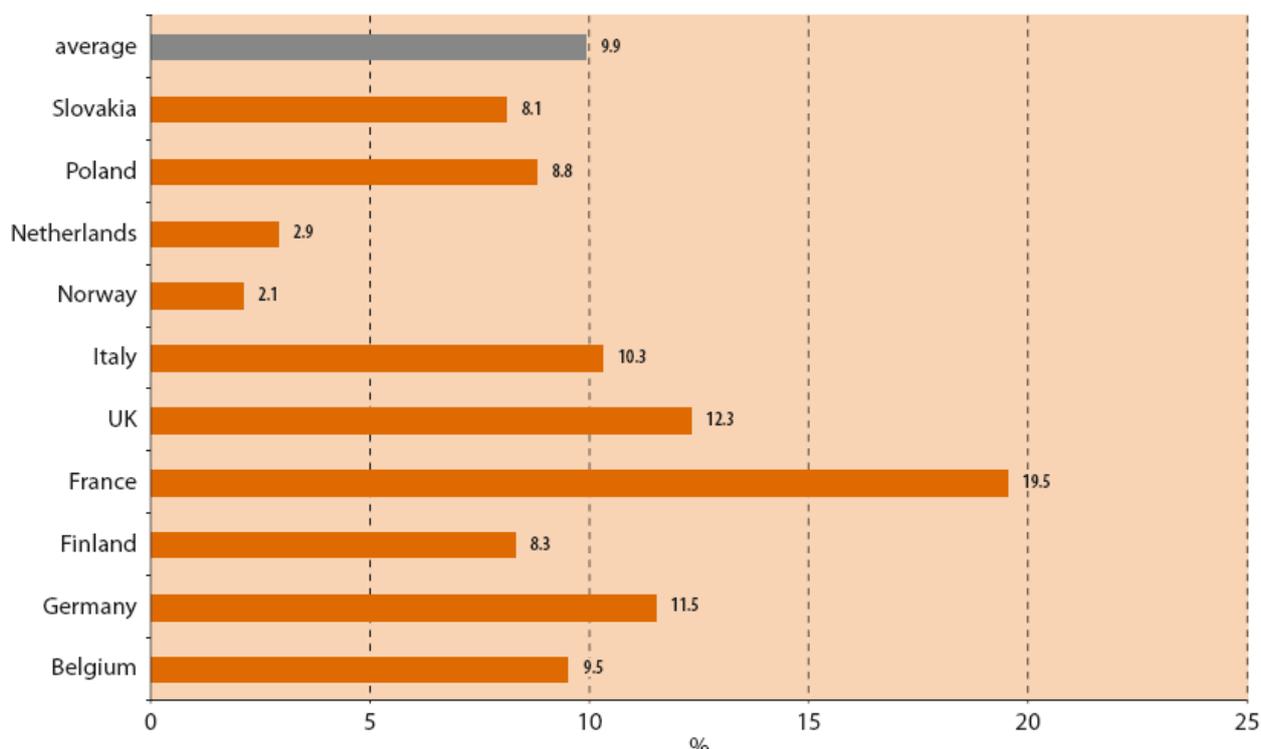
| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Contrôleurs de la poste | ns | 45.1 | 50.1 |
| Employés de banque, guichetiers | 44.5 | 45.7 | 45.3 |
| Infirmiers, paramédicaux | 46.9 | 44.8 | 45.1 |
| Agents de sécurité | 43.0 | ns | 40.1 |
| Employés des transports et du tourisme | 43.1 | 36.5 | 38.7 |
| Travailleurs sociaux | 44.1 | 35.9 | 38.5 |
| Médecins | Ns | 45.4 | 37.4 |
| Chauffeurs de cars et voitures | 36.8 | ns | 37.0 |
| Cadres des services techniques et commerciaux des banques | 38.6 | 29.4 | 35.3 |
| Hôtesse d'accueil | ns | 33.0 | 34.3 |
| Employés de libre-service | 30.3 | 33.7 | 33.1 |
| Vendeurs | 28.9 | 32.7 | 31.1 |
| Agents d'exploitation et préposés de la poste | 29.4 | 31.5 | 30.3 |
| Professions intermédiaires commerciales | 25.5 | 32.6 | 29.0 |
| Aides soignants, ambulanciers | 38.4 | 26.7 | 28.3 |
| Ensemble | 19.3 | 25.7 | 22.4 |

Lecture : 44,5 % des hommes employés de banques ou guichetiers déclarent avoir été victimes d'une agression de la part du public dans les douze derniers mois, 45,7 % des femmes de ces professions.

Champ : salariés en contact avec le public.

L'étude européenne NEXT (nurses early exit study) a observé les conditions de travail des infirmières de dix pays européens, en lien avec leur intention de quitter la profession. Les résultats de cette étude (**tableau 5** à la page suivante) ont identifié que les infirmières françaises étaient les plus nombreuses à déclarer une exposition fréquente à un évènement violent (au moins une fois par semaine), [12].

Tableau 5 : Violence externe déclarée par les infirmières en Europe



Lecture : Proportion d’infirmières (en %) déclarant un épisode de violence externe (au moins une fois par semaine) de la part de patients ou d’accompagnants. En France, une infirmière sur cinq déclare subir un épisode de violence externe au moins une fois par semaine. Cette proportion est deux fois supérieure à la moyenne des pays enquêtés (moyenne = 9,9%).

En France, l’Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier (ONVH) a été créé suite à la circulaire de 2005 (DHOS/P1/2005/327) instaurant un retour systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements de santé. Cet observatoire est piloté par la Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS), et recense les signalements de violence déclarés par les établissements de santé. L’ONVH présente un bilan annuel depuis 2005. Grâce à un outil de recueil plus performant (avec une déclaration des événements en temps réel) depuis 2012, il a pris le nom d’ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé. L’interprétation des résultats de cet observatoire est difficile puisque les établissements adhèrent sur la base du volontariat ce qui limite l’exhaustivité et la représentativité des données recueillies. Seuls 12% des établissements de santé (soit 350) ont participé à l’ONVS en 2012 (contre 11% en 2011, soit 337 établissements). Depuis la

création de l'Observatoire, on observe une augmentation constante du nombre de faits de violence signalés d'une année sur l'autre, tel que représenté dans le **tableau 6** ci-dessous (11344 faits en 2012 contre 5760 en 2011), alors que le nombre d'établissements déclarants est très variable selon les années [17].

Tableau 6 : Evolution du nombre de signalements de violence à l'hôpital (2005-2011)

Source [18]



Le fait de déclarer un événement de violence est dépendant de la politique de prévention et de gestion de ces événements (variable d'un établissement à l'autre), et du seuil de tolérance également très variable d'un travailleur à l'autre, d'un service à l'autre et d'un établissement à l'autre. Un chiffre élevé de faits signalés ne présume donc pas nécessairement du niveau de dangerosité mais reflète également les pratiques individuelles et institutionnelles de déclaration.

Les deux catégories de services les plus touchées en 2012 comme les années précédentes étaient les services de psychiatrie (25% des déclarations) et des urgences (14% des déclarations). Les services recevant des personnes âgées étaient en 2012 en troisième position avec 10% des déclarations, supplantant à cette place la médecine générale. Dans près de huit cas sur dix, les auteurs des faits étaient les patients, alors que dans 13% des cas, les visiteurs ou accompagnants étaient responsables. Les victimes étaient pour 84% les personnels de l'établissement, dont 95 % étaient du personnel de santé. L'ONVS indique sans plus de précisions que les catégories professionnelles les plus touchées étaient, par

ordre décroissant, les infirmiers (46%), les autres personnels soignants (46%) puis les médecins (8%). Dans un quart des cas, l'infraction était due à un reproche relatif à la prise en charge du patient. La fiabilité de cette information est cependant limitée car la moitié des motifs des violences n'a pas été renseignée par les déclarants en 2012.

L'ONVS a classé les signalements en deux catégories : les atteintes aux biens (représentant 13% des signalements dans les services d'urgences, contre 30% dans tout type de service confondu) et les atteintes aux personnes (représentant 87% des signalements dans les services d'urgences contre 70% dans tout type de service confondu). Ces chiffres étaient stables ces dernières années. Pour chaque type d'atteinte, l'ONVS a adopté une échelle de gravité, avec des niveaux correspondant aux différentes qualifications établies par le code pénal : contravention, délit et crime. Le **tableau 7** ci-dessous répertorie les atteintes aux personnes selon une typologie des infractions en quatre niveaux de gravité.

Tableau 7 : Typologie et proportions d'atteintes aux personnes à l'hôpital en 2012

(Tous services confondus, sur la base de 8468 faits signalés d'atteinte aux personnes)

Source : [17]

| Niveau de gravité | Atteintes aux personnes 2012 | % de signalements |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| NIVEAU 1 | | 28% |
| | Chahut, occupation des locaux, nuisances, salissures | 4% |
| | Exhibition sexuelle | 0,30% |
| | Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants à caractère discriminatoire ou sexuel) | 25% |
| NIVEAU 2 | | 20% |
| | Consommation de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool) | 1% |
| | Menaces d'atteintes à l'intégrité physique | 20% |
| | Port d'armes (découverte lors d'un inventaire ou remise spontanée) | 0,10% |
| NIVEAU 3 | | 51% |
| | Agression sexuelle | 1% |
| | Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, ou tout autre objet dangereux) | 1% |
| | Violences physiques (atteintes à l'intégrité physique, bousculade, crachats, coups) | 47% |
| NIVEAU 4 | | 1% |
| | Violences avec arme par nature ou par destination | 0,50% |
| | Viol | 0,10% |
| | Tout fait qualifié de crime (homicide, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration...) | 0,10% |
| | <i>le total par niveau peut être inférieur aux totaux détaillés car une seule déclaration peut recouvrir plusieurs infractions</i> | |

Concernant l'atteinte aux personnes, cette typologie des infractions différencie donc quatre niveaux de gravité: injures, insultes et provocations sans menace (niveau 1), menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niveau 2), violences physiques (niveau 3) et violences avec arme pouvant aller jusqu'au crime (niveau 4).

Par comparaison, dans les services d'urgences en 2012, trois infractions sur quatre étaient de niveau 1 ou 2 (= violences verbales), le quart restant étant de niveau 3 (= violences physiques). Les services d'urgences étaient donc moins touchés par les déclarations de niveau 3 qui avoisinent les 50% pour tout type de service confondu. Il est intéressant de constater qu'en 2012 encore, comme en 2011, plus de huit faits de violence déclarés n'ont donné suite à aucun dépôt de plainte, ni déclaration de main courante, alors même qu'un fait sur deux déclaré était de niveau 3 (agression physique).

En conclusion, les services les plus concernés par la violence à l'hôpital sont la psychiatrie et les urgences et les catégories de personnel les plus touchées par ordre décroissant sont les infirmiers, les autres personnels soignants, puis les médecins. Enfin, il existe une sous-déclaration manifeste des événements de violence de la part des personnels de santé.

1.5 Résultats des études interventionnelles

Face à l'ampleur de cette violence à l'hôpital, Anderson [19] et Taylor [20] ont conduit en 2010 une revue de la littérature sur les études interventionnelles mises en place afin de réduire la violence externe dans les services d'urgences. Les auteurs s'accordent à conclure que nombre d'études ont été faites sur l'incidence de la violence et ses effets occasionnés sur le personnel, mais que trop peu d'études interventionnelles avec mesure d'un effet ont été menées. Les travaux effectués se sont cantonnés à définir et décrire le problème plutôt que de rechercher des solutions. Cependant, Anderson a recensé trois types d'interventions intéressantes. Pour la plupart, l'efficacité de l'intervention sur la violence n'a toutefois pas été mesurée, limitant ainsi les recommandations de bonne pratique reproductibles dans d'autres services [19]. Le premier type avait trait à l'environnement, avec volonté de le changer afin de faciliter le comportement des usagers. Les études étaient américaines et instauraient l'installation de détecteurs de métaux à l'entrée des services. Le second type

concernait les pratiques et politiques, avec par exemple une étude comparative avant et après une loi américaine obligeant à augmenter les mesures de sécurité d'un hôpital. Enfin, le dernier type axait sur une amélioration des compétences individuelles et collectives, essentiellement par le biais de formation à la gestion de conflits et de techniques de désescalade. Une intervention de ce dernier type ciblait plutôt les usagers en leur distribuant à leur arrivée une note explicative sur le fonctionnement du service et ses contraintes fonctionnelles. En synthèse, les idées d'interventions et les preuves de leur succès pour réduire la violence dans les services d'urgences sont bien insuffisantes dans la littérature scientifique, alors que le constat de la violence est réel et établi. Le manque de données scientifiques évaluant l'efficacité d'interventions prévenant les comportements agressifs a conduit à développer une expérimentation dans le service d'urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot de Lyon: l'étude PREVURGO.

1.6 PREVURGO

1.6.1 Contexte de l'Hôpital Edouard-Herriot

La surfréquentation des services d'urgences français ces vingt dernières années n'épargne pas le service d'urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot de Lyon, Centre Hospitalo-universitaire (CHU), puisque le nombre de patients admis chaque année a été multiplié par cinq en vingt ans (soit de 4000 en 1984 à 23 000 en 2007). La pénurie actuelle d'ophtalmologistes installés en ville accentue vraisemblablement ce phénomène.

Ces constats sont cohérents avec les données de la littérature concernant la surfréquentation des services d'urgences avec demande de soins urgents (l'« overcrowding » des Anglo-Saxons). Cette surfréquentation peut excéder la capacité d'un service à fournir des soins de qualité dans un délai raisonnable en augmentant inévitablement les délais d'attente pour les patients et leurs proches [21, 22].

En 2013, les ressources en personnel dédié à l'unité fonctionnelle des urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot comportaient la présence continue d'un interne (parfois deux) et d'une infirmière, ainsi que la présence partielle d'une aide-

soignante. Ce personnel devait prendre en charge un nombre de patients dépassant régulièrement 120 par jour, avec des délais d'attente déraisonnables pouvant dépasser dix heures pour certains cas. L'insatisfaction des consultants, compréhensible dans ce contexte, se manifeste par une agressivité et des incivilités à répétition. Elle peut déclencher différentes réactions dont le départ du patient avant sa prise en charge, des plaintes administratives ou bien l'agression des professionnels de santé. Ce contexte a conduit à altérer les conditions de travail du personnel soignant avec une banalisation des incivilités et des évènements de violence, dont seulement une faible fraction a fait l'objet de déclarations. En 2010 (première année complète effective de système de déclaration informatisé appelé ENNOV), l'Hôpital Edouard-Herriot comptabilisait 166 fiches de violence dont 7 % émanaient du pavillon C. En 2012, cette proportion de déclaration a doublé, passant à plus de 14 % des 182 fiches de violence, plaçant les urgences ophtalmologiques comme le deuxième service le plus déclarant.

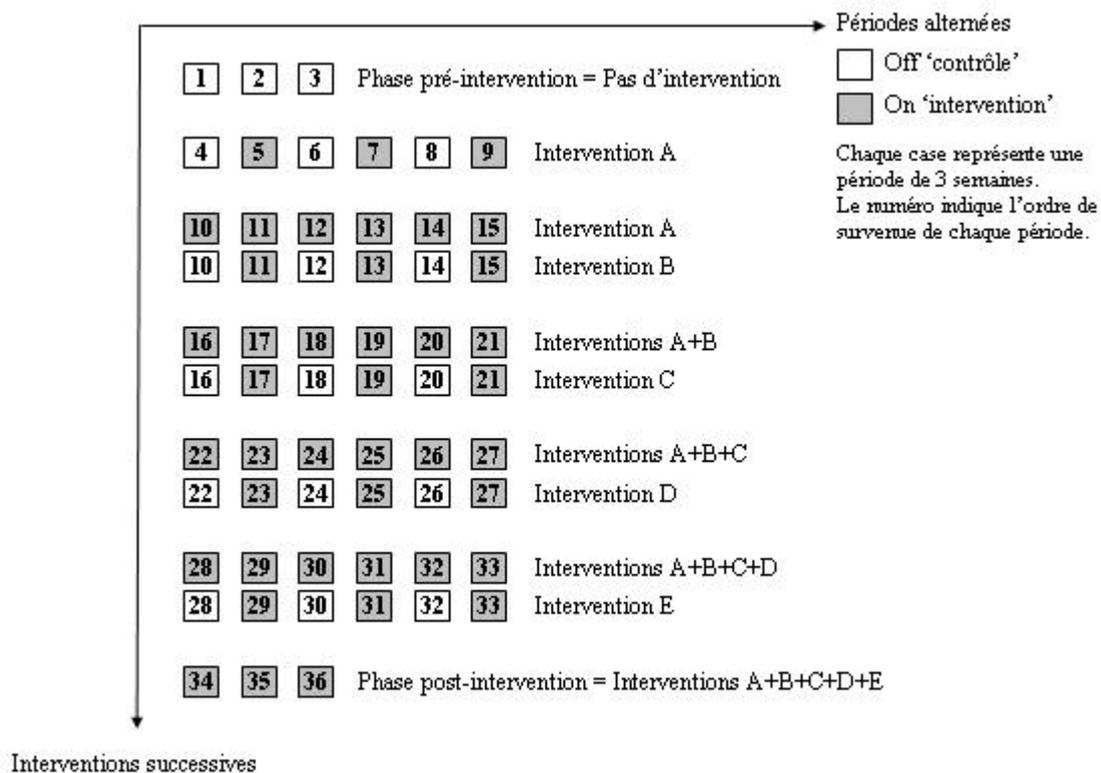
1.6.2 Les interventions du programme

L'objectif principal de l'étude PREVURGO est de mesurer l'impact d'un programme de prévention sur la survenue d'incivilités ou d'agressions à l'encontre du personnel de santé des urgences ophtalmologiques. Les objectifs secondaires sont de mesurer l'impact du programme sur la survenue d'incivilités ou agressions à l'encontre d'autres patients ou accompagnants, sur les délais d'attente, sur le taux de fuite des patients, sur le stress au travail du personnel de santé et sur la satisfaction des patients. Ils sont aussi d'identifier des situations à risque de violence et enfin d'évaluer la faisabilité et les coûts de mise en œuvre d'un tel programme de prévention. C'est une étude d'intervention quasi-expérimentale, prospective, monocentrique, de type série chronologique en périodes alternées (on/off), avec mesure du critère d'évaluation principal à l'échelle du patient (unité statistique élémentaire), par une procédure de déclaration systématique et en temps réel de toute forme de violence survenue aux urgences.

Le programme de prévention comprend cinq interventions déployées successivement au cours de cinq périodes alternées (on/off) comme indiqué dans la **figure 1** page suivante.

Figure 1 : Séquence de mise en œuvre des interventions de l'étude PREVURGO

Source : Protocole de l'étude PREVURGO



Ces interventions abordent plusieurs domaines afin de réduire la violence par différentes approches qui pourraient être complémentaires. **La première intervention** est une approche organisationnelle consistant en un algorithme de triage avec campagne d'affichage. Elle doit permettre d'attribuer un degré d'urgence, de définir un ordre de passage avec émission d'un ticket et de déclencher la réalisation des premiers examens complémentaires. **La seconde** touche à l'environnement avec un changement de signalétique devenant claire, des locaux ordonnés, propres et éclairés. Elle doit mettre en œuvre le repositionnement géographique des différents box et salles d'attente afin de clarifier le circuit patient. **La troisième intervention** vise une forme d'éducation du patient avec affichage des délais d'attente et informations de fonctionnement du service. **La quatrième** est une approche humaine par la présence d'un médiateur en salle d'attente, intervenant en amont de l'escalade de violence. **La cinquième** et dernière intervention est de type sécuritaire avec la mise en place de caméra de surveillance, d'un système d'alerte avec multiples interrupteurs prévenant instantanément les agents de sécurité de l'hôpital et d'un contrôle des accès, notamment de la zone de soins à l'aide d'un sas d'accès avec portes à code.

1.6.3 Méthode d'évaluation

L'évaluation de l'efficacité du programme PREVURGO selon le critère de jugement principal sera réalisée par la mesure du taux de violences (global et par niveau de gravité) commises sur le personnel grâce au mode de déclaration systématique des incidents. Deux groupes seront comparés, d'un total de près de 47 000 admissions, afin de mettre en évidence une différence significative entre le groupe contrôle (ou période off, c'est-à-dire sans l'intervention) et le groupe intervention (ou période on, avec intervention effective).

Les objectifs secondaires de l'étude doivent être documentés à l'aide d'instruments multiples : une grille de collecte des venues aux urgences, un questionnaire de stress au travail rempli par le personnel de santé en pré-intervention et en post-intervention, un questionnaire de satisfaction adressé au patient lors de sa sortie. Un journal de bord doit être élaboré par le comité de pilotage de l'étude contenant les retours d'expérience émanant du personnel, les facteurs limitant ou facilitant la mise en place des interventions,

et la copie des courriers de plaintes de patients adressés au service ou à la direction de l'établissement entre autre. L'étude durera 36 mois et la première intervention a été mise en œuvre le 1^{er} août 2013. Il est donc attendu du programme PREVURGO une réduction des incivilités et des agressions à l'encontre des professionnels de santé travaillant aux urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot, avec la perspective de pouvoir étendre ce programme à d'autres services d'urgences si son efficacité peut être démontrée.

La perspective de recherche retenue pour évaluer l'efficacité du programme PREVURGO est celle de l'épidémiologie d'intervention dont les critères de validité scientifique des résultats nécessitent le contrôle des différents biais possibles et l'élimination de toute forme de subjectivité. Bien que cette approche soit nécessaire, elle ne prévoit pas d'explorer la perception de la violence par le personnel concerné de façon quotidienne par ce phénomène. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'aborder cette problématique sous une autre perspective, développée notamment par les méthodes de recherche qualitative présentées dans la section suivante.

1.7 Résultats des études qualitatives sur la violence aux urgences

Les approches de recherches qualitatives sont particulièrement appropriées pour explorer les représentations des participants envers un phénomène donné. Elles permettent également de documenter leur expérience « vécue » de ce phénomène en laissant libre cours à leur subjectivité. Il s'agit alors de recueillir cette expérience telle qu'ils peuvent la décrire avec leurs propres mots. Plusieurs études ont été conduites dans une approche de recherche qualitative pour explorer et décrire le phénomène de la violence à l'hôpital. Ces études concernent très majoritairement l'expérience et les représentations des infirmières dans les services d'urgence générale [23-30]. Les résultats de ces différentes études peuvent schématiquement être regroupés en quatre catégories: les causes de la violence identifiées par le personnel ; les conséquences de cette violence (notamment sur le plan des émotions et de la santé mentale) ; les suggestions proposées face à la violence ; enfin, la signification attribuée à la violence par les membres du personnel qui y sont confrontés.

Les soignants désignent un certain nombre de **causes** à ces épisodes de violence dont le temps d'attente est cité en priorité [23, 24]. Sur le plan organisationnel, ils évoquent aussi

les restrictions financières empêchant la mise en place de moyens de prévention adaptés [23], mais aussi la politique de communication de la direction hospitalière souvent trop en faveur des usagers au détriment de la protection de l'intérêt des personnels [23]. L'importance de l'agencement des locaux est également identifiée : séparation physique et restriction d'accès des secteurs de soins par rapport à la salle d'attente ; possibilités d'échappatoire face à une personne violente ; visibilité et possibilité de communication permanente pour les personnels [23-25]. D'autres facteurs liés aux patients ou aux accompagnants sont identifiés. La légitimité (ou non) du motif de la consultation, la présence d'accompagnants ou bien le fait que le patient soit sous l'emprise de l'alcool, ou de drogue sont également régulièrement énoncés comme facteurs aggravants [23, 25]. Les patients suicidaires et/ou ayant un trouble psychiatrique sont considérés comme particulièrement difficiles à gérer étant donné l'imprévisibilité de leurs réactions [23, 25]. Enfin, les soignants évoquent également leur responsabilité personnelle et vont jusqu'à reconnaître que leurs propres attitudes et comportements peuvent être à l'origine d'actes de violence et d'incivilités de la part des consultants ou des accompagnants [23, 25].

Concernant les **conséquences** émotionnelles en lien avec la santé mentale, les études s'accordent à souligner le sentiment de vulnérabilité des personnels soignants face au caractère imprévisible des actes de violence. Les sentiments éprouvés à cette occasion sont ressentis intensément et appartiennent à une vaste palette : l'anxiété, la colère, la frustration, l'indignation, l'injustice, l'impuissance, la peur et le sentiment d'insécurité [24, 25]. Il a été décrit des attitudes de cynisme et le fait d'être désabusé, allant jusqu'à une attitude d'évitement des patients [23]. Ces émotions négatives peuvent conduire à développer de la tristesse, une perte professionnelle et un sentiment de manque de compétences, notamment en terme de gestion de conflits [23]. Elles peuvent être associées avec un sentiment d'isolement, accentué par un faible soutien de la hiérarchie et un manque de reconnaissance [24]. Ces émotions et ces pensées négatives peuvent être associées avec des difficultés à partager les problèmes ressentis, que ce soit avec les collègues ou avec la famille [23].

Les **suggestions** apportées par le personnel interrogé dans la littérature qualitative sur le sujet concernent trois domaines. Premièrement, une amélioration de leurs compétences professionnelles (formation à la gestion de conflit, à la communication, à l'empathie, au

recadrage) et personnelles (gestion du stress, d'un épisode violent) leur semble indispensable [23]. Deuxièmement, un travail d'organisation et de collaboration est mentionné comme nécessaire, tel que travailler en collaboration et avoir des certitudes sur le rôle d'un service de sécurité présent, efficace, disponible, répondant au déclenchement de boutons d'alarme [23]. Se voir proposer un débriefing systématiquement après chaque incident ou réaménager les locaux a aussi été suggéré [23]. Troisièmement, le personnel manifeste une attente importante envers l'administration quant à une réactivité sur les signalements effectués, comprenant un retour fait à la personne déclarant, une reconnaissance officielle de la violence à l'hôpital et un plan de réponse à la violence qui soit global et adapté [23].

S'agissant de la **signification** attribuée au phénomène, la violence est souvent considérée comme inévitable et faisant partie intégrante du travail. Les travaux de recherche ont montré que les infirmières reconnaissent de multiples variétés d'actes de violence d'incivilités dont elles construisaient leur propre signification en fonction du contexte, par leur analyse et leur compréhension de chaque situation [25]. Ce dernier phénomène explique en partie la sous-déclaration des épisodes de violence, lorsqu'un incident est plus particulièrement explicable et compréhensible par le professionnel concerné. Les facteurs associés à un épisode de violence mieux toléré que les autres sont les suivants : l'absence d'attaque individuelle envers le personnel ; l'influence perçue de la pathologie sur le comportement du patient (troubles psychiatriques ou métaboliques) ; la légitimité perçue de la consultation aux urgences [26]. Le phénomène de la sous-déclaration peut également être expliqué par le sentiment d'inutilité à effectuer un signalement en l'absence de retour de l'encadrement et de mesures prises par l'administration [23, 24].

En synthèse des résultats de la littérature qualitative sur la violence à l'hôpital, il est possible de dresser plusieurs constats. Les infirmières des services d'urgences construisent leurs propres théories causales s'agissant des différents motifs conduisant aux actes de violence (motifs liés aux consultants et accompagnants, liés à l'organisation, et liés aux comportements des professionnels de santé). Les actes de violence ont des conséquences multiples sur le plan émotionnel et cognitif du personnel qui y est confronté. Ces actes revêtent des formes multiples dont la signification et le seuil de tolérance sont construits de

façon contextuelle selon les représentations et l'acceptation par les personnes concernées. Les pratiques de déclaration des événements de violence sont tributaires de la signification qui leur est accordée (événement « normal et acceptable » dans le cadre du métier, ou bien événement inadmissible qui doit être signalé), mais aussi du sentiment d'utilité perçue de déclarer ces événements (selon les retours et les mesures prises par l'encadrement et la direction). Enfin, les infirmières confrontées à la violence possèdent leurs propres idées sur ce qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour y faire face (solutions potentielles).

Au vu de ces constats, il semble particulièrement important d'explorer les représentations de la violence par le personnel des urgences ophtalmologiques de l'hôpital Édouard-Herriot. En effet, ces représentations sont de nature à influencer de façon significative leur déclaration des événements de violence qui est le critère de jugement principal de l'étude PREVURGO. De plus, il est important d'évaluer auprès du personnel les représentations des solutions identifiées pour faire face à la violence, afin d'établir leur concordance avec les cinq interventions proposées par le programme. En effet, ce degré de concordance est de nature à influencer l'adoption par le personnel des différentes interventions du programme PREVURGO et la qualité de l'implantation de ces interventions. Cette étude constitue donc une partie du volet qualitatif du programme PREVURGO.

2. Objectifs et méthodes

2.1 Objectifs de recherche :

L'objectif général de l'étude est d'explorer et de décrire les représentations des actes de violence et d'incivilité (AVI) tels qu'ils sont vécus par les membres du personnel des urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot de Lyon.

Les objectifs spécifiques sont d'explorer et de décrire quelles sont, d'après les membres du personnel:

- les causes de ces actes
- leurs réactions face aux auteurs de ces actes
- les conséquences de ces actes sur leur santé et leur travail
- leurs pratiques de signalement de ces actes
- les solutions identifiées pour faire face au problème

Les retombées attendues de ces objectifs en lien avec l'étude PREVURGO sont de :

- Décrire l'influence des perceptions des membres du personnel sur leurs pratiques de signalement
- Décrire l'influence des paramètres organisationnels sur la survenue des AVI (organisation matérielle des locaux et de l'accueil; organisation du travail de l'équipe)
- Evaluer le degré de congruence entre les représentations des membres du personnel sur les causes et les solutions du problème, et les interventions prévues par le programme PREVURGO

2.2 Méthodes de recherche :

2.2.1 Perspective de recherche

Une perspective de recherche qualitative a été adoptée afin de répondre aux objectifs de recherche. La recherche qualitative est une recherche empirique en sciences humaines et sociales conçue dans une optique compréhensive. Elle a pour objet la signification et la description d'un phénomène en l'abordant de façon ouverte et large dans son contexte

naturel. Le chercheur est lui-même l'instrument de recueil des données et il utilise des méthodes qualitatives (interviews, observations, documents par exemple), sans quantification. L'analyse des données est aussi qualitative (analyse de mots, sans opération numérique) et la recherche débouche sur une description, une exploration d'un phénomène, et non sur une démonstration quantitative [31].

2.2.2 Echantillonnage des participants

Étant donné le nombre limité de membres de l'équipe du service des urgences ophtalmologiques, le choix a été fait d'inclure dans le volet qualitatif de l'étude la totalité des membres du personnel paramédical (infirmières et aides-soignantes), ainsi que les internes du service. Les infirmières et les internes ont été ciblés en priorité car ce sont les deux catégories de personnel directement confrontées aux actes de violence et d'incivilités aux urgences. Les aides-soignantes qui participent de façon plus périphérique au fonctionnement des urgences (accueil des consultants entre 8 h et 16 h 15) ont également été incluses au vu des liens étroits entre le fonctionnement des urgences et les autres activités du service d'ophtalmologie dans lesquelles elles sont plus directement impliquées (consultations, chirurgie). Par ailleurs, il eût été délicat d'exclure les aides-soignantes de la participation à l'étude, compte tenu de la notion de cohésion d'équipe. Il aurait pu en résulter un sentiment d'injustice d'autant plus fondé que les aides-soignantes sont également exposées à des actes de violence et d'incivilités dans le cadre de leurs activités de prise de rendez-vous et de consultation. Deux séances d'informations animées par les trois chercheurs ont été réalisées en mai 2012 aux participants afin de leur présenter l'étude et de répondre à leurs interrogations. Au total, parmi les 27 participants figuraient 14 infirmières, 1 infirmière-cadre de santé, 5 aides-soignantes et 7 internes dont les caractéristiques sont récapitulées dans le **tableau 8** à la page suivante.

Tableau 8 : Caractéristiques des participants à l'étude

| Code | Sexe | Age (années) | Profession | Ancienneté * (années) | Temps dédié aux urgences |
|--------|-------|--------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| ASD.01 | Femme | 35 | Aide-soignante | 0,5 | Jour, 100% |
| ASD.02 | Femme | 48 | Aide-soignante | 1 | Jour, 100% |
| ASD.03 | Femme | 56 | Aide-soignante | 25 | Jour, 100% |
| ASD.04 | Femme | 50 | Aide-soignante | 11 | Jour, 100% |
| ASD.05 | Femme | 47 | Aide-soignante | 5 | Jour, 100% |
| IDE.01 | Femme | 60 | Infirmière | 8 | Jour, 100% |
| IDE.02 | Femme | 40 | Infirmière | 3 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.03 | Femme | 40 | Infirmière | 6 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.04 | Femme | 58 | Infirmière | 10 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.05 | Femme | 55 | Infirmière | 3 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.06 | Femme | 57 | Infirmière | 6 | Jour, 100% |
| IDE.07 | Femme | 53 | Infirmière | 4 | Jour, 100% |
| IDE.08 | Femme | 46 | Infirmière | 12 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.09 | Femme | 50 | Infirmière | 2 | Jour, 80% |
| IDE.10 | Femme | 53 | Infirmière | 2,5 | Jour, 75% |
| IDE.11 | Femme | 48 | Infirmière | 3 | Jour, 100% |
| IDE.12 | Femme | 35 | Infirmière | 1 | Jour, 80% |
| IDE.13 | Femme | 52 | Infirmière | 2 | Week-ends et jours fériés |
| IDE.14 | Femme | 42 | Infirmière | 12 | Nuit, 75% |
| IDE.15 | Femme | 54 | Infirmière, cadre | 4 | |
| IHL.01 | Homme | 25 | Interne | 2 | Consultations |
| IHL.02 | Femme | 26 | Interne | ? | Consultations |
| IHL.03 | Femme | 26 | Interne | 4 | Bloc + Urgences |
| IHL.04 | Homme | 26 | Interne | 4 | Bloc + Urgences |
| IHL.05 | Femme | 27 | Interne | 6 | Bloc + Urgences |
| IHL.06 | Homme | 31 | Interne | 6 | Bloc + Urgences |
| IHL.07 | Femme | 30 | Interne | 10 | Bloc + Urgences |

* L'ancienneté des internes est exprimée en semestre d'internat.

L'âge moyen du personnel paramédical (infirmières et aides-soignantes) était de 48,7 ans (étendue : 35-60 ans) et l'âge moyen du personnel médical (internes) était de 27,3 ans (étendue : 25-31 ans).

2.2.3 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir de différentes modalités pour assurer la triangulation des sources de données et accroître ainsi la validité des résultats. Les données ont été collectées à partir d'observations de terrain, d'entrevues individuelles semi-structurées des membres du personnel, de participation à différentes réunions (comités de pilotage, présentation de l'étude aux membres du personnel), d'un journal de bord et enfin de fiches de signalement de violence. L'équipe de recherche était composée d'une interne

de médecine et santé au travail, d'un médecin du travail praticien hospitalier et d'un chercheur universitaire en psychologie du travail.

2.2.4.1 Observations non participantes de terrain

Les trois membres de l'équipe de recherche ont réalisé des périodes d'observations de terrain afin d'acquérir une vision du fonctionnement des urgences ophtalmologiques et du travail réel, et d'orienter l'élaboration d'un guide d'entrevue.

Modalités

Deux séries de huit observations non participantes ont ainsi été conduites, aux mois de juin et juillet 2012, ponctuées chacune d'une séance de mise en commun des trois chercheurs. Les plages horaires de la première série ont été choisies de manière aléatoire tandis que la première séance de mise en commun des notes d'observations a permis d'orienter l'échantillonnage des plages horaires de la seconde. Ces dernières visaient à explorer plus finement certaines périodes de la journée ou certains jours de la semaine considérés comme étant de plus forte affluence : la fin d'après-midi et le début de soirée, le lundi matin, le vendredi et le samedi. Il a été réalisé seize observations d'une durée de deux à cinq heures chacune comme l'indique le **tableau 9** ci-dessous.

Tableau 9 : Planning des observations

| | mercredi 13 juin | samedi 16 juin | dimanche 17 juin | mercredi 20 juin | vendredi 22 juin |
|------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| début de matinée | | | | | 7h - 10h |
| fin de matinée | | | | 11h - 14h | |
| après-midi | 14h - 18h | 16h - 20h | | 14h - 18h | |
| Soir | 18h - 21h | | 20h - 00h | 18h - 21h | |

4 juillet => première séance de mise en commun des observations des trois chercheurs et affinage des plages d'observations à prévoir

| | vendredi 13 juillet | lundi 16 juillet | vendredi 20 juillet |
|------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| début de matinée | | 7h - 9h | |
| fin de matinée | | 9h - 13h | |
| après-midi | 14h - 17h | 13h - 18h | 15h - 17h |
| Soir | 17h - 20h | 19h - 20h | 17h - 21h |

1er octobre => seconde séance de mise en commun des observations des trois chercheurs et élaboration du guide d'entrevue

Plan et fonctionnement du service

Comme le détaille **l'annexe 1**, le service des urgences est situé au rez-de-chaussée du pavillon C de l'Hôpital Edouard-Herriot de Lyon. Il est composé de trois salles d'attente (une simple, une double et une pour les brancards) séparées d'un bureau infirmier et d'un double box médical par un couloir, menant entre autres à un ascenseur, des salles d'examen et des secrétariats. Il comprend également une salle de pansement, des sanitaires et un poste d'accueil qui se situe dans un autre couloir, et est commun aux consultations programmées. La prise en charge des patients est en accès direct sans passage préalable par un service d'urgences générales. La répartition des personnes en poste est détaillée dans **l'annexe 1**. A noter que de 18h à 8h, ainsi que les week-ends et jours fériés, l'équipe est composée uniquement d'une infirmière, d'un interne et d'un médecin senior d'astreinte (donc absent physiquement du pavillon). Du lundi au vendredi de 7h30 à 16h20, l'accueil des patients par une infirmière ou une aide-soignante ainsi que l'émission du dossier administratif d'admission par un agent administratif se fait au poste d'accueil. Les patients se dirigent ensuite avec leurs étiquettes vers le bureau infirmier des urgences pour remplir une fiche de consultation puis vont attendre en salle d'attente que le médecin les appelle. En dehors de ces périodes, l'accueil se fait directement aux urgences dans le bureau infirmier, et les patients doivent alors se rendre dans un autre pavillon de l'hôpital pour obtenir un dossier d'admission (étiquettes). L'ordre de passage est déterminé par le médecin selon l'ordre de gravité établi à partir des informations recueillies par l'infirmière, puis par ordre d'arrivée.

Facteurs favorisant les AVI

Un climat permanent, lourd de tension et d'agressivité a été perçu pendant cette phase d'observation, avec une impression de possibilité de dérapage imprévisible, à tout instant. Grâce aux observations et à la mise en commun des notes des trois chercheurs, un certain nombre de constats et hypothèses sur les facteurs favorisant l'agressivité ont été faits et ont été récapitulés (**annexe 2**). Ils concernaient d'une part l'organisation / environnement de travail et d'autre part le personnel.

Dans l'organisation, ont été relevés : l'agencement des locaux, la signalétique peu adaptée, le manque d'information dont disposent les patients, le temps d'attente et l'ordre de passage, l'effectif réduit, la sécurité les soirs et week-ends, le manque de cohésion d'équipe, le motif de consultation avec divers degrés d'urgence, les charges administratives,

l'engagement de la direction et le contexte extrahospitalier avec le défaut d'informations données aux patients et la pénurie d'ophtalmologistes.

Concernant les facteurs propres aux membres du personnel, il a été noté : l'importance de la qualité de la communication et de la relation à instaurer entre le patient et le soignant, et au sein même de l'équipe, des facteurs individuels du personnel, la manière de s'organiser dans ses multiples tâches de travail très fréquemment interrompues et la manière de gérer un conflit. Les notes d'observations reproduites en **annexe 3** permettent de donner un aperçu de la façon dont les observations ont pu contribuer à appréhender les problèmes rencontrés sur le terrain, pour guider ensuite l'élaboration du guide d'entrevue.

Elaboration du guide d'entrevue

Les données conjointes de l'analyse de la littérature sur la violence aux urgences et des constats de nos observations du terrain ont permis d'élaborer un guide d'entrevue afin de mener les entretiens individuels semi-structurés (**annexe 4**).

2.2.4.2 Entrevues individuelles semi-structurées

Les objectifs de ces entrevues individuelles semi-structurées étaient de recueillir l'expérience des répondants sur le phénomène de la violence et des incivilités aux urgences, et de répondre aux autres objectifs de l'étude, étant les causes et les conséquences de ces AVI, les réactions des agents, leurs pratiques de signalement et les solutions identifiées.

Les entrevues ont été conduites par les trois membres de l'équipe de recherche, auprès de 27 agents travaillant aux urgences ophtalmologiques. Elles ont eu lieu de novembre 2012 à janvier 2013 pour 26 agents, alors que la dernière entrevue a eu lieu en septembre 2013, avec un guide différent puisqu'il s'agissait d'interroger la cadre du service, n'ayant donc pas la même activité que les autres participants.

Le chiffre de 27 ne répond pas à des nécessités statistiques mais à un compromis entre des contraintes de faisabilité quant à la conduite des entrevues et au taux de réponses positives à la participation de l'étude. L'échantillonnage visait à cibler le maximum d'agents venant travailler aux urgences : internes, infirmières du service ainsi que celles du service

d'hospitalisation d'ophtalmologie C2, qui viennent les week-ends et jours fériés, infirmiers de nuit, aides-soignantes. Le taux de refus est assez faible puisqu'il concerne seulement un interne et une infirmière de C2. L'hypothèse de ces refus est un manque de disponibilité et de motivation de la part de ces deux agents.

La cadre de santé ainsi qu'un médecin ophtalmologiste praticien hospitalier du service des urgences ont donc contacté les agents pour leur proposer de participer à cette étude complémentaire. Lors des entrevues, une note écrite d'information et de consentement à signer a été remise aux participants (**annexe 5**). Les entrevues individuelles semi-structurées ont été conduites d'après le guide d'entrevue élaboré à l'aide des constats des observations de terrain et des données de la littérature scientifique sur la violence aux urgences. La durée moyenne d'entrevue a été de 56,7 minutes, avec une étendue de 23 à 85 minutes.

2.2.4.3 Réunions du comité de pilotage

La participation aux réunions du comité de pilotage de l'étude PREVURGO et par la même occasion, de son volet qualitatif que représente en partie cette étude, avait pour objectif de recueillir la vision de l'encadrement et de la hiérarchie médicale sur le phénomène de violence. Cinq réunions ont donc pu être observées (avril, juillet, octobre et décembre 2012, puis juin 2013), apportant un certain nombre d'informations.

2.2.4.4 Journal de bord

Le journal de bord tenu tout au long de l'étude a été une source de données supplémentaires. Il avait pour but de recueillir les impressions personnelles du chercheur au fur et à mesure de la conduite de l'étude (de la collecte des données sous ses diverses formes à leur analyse). Le journal de bord est constitué de notes manuscrites sur papier, dactylographiées sur Word ou bien schématisées par un tableau Excel. Quelques extraits du journal de bord tenu par l'un des chercheurs (interne en médecine du travail, auteur de la thèse) sont donnés en **annexe 6**.

2.2.4.5 Fiches de signalement de violence

Pour une meilleure triangulation des données, les fiches internes de signalement de violence du service des urgences ophtalmologiques ont été accessibles. 34 fiches ont ainsi été lues et analysées. Elles ont permis de recueillir des informations sur les actes de violence et d'incivilités par une autre modalité de collecte que les observations et les entretiens. Après anonymisation et autorisation de l'administration, le contenu des fiches les plus illustratives des phénomènes observés a été joint en **annexe 7**.

2.2.4 Analyse des données

La totalité des 27 entretiens a été enregistrée et retranscrite, sauf trois entretiens. Une entrevue dont l'enregistrement a échoué a fait l'objet d'une retranscription manuscrite sur la base des notes prises par le chercheur durant l'entrevue (répondant IDE.10). Deux entretiens effectués plus tardivement n'ont pas été retranscrits mais ont néanmoins été utilisés pour les analyses sur la base des notes prises pendant les entretiens (répondants IDE.14 et IDE.15). La durée totale des 24 entretiens retranscrits était de 22 heures et 41 minutes. La teneur des retranscriptions a fait l'objet d'une analyse thématique qualitative de contenu, au moyen du logiciel ATLAS.ti v7. Le processus de codage a été effectué en plusieurs étapes successives.

2.2.4.1 Anonymisation et vérification des données

Dans un premier temps, chaque entrevue a été lue par un des chercheurs pour remplacer les noms propres de personnes par des pseudonymes afin de respecter l'anonymat des sources de données. Cette étape préparatoire était également l'occasion de vérifier la qualité des retranscriptions, s'agissant notamment des termes techniques et spécialisés.

2.2.4.2 Etape déductive

Une étape déductive a été adoptée dans un premier temps, durant lequel les principales catégories du guide d'entrevue ont été utilisées pour effectuer un pré-codage du contenu des entretiens. Il s'agissait de repérer dans le contenu de chaque entrevue les réponses correspondant aux différentes questions du guide d'entrevue. Des balises encadrant les segments de texte correspondant étaient ensuite insérées, avant l'importation de l'entrevue

dans le logiciel ATLAS.ti. Cette première étape a été effectuée en collaboration entre le directeur de thèse responsable des analyses et l'interne effectuant son travail de thèse qui a participé au pré-codage des entretiens à hauteur de 50%. Cette première étape a permis de faire un premier niveau de codage « à grosses mailles » et d'identifier certaines thématiques évoquées par les répondants ne pouvant pas être codées par les catégories initiales du guide d'entretien.

2.2.4.3 Etape inductive

Les résultats de la première étape de codage ont conduit à plusieurs constats. Certaines catégories du guide d'entretien, comprenant un matériel très abondant, nécessitaient d'être analysées plus finement avec des sous catégories appropriées. C'était par exemple le cas de la catégorie « Problèmes rencontrés dans le travail » correspondant à la question 2.03 du guide d'entretien : elle comportait 153 verbatim différents nécessitant d'être analysés de façon plus fine.

Certaines catégories proches comportaient insuffisamment de matériel pour pouvoir être exploitées et ont nécessité d'être regroupées dans une catégorie d'ordre supérieur. C'était par exemple le cas des différentes catégories explorant les actes de violence et d'incivilités regroupant les questions des sections 3, 4 et 5 du guide d'entretien. Les verbatim inclus dans ces différentes catégories ont été rassemblés dans une seule catégorie plus générale, avant de faire l'objet d'une nouvelle analyse permettant d'établir une typologie des différentes formes de violence et d'incivilités (cf la section des résultats).

D'autres catégories ne comportaient que très peu de matériel et n'ont pas été informatives. Elles ont été laissées de côté dans la deuxième partie des analyses.

Enfin, une partie importante du contenu des entretiens ne pouvait pas être codée de façon satisfaisante dans les catégories du guide d'entretien. C'est pourquoi de nouvelles catégories de codage ont été recherchées pour permettre d'effectuer un codage adéquat de ces différents verbatim. Cette démarche a été effectuée sur la base d'échanges fréquents entre les deux co-chercheurs conduisant les analyses. L'identification progressive de nouvelles catégories appropriées a été effectuée en se référant aux différentes catégories de risques

psychosociaux du rapport « Gollac » auquel ces nouvelles catégories ont été empruntées. La définition de ces nouvelles catégories a fait l'objet d'un accord consensuel entre les deux chercheurs après de nombreuses discussions.

2.2.4.4 Etape de réduction et de synthèse des données

Dans le dernier temps des analyses, de nouvelles méta-catégories ont été identifiées pour élaborer une vision synthétique de l'ensemble du matériel analysé. Le **tableau 10** à la page suivante représente quelques exemples de correspondance entre ces méta-catégories et les différentes catégories d'analyse utilisées dans le logiciel.

Tableau 10 : Méta-catégories et leurs différentes catégories d'analyse

| | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Actes de violence et incivilités | |
| | Q03.00_AVI\2.Incivilités |
| | Q03.00_AVI\3.Vulgarités |
| | Q03.00_AVI\4.Déni de reconnaissance |
| | Q03.00_AVI\5.Insultes |
| | Q03.00_AVI\6.Menaces verbales |
| | Q03.00_AVI\7.Gestes agressifs |
| | Q03.00_AVI\X. Méca défense |
| Exigences émotionnelles, | |
| | 2. Exigence émotionnelle\Exigences et attentes du public |
| | Q03.00_AVI\1.Demandes répétées |
| | 2. Exigence émotionnelle\Sentiment d'impuissance ou injustice |
| | 1. Conflit de valeurs |
| | Q07.03_incident_compréhensible |
| Réactions personnelles (émotions) | |
| | Q07.01_réac°_perso\PENSEES & EMOTIONS\EMOTIONS NEGATIVES |
| | Q07.01_réac°_perso\PENSEES & EMOTIONS\EMPATHIE |
| | Q07.01_réac°_perso\PENSEES & EMOTIONS\INQUIETUDE |
| Réactions personnelles (comportements) | |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\CONTROLE SOI ou SITU° |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\EXPLICATIONS |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\RECADRAGE |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\PASSIVITE |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\HUMOUR |
| | Q07.01_réac°_perso\COMPORTEMENTS\LIMITES PERSO |
| Retentissement personnel (santé) | |
| | Q11.02_pb_santé |
| | Q11.03_arret_W |
| | (...) |
| | Q11.06_consult°_psy |
| | Q11.09_retent_famille |
| Retentissement personnel (travail) | |
| | Q12.00_RETENT_W |
| | (...) |
| | Q12.01_retent_moti° |
| | Q12.05_retent_coll |
| Démarches administratives | |
| | Q07.05_décla°_violence |
| | Q07.08_décla°_utilité |
| | Q07.06_décla°_AT |
| | Q07.07_décla°_plainte |
| Équilibre global | |
| | Q10.02_sati°W |
| | Q10.01_tenir_durée |
| | 2. Exigence émotionnelle\Patients agréables/reconnaissants |
| | Q12.06_avenir |
| Facteurs organisationnels | |
| | Q06.01_locaux |
| | Q06.02_signalétique |
| | Q06.10_charges_admin |
| | Q06.04_horaires |
| | Q06.05_nuit |
| | Q06.06_jour |
| | (...) |

2.2.4.5 Traçabilité du processus d'analyse

L'ensemble des données initiales (retranscription des entretiens) et des catégories d'analyse (catégories initiales du guide d'entretien et nouvelles catégories élaborées de manière inductive) ont été colligées dans une seule base de données au moyen du logiciel ATLAS.ti. Cette base de données permet l'identification de la chronologie du processus d'analyse à travers la date de création des catégories. Elle permet également d'identifier le nombre de verbatims et de documents différents (répondants) associés à chacune des catégories (**annexe 8**). À titre d'illustration, il est fourni en **annexe 9** la totalité des verbatims codés dans les sous-catégories des « Actes de violence et incivilités ».

2.2.5 Aspects éthiques

L'étude PREVURGO a reçu un avis favorable du comité d'éthique à la date du 12 juin 2012. L'information générale des membres du personnel sur l'étude a été effectuée par la direction médicale et l'encadrement infirmier du service. L'information spécifique sur les objectifs et les méthodes du volet qualitatif a été effectuée durant deux séances collectives d'information par les trois chercheurs responsables de ce volet qualitatif. Une notice d'information et de consentement spécifique au volet qualitatif a été rédigée et remise individuellement à chaque répondant avant sa participation (**annexe 5**).

3. Résultats

3.1 Actes de violence et d'incivilités

3.1.1 Typologie

L'analyse des résultats portant sur le ressenti du personnel, a permis d'élaborer une typologie des actes de violence et incivilités (AVI) en six catégories ou grades, de gravité croissante : les incivilités, les vulgarités, le déni de reconnaissance, les insultes et les gestes agressifs.

3.1.1.1 Incivilités

Dans cette catégorie, les répondants ont exprimé le **manque de politesse** ou courtoisie des patients et accompagnants, par le langage, soulignant l'absence trop fréquente de « bonjour » par exemple ou bien l'utilisation du tutoiement inapproprié (ASD.01, ASD.03, ASD.04, IDE.09, IHL.05, IHL.07).

« Et souvent même à la fin, même s'ils sont mécontents en s'asseyant, en disant « enfin », ça c'est le truc que je supporte pas quand il y en a un qui passe la porte et qui me dit : « enfin », enfin quoi ? Ça c'est un truc qui est vraiment désagréable au possible. C'est « bonjour » qu'on dit et pas « enfin ». » (IHL.05)

« Je ne supporte pas qu'on ne dise pas... Je ne sais pas, c'est... Même quand on va chez la boulangère quoi, on dit bonjour avant d'acheter son pain, enfin non ? » (IDE.09)

« Quand les gens nous demandent quelque chose, ils ne savent pas dire "bonjour" ou "s'il vous plaît". Ils nous parlent comme si on était un peu leur carpette. » (ASD.03)

« Ils commencent à me parler, puis tout de suite après je leur dis : « Bonjour ! » Enfin, Je ne sais pas, il me semble que c'est la partie de respect mutuel, quoi. On commence à dire bonjour, et après, même s'il y a un truc urgent, ça n'empêche pas de dire bonjour, quoi. » (IDE.09)

«Après quand on a bac + 15, quand on rentre, on ne dit pas bonjour, et qu'on me dit « j'ai l'œil qui gratte », j'ai juste envie de partir de la salle.

Interviewer : Vous supportez de moins en moins ?

Répondant : Je ne supporte plus, je ne supporte plus. » (IHL.07)

Ils ont été nombreux à mentionner les **cris, hurlements ou énervements**, manifestations du mécontentement des usagers, le plus souvent à cause du délai d'attente (ASD.01, ASD.04, IDE.01, IDE.03, IDE.05, IDE.12, IDE.13, IHL.07).

« Enfin, il a fait un pataquès, il a crié, il a hurlé » (IDE.01)

« C'était le vendredi, donc je devais avoir 3 ou 4 h d'attente, et je vois un monsieur qui commence déjà, qui rentre pareil, qui dit pas bonjour et qui commence à être hyper agressif. Donc, je lui dis de se calmer, parce que, voilà, ça ne sert à rien. Là sa femme s'approche de moi, commence à me hurler dessus » (IHL.07)

En tant qu'incivilités, ont été décrits à maintes reprises des attitudes et comportements d'incorrection des usagers vis-à-vis du personnel mais aussi des autres usagers (ASD.03, ASD.04, IDE.01, IDE.02, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IHL.01, IHL.06). L'exemple le plus fréquent était de rentrer dans une salle de soins sans frapper (ASD.03, IDE.04, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IDE.12). Partir sans prévenir, claquer une porte, donner des ordres, répondre à son téléphone pendant un entretien infirmier ou médical, réclamer un arrêt de travail estimé non justifié par le médecin ou bien tenter de « doubler » d'autres usagers a également été exprimé.

« Il y en a même qui sont rentrés dans la salle de pansements, alors que c'était marqué « Soins en cours »... Il y a même une fois on a été obligés de fermer à clé hein, donc... Voilà. Oui, oui. Parce que les gens ils ne supportent pas d'attendre. » (IDE.09)

« Le dernier week-end que j'ai fait, il y a trois personnes qui sont rentrées dans le box de consultation, le médecin était en train d'examiner quelqu'un, parce qu'ils trouvaient qu'ils avaient trop attendu. Alors le médecin leur a dit « mais attendez, là, je suis en train d'examiner quelqu'un. On ne rentre pas comme ça... Vous n'avez même pas frappé, rien ». Il dit : « vous voyez, il reste X personnes devant vous, et je suis encore en train de perdre du temps à vous expliquer ». Et, du coup, elle s'est fermée à clé après. Mais, on se dit, « on est où ? On est où ? ». » (IDE.11)

« Par contre, une fois, on a eu une dame, cela faisait un moment qu'elle rouspétait, qu'elle voulait passer et tout le monde lui avait expliqué que ce n'était pas son tour. Donc, elle s'était mise devant la porte où l'interne appelle les patients et quand il est sorti pour appeler un patient, elle, elle s'est engouffrée dans la salle des Urgences, elle s'est assise sur le siège de consultations et elle a dit « Non, c'est à moi et je ne bougerai pas ! ». Donc, on s'est regardé avec l'interne, (...), très posé, un asiatique, ils ne s'énervent jamais eux... Il l'a regardée et lui a dit « Et bien non, Madame, cela ne marche comme ça, de toute manière, vous allez être obligée de vous lever, je ne vous verrai pas ». « Non, je resterai assise ! ». Il m'a regardée et m'a dit « Lyse, tu appelles

les gardes ? ». Donc on a appelé les gardes ; elle est restée assise et n'a pas crié, on a appelé les gardes qui sont venus. » (IDE.01)

Enfin, plusieurs participants ont mentionné que les actes d'incivilités et de violence étaient **manifestés de façon préférentielle envers les infirmières et les aides-soignantes** (faisant l'objet d'une moindre considération de la part du public), plutôt qu'envers les médecins (faisant l'objet de plus de retenue de la part des patients et les accompagnants) (IDE.03, IDE.11, IDE.12, IHL.02).

« Quand il nous hurle dessus, nous, infirmières, parce qu'ils sont en colère après ceci ou après cela, et qu'on les renvoie en leur disant mais parlez-en aussi au médecin, quand ils arrivent devant le médecin, c'est carpette, ils sont tout sourire, ils disent plus rien, la plupart du temps.

Intervieweur : Qu'est-ce qui explique ça ?

Répondant : Parce que le médecin garde cette espèce de ... voilà, c'est le docteur, je pense oui parce qu'ils se permettent plus avec la petite infirmière qui fait un peu tout aux urgences : on fait le ménage, on accueille, on soigne, on se fait engueuler, on est polyvalente, vu qu'on est toute seule, donc voilà avec cette personne-là, on se permet plus de choses qu'avec le docteur. Je pense.

Intervieweur : Et il est venu s'excuser après coup ?

Répondant : Non, ils s'excusent rarement. » (IDE.03)

« Oh, alors, ce qu'il y a de dingue, c'est que les gens agressifs vis à vis de nous, dès qu'ils sont devant le médecin, là, c'est des vrais nounours. Tout de suite (soupir)... carpette. Ah, mais là, moi, ça m'énerve. » (IDE.11)

« Mais par contre, quand ils arrivent avec les médecins, plus rien. » (IDE.12)

« De toute façon à partir du moment où ils voient un médecin titulaire le problème ne se pose plus. » (IHL.02)

3.1.1.2 Vulgarités

Certains répondants ont précisé que les usagers pouvaient utiliser un langage vulgaire et grossier, sans que ce ne soit une insulte directe au personnel en question (ASD.02, ASD.04, IDE.06, IDE.08).

« Elle est venue à deux reprises me redemander. La troisième fois, elle est rentrée comme une furie dans le bureau en me disant "au lieu de vous branler les couilles là, à ne rien faire, vous feriez mieux de vous occuper de moi". Ça, ça m'a sciée. » (IDE.06)

« “Vous avez pas fini de nous faire chier” ou quelque chose comme ça. “Vous feriez bien mieux de faire votre boulot plus que de venir nous emmerder”. Que des mots, des trucs comme ça. » (IDE.06)

« Je ne sais plus de quoi elle a traité ma cadre, et en quelques temps, elle a dit « ben toutes les deux, je vous ai mis dans mon cul ! Dans mon cul ! ». » (ASD.04)

« Oh ben c’est clair, c’est « Vous me faites chier », voilà. « Vous me faites chier », « vous m’emmerdez ». « Moi je suis pas venu aux urgences pour », « je viens aux urgences et c’est pas pour aller faire des papiers ». « Mais vous pouvez au moins m’inscrire pour au moins faire ci ou ça ». » (IDE.08)

3.1.1.3 Déni de reconnaissance

A partir de ce degré d’AVI, l’usager commence à être dans l’intentionnalité de nuire à autrui. Les participants évoquent trois types de déni de reconnaissance : de leur fonction, de leur utilité et de leur implication dans leur poste.

Fonction et image professionnelle

Les participants ont fait ressortir qu’ils se faisaient régulièrement traiter de « fonctionnaires » par les patients, sur un ton d’insulte (IDE.01, IDE.09, IDE.11, IDE.12). Ces derniers renvoient une image professionnelle dévalorisante de l’infirmière exerçant dans la fonction publique et en font un amalgame avec le fonctionnement d’un établissement public.

« Interviewer : Il y a d’autres insultes dont vous faites les frais régulièrement ?
Répondant : Quand j’entends dire un jeune, téléphoner dans le couloir devant mon nez et qu’il le faisait exprès... Ce jour-là, j’avais des brancards de partout, j’avais des grands-mères à emmener aux toilettes, j’étais toute seule encore une fois et devant mon nez, il disait « Non, mais de toute manière, il y a une infirmière qui ne fout rien, c’est bien une fonctionnaire ! » mais moi, je faisais comme si je n’écoutais pas, ça me laisse mais de marbre, ça. » (IDE.01)

« Et, le soir, il y a un patient, qui m’a dit, alors que j’en pouvais plus, « de toutes façons, vous foutez rien, vous êtes une bande de fonctionnaires, c’est bien connu ». » (IDE.11)

Implication

Six répondants font état de réflexions péjoratives concernant leur implication dans leur travail, avec la notion de fainéantise (IDE.03, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IDE.12, IHL.03).

« On dit que l'on est fainéant : « Mais qu'est-ce que vous foutez ? » » (IDE.07)

« Et qu'est-ce qu'elle m'a dit ? C'était des agressions verbales, elle disait qu'on ne faisait rien. (...) Oui qu'on, qu'on faisait rien, et ça n'avancait pas. Et sur un ton vraiment agressif. » (IHL.03)

« « Ma pauvre, vous foutez rien, pour ce que vous avez à glander là... » » (IDE.03)

Utilité

L'utilité même du personnel est parfois remise en question par les patients, comme l'ont évoqué quelques participants (ASD.02, ASD.04, IDE.07, IDE.11).

« Et à la limite, une fois, un monsieur m'avait dit « Mais vous servez à rien », parce que je n'accédais pas à ce qu'il demandait. Parce que je ne pouvais pas. Ce n'était pas possible. » (ASD.02)

« Enfin, les gens ne comprennent pas que l'on ne veut pas les recevoir parce que l'on n'a pas de place, qu'on ne s'occupe pas des lunettes, « Mais à quoi vous servez ? », « A rien ! ». » (IDE.07)

« Les gens me disent « Mais qu'est-ce que vous faites là ? Vous êtes un service d'Ophtho. Qu'est-ce que vous faites là ? ». » (ASD.04)

Ces trois formes de déni de reconnaissance (fonction, implication et utilité) sont souvent étroitement liées entre elles, et sont même souvent perçues comme des insultes.

« Ah oui. Il y a quoi, il y a 15 jours : « Pourquoi vous êtes payée ? Vous êtes une espèce de pute, vous venez juste chercher votre paye ». Voilà, c'est agréable... » (IDE.07)

Compétences professionnelles

Un répondant a même souligné un déni de reconnaissance des compétences professionnelles par les patients (IHL.03).

« Les choses qui sont plus touchantes, c'est qu'ils disent, justement, qu'il y a une incompétence professionnelle, alors qu'on travaille je ne sais pas, on se fait des heures, on s'enchaîne des heures... » (IHL.03)

3.1.1.4 Insultes

Seize répondants ont cité des exemples d'insultes lors de leur entrevue, leur étant directement adressées ou bien à une collègue (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IHL.02, IHL.04, IHL.05, IHL.07).

« Le pire que j'ai eu c'était une personne vraiment très sympathique au premier abord. Je m'en étais souvent occupée. Elle prenait les rendez-vous pour sa mère et un jour, quand on ne pouvait pas donner de rendez-vous parce qu'on n'avait pas encore les plannings, elle m'a vraiment insultée de tous les noms. Là, ça avait été dur (Elle a des sanglots dans la voix). » (ASD.03)

« Oui je sais mais bon, vous savez, on a tellement eu de "pauvre conne" ou des choses comme ça...

Intervieweur : Ça vous arrive souvent...

Répondant : Ah oui, alors ça. » (IDE.06)

« J'en sais rien, mais bon, c'est «Ouais, t'es une connasse, je viens là, je viens aux urgences et vous me renvoyez faire des papiers. Vous, vous êtes là à rien foutre, vous pourriez vous occuper de moi ». Enfin voilà, c'est un peu dans ce genre-là quoi. » (IDE.08)

« Et après il y a vraiment le côté avec les agressivités verbales, comme je vous dis, se faire traiter de salope le matin, il y a mieux pour finir sa garde. » (IHL.05)

« Dès qu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent, ça y est, c'est, pffff ! ...(...) Et ça, je ne connaissais pas ce côté-là. Eh bien ça part, voilà. Je t'insulte, t'es qu'une conne ! » (ASD.02)

« Oh, « connasse », ou on nous insulte en arabe souvent. » (ASD.05)

Un certain nombre d'insultes étaient clairement à connotation sexuelle (ASD.02, ASD.03, ASD.04, IDE.01, IDE.07).

« Bien j'ai vu ma collègue, une fois, qui s'est fait insulter par un patient parce que, on l'avait baladé à droite, à gauche, parce qu'on ne comprenait pas exactement son..., sa demande. Et puis à un moment donné, il s'est énervé, il a voulu prendre un rendez-vous au secrétariat, et il l'a insultée, mais...

Interviewer : Qu'est-ce qu'il lui a dit ?

Répondant : Qu'est-ce qu'il a dit ? Il a parlé en turc, enfin en langue étrangère, et puis, il a été très vulgaire : « Je vais t'enculer ! » quoi. Excusez-moi du terme, mais...Voilà. » (ASD.02)

« Ah bon ? Et bien "va te faire enculer" ! Ce sont des mots comme ça qu'on entend, la vulgarité totale ! Et ça, moi, je n'admets pas. On essaie de garder notre calme mais des fois... On les fait sortir du bureau. Ce n'est pas tout le temps, ce n'est pas tous les patients, mais ça arrive, ça nous arrive souvent, ces injures. C'est vraiment insulter les gens, alors qu'on fait notre travail et on a du mal à supporter ça. » (ASD.03)

« Interviewer : Ce sont des injures à connotation sexuelle ? Ou pas nécessairement ?

Répondant : Oui. Oui : « Nique ta mère ». Vous voyez, ces... ce mot, je suis même gênée de le répéter, parce que...ce sont des mots si violents, que ça ne peut pas sortir comme ça. » (ASD.04)

« Il m'a dit « enulée de ta mère » (enfin un nom comme ça...) et là, j'ai complètement suffoquée, mais complètement suffoquée ! » (IDE.01)

Alors que quatre répondants ont dit n'avoir jamais été insultés, tous ont été unanimes pour considérer que les AVI étaient fréquents, répétitifs et qu'ils faisaient partie du travail (ASD.01, ASD.02, IHL.02, IHL.07).

« Il y en a tous les soirs, il y en a tout le temps. » (IHL.03)

« C'est des insultes, c'est, oui c'est..., enfin, c'est des urgences... » (IDE.12)

« Oh ben, c'est souvent, oui. Souvent. Le plus dur, c'est quand on commence la journée, parce qu'après on a encore toute la journée à faire derrière. » (ASD.05)

3.1.1.5 Menaces verbales

Certains membres du personnel ont rapporté avoir été menacés verbalement (ASD.04, ASD.05, IDE.02, IHL.05).

« « Tu verras ce que je vais faire de toi ! » » (ASD.04)

« Ben, il y a une fois, une interne est passée par la fenêtre pour sortir, elle ne pouvait pas passer par la porte, hein ! » (ASD.05)

L'un d'entre eux parle même de menace de mort (IHL.05).

« Il me dit : « ah vous m'avez pas fait d'arrêt de travail, et je lui dis « non mais monsieur, désolé mais pour ça il n'y a pas d'arrêt de travail. » Donc là j'ai eu toutes les insultes du monde, que toute ma famille allait mourir, qu'on allait tous mourir » (IHL.05)

3.1.1.6 Gestes agressifs

Parmi les témoignages des répondants, on peut distinguer 3 types de gestes agressifs selon leur cible : entre usagers, envers le personnel et envers le matériel (ASD.02, ASD.03, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.05, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IDE.13, IHL.02, IHL.04, IHL.05, IHL.06).

Entre usagers

« Il y a la porte vitrée, et ils se sont, ils ont commencé à se battre là. Moi j'ai vu ça, je voyais tout un attroupement, j'ai dit « mais qu'est-ce que... ? », et de voir le..., le monsieur taper son ex, enfin, je me suis interposée. » (ASD.02)

« De toutes façons, les gens sont agressifs, hein ! L'autre fois, regardez, un couple. Ils devaient pas être ensemble, mais la dame était venue avec un couteau, pour frapper son mari, à la consultation ! » (ASD.05)

Envers le personnel

« Du coup, je lui ai dit qu'on n'allait pas le garder et il s'est énervé, il a voulu me taper » (IHL.04)

« Il y en a un qui a levé la main et j'avais eu peur quand même, toute seule dans le bureau. » (ASD.03)

« Moi il y en a un, il n'y a pas longtemps, qui m'a jeté sa planche d'étiquettes à la figure, parce que je lui disais qu'il fallait attendre, qu'on le faisait patienter » (IDE.08)

« Un patient qui a levé la main, j'ai cru que je m'en prenais une. Voilà, parce qu'il avait mal et qu'il fallait qu'il passe avant tout le monde, quoi. Ça, c'est très difficile. » (IDE.13)

Envers le matériel

« Il y en a un qui avait cassé la vitre, aux urgences. Le bureau infirmier, il y a une porte vitrée, une petite vitre, il y en avait un qui avait cassé la vitre. » (ASD.05)

« C'est l'insulte qui me touche moi et puis, s'il y a une violence, s'ils cassent une porte, s'ils tapent contre la porte... » (IDE.01)

« Voilà, il a jeté les trucs dans la salle d'attente, il a tout jeté par terre. » (IHL.04)

La typologie ainsi élaborée est un vrai continuum d'actes de violence et d'incivilités avec une gravité croissante, et il est rare que les catégories soient exclusives. Il existe une grande variété d'AVI, qui va de l'acte considéré comme mineur (manque de politesse), à des insultes, des menaces ou des gestes agressifs considérés comme des actes majeurs de violence et d'incivilités par le personnel interrogé.

3.2 Autres sources d'exigences émotionnelles

« Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant » [2]. Il y a donc des actes de violence et d'incivilités avec une gradation croissante de gravité. Ils imposent au personnel des ajustements émotionnels proportionnels à leur gravité. Pour autant, ces AVI ne sont que la partie émergée d'un iceberg constitué d'évènements permanents qui présentent de façon continue des exigences émotionnelles pour le personnel des urgences.

« Même si physiquement voilà personnellement j'ai jamais eu d'agression, j'ai jamais eu de choses comme ça, il y a dans les paroles une violence, une agressivité qui est quand même systématique. » (IHL05)

3.2.1 Attentes et exigences du public

Les attentes et exigences du public sont multiples et variées, mais il est possible de les regrouper par thème selon les propos du personnel.

Récriminations

Les récriminations des patients ou de leurs accompagnants sont nombreuses et omniprésentes. Elles concernent essentiellement le temps d'attente et les délais de rendez-vous, dont les causes seront abordées dans une autre section. Les répondants ont évoqué le stress des gens, leur mécontentement, et le fait qu'ils en soient « désagréables », « grognons » ou « revendicateurs » sans pour autant commettre un acte d'incivilité ou de violence (ASD.03, ASD.04, ASD05, IDE.03, IDE.04, IDE.06, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IDE.13).

« Souvent, les gens râlent après nous » (IDE.08)

« nous c'est particulier, c'est vraiment..., la violence, c'est verbal, quoi. Ce n'est pas physique, c'est plus psychologique. Des fois, on sort, on est fatiguée quoi, de s'être fait disputer toute la journée, fatiguée, voilà, d'avoir répondu, d'avoir essayé de calmer le jeu, d'avoir... (soupir). C'est moral quoi. Voilà, enfin... Quand on entend frapper, « Ah non, j'en peux plus ! ». (Rires) « Je n'ai pas envie d'aller ouvrir ! ». » (IDE.12)

« Le plus difficile à gérer je trouve que c'est ça. C'est le stress des gens qui attendent. » (IDE.13)

«Intervieweur : Ils viennent vous voir et ils se plaignent...

Répondant : Voilà, c'est ça. Même si on essaie d'expliquer, il y en a qui n'entendent pas ! » (IDE.06)

« Ceux qui étaient très calmes au début ils viennent comme les autres quoi. Ils viennent vous voir en vous disant : « Ouais, c'est pas possible, jusqu'à quand on va attendre, ça fait tant de temps que je suis là ». » (IDE.08)

Intolérance à la frustration

Parmi les membres du personnel interrogé, nombreux ont été ceux qui ont décrit un comportement inadapté des usagers en réaction d'un refus à leur requête (le plus souvent pour l'accès à la consultation avec un médecin) (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.02, IDE.11, IDE.12, IHL.04, IHL.06). L'intolérance à la frustration exprimée par les patients, avec la notion de « client roi » est bien souvent source d'exigence émotionnelle pour l'équipe.

« Un autre exemple, c'est une dame qui est venue pour un pseudo trouble neurologique. Quand il y a un trouble neurologique, on fait un scanner de débrouillage pour voir s'il y a quelque chose d'urgent. S'il n'y a pas quelque chose d'urgent et bien il prend un rendez-vous dans un second temps avec un neurologue. Et donc, ça ne lui a pas plu. Elle a cassé sa perfusion, elle a fait exprès de sortir sans rien dire à personne, elle a fait exprès de tomber par terre soi-disant. » (IHL.04)

« (...) dès qu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent, ça y est, (...). Eh bien ça part, voilà. Je t'insulte, t'es qu'une conne ! » (ASD.02)

« Il y a aussi le contact avec les patients bien qu'ils sont de plus en plus demandeurs et exigeants. Moi qui suis là depuis longtemps, j'ai vu la différence. On arrive à un moment maintenant où ce ne sont plus des patients mais des clients de toute façon ! » (ASD.03)

« « Répondez-moi à ma question ! Donnez-moi ce que je veux ! » » (ASD.04)

« Ou alors c'est aussi les agressions au téléphone parce qu'on ne répond pas assez vite, parce qu'on n'est pas un vrai service d'urgences, qu'on n'accueille pas les patients dans les dix minutes... (soupir). » (IDE.11)

« Il s'était énervé parce que, c'était urgent ce qu'il avait, qu'il fallait qu'on le voie tout de suite, et que ça pouvait pas attendre » (IDE.12)

Ordre de passage

Les répondants ont souligné le nombre très élevé de remarques et comportements d'incompréhension de l'ordre de passage des patients, qui se fait par ordre de gravité et non par ordre d'arrivée, mais n'en sont pas tous informés (ASD.01, IDE.01, IDE.04, IDE.07, IDE.08, IDE.12, IHL.02, IHL.03, ILH06).

« Et ben, ils viennent et ils nous agressent « Comment ça se fait, Madame, il est passé avant moi. Je l'ai vu, vous l'avez fait rentrer. Nous ça fait 2 heures qu'on attend, nous aussi c'est une urgence, on peut perdre nos yeux ». » (ASD.01)

« Un soir un monsieur se présente, il a pris sa crise parce qu'au moment où on a pris quelqu'un d'autre, lui s'est levé et a dit « non, c'est à moi de passer, cela fait 5 ou 6 heures que je suis là, cela ne peut plus durer, c'est moi qui vais passer ! ». » (IDE.01)

« « Vous n'appellez pas les gens dans l'ordre. ». Ça aussi, c'est une grande plainte de la part des gens : « Je suis arrivé avant ». » (IDE.07)

Il a également été mentionné qu'il pouvait y avoir un retentissement sur les relations des patients entre eux.

« Parce que bon, ça ça arrive aussi que les gens s'en prennent à ceux qu'on fait passer en priorité. Ça arrive (...). « Oui, vous êtes passé avant moi ! » Ça ça arrive oui. » (IDE.08)

Enfin, deux répondants (IDE.03, IDE.08) ont rapporté des reproches associés à l'invocation d'un caractère racial comme critère d'ordre de passage reproché par certains patients.

« Quand vous avez des gens qui vous disent « Oh ben si c'était des Français, vous les auriez fait passer avant » Enfin des bons Français quoi, voilà. C'est vrai que ça, ça énerve un peu, parce que ça c'est quand même aussi relativement récurrent donc. « Enfin récurrent, c'est pas toutes les fois non plus. Mais c'est quand même assez fréquent. (...). Ils ont l'impression qu'on les fait attendre parce que... Voilà.

Interviewer : A cause de leur couleur ?

Répondant : Voilà. » (IDE.08)

Fonctionnement du service

Les répondants sont donc sans cesse dans l'obligation d'expliquer l'ordre de passage des patients mais également dans la nécessité de répéter à outrance d'autres règles de fonctionnement du service que les patients ne connaissent pas. Les répondants ont mentionné en priorité la composition du personnel constituant les urgences (avec le « va-et-vient de blouses blanches » gravitant autour des urgences) et le fait qu'il n'y ait plus

personne de visible dans le service lorsque le personnel doit effectuer un soin en salle de pansement, cette dernière étant excentrée (ASD.01, ASD.03, IDE.04, IDE.07, IDE.08, IHL.02, IHL.03, IHL.06).

« Les gens ne comprennent pas que l'on rentre et que l'on sorte, que l'on fasse plusieurs choses en même temps » (IDE.07)

« C'est épuisant plus au point de vue nerveux, ça s'est sûr (...). Oui, parce que l'on répète tout le temps les mêmes choses aux gens à longueur de journée qu'ils ne comprennent pas toujours...Enfin, les gens ne comprennent pas que l'on ne veut pas les recevoir parce que l'on n'a pas de place, qu'on ne s'occupe pas des lunettes » (IDE.07)

« De toute façon, l'agressivité, on l'a dans n'importe quel horaire. Il suffit qu'on passe dans le couloir, devant les urgences, pour qu'ils s'en prennent à nous. Ils nous voient en blouse blanche, donc ils s'en prennent à la personne du service, sans réfléchir. » (ASD.03)

« Il y a des gens qui, en arrivant, quand on leur dit d'aller en salle d'attente, ils ne comprennent pas, quoi. Ils pensent qu'ils vont voir un médecin dans la seconde. Enfin, dans la seconde, dans la minute disons. » (IDE.08)

« Et puis même, comme le couloir des urgences est un couloir sur lequel il y a d'autres appareils, donc d'autres examens complémentaires, même quand on n'est pas aux urgences, on est alpagué toute la journée. » (IHL02)

Indiscipline

Le fait que les patients assiègent le couloir au lieu de s'installer dans les salles d'attente, et stagnent devant les portes du bureau infirmier ou du box médical a été relevé par quelques répondants comme une source d'oppression, et parfois vécu comme une indiscipline (IDE.04, IDE.11, IHL.02, IHL.04, IHL.05).

« Et qu'est-ce qu'il y a comme petit incident alors ?

Répondant : Les gens mécontents qui restent debout devant la porte. » (IDE.04)

« Répondant : Le plus quotidien ce sont les gens qui sont dehors (...). C'est ça, qui sont juste devant nous. Ça, ça n'énerve que nous. Je trouve ça un peu oppressant. Les gens qui sont juste devant nous avec un téléphone ou qui soufflent, voilà, qui soufflent à chaque fois quand on sort. » (IHL.04)

« Après, on a des gens qui attendent et qui sont devant la porte, qui à chaque fois qu'on sort nous regardent de travers. Si on est avec qui que ce soit, ils s'énervent. Moi, ça ne me dérange pas de recadrer les gens, mais voilà, s'ils attendaient dans la salle d'attente, ce serait mieux. » (IHL.04)

« Donc c'est quand même assez violent, on a souvent des violences importantes verbales, parfois on sent aussi un petit peu même physiques, dans le sens où d'avoir 40 inscrits, ben il y en a aucun qui va s'asseoir en salle d'attente. Souvent ils sont tous devant la porte. Rien que le fait d'ouvrir la porte, je trouve que c'est une espèce de tension d'en avoir 10 devant « c'est quand que je passe ?... », « c'est quand que je passe ?... » » (IHL.05)

Réactions en chaîne : la salle d'attente

Presque toutes les infirmières ont remarqué devoir souvent faire face à un collectif énervé, et non plus une seule personne (IDE.02, IDE.03, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.11, IDE.12, IDE.13). Elles l'ont expliqué comme un effet « boule de neige » vécu avec un sentiment de déséquilibre et d'antagonisme (« la salle d'attente contre l'infirmière »).

« Parce que, toutes les heures, aller en salles d'attente pour leur dire, moi, ça je ne peux pas. Il y a des gens qui sont trop agressifs et on se cache. Je n'ai pas peur de le dire, il a des fois je me dis "aller, il faut que j'y aille" et puis "ah non, vraiment je ne peux pas".

Intervieweur : Vous appréhendez d'aller en salle d'attente, pour quoi faire ?

Répondant : Et bien pour leur dire combien il reste de temps d'attente...

Intervieweur : Vous appréhendez leur réaction...

Répondant : Ah ça oui, vraiment, parce qu'on est toute seule, toute petite en face d'une salle d'attente bourrée et là on se rend compte de l'inégalité des deux parties! » (IDE.06)

« À partir du moment où il y a quelqu'un qui commence à s'énerver, après ça fait vite boule de neige. Ben parce qu'il y a celui qui n'est pas encore énervé, mais il suffit de pas de grand-chose et puis l'autre : « Oui, vous avez raison, ah ben moi aussi », et l'autre dit : « ah ben non, moi je suis pas d'accord ». » (IDE.03)

« Il suffit d'un ou deux patients dans la salle d'attente qui font monter la mayonnaise, et du coup, tout d'un coup, vous vous retrouvez avec 10 personnes qui viennent vous voir toutes les 30 secondes « (IDE.11)

« Mais, des fois, ça part, et tout le monde s'énerve. » (IDE.12)

« Vous avez le regard de tout le monde-là et vous dites, euh... Et bien là on se dit « faut activer » » (IDE.02)

3.2.2 Demandes répétées

Les patients formulent beaucoup d'interrogations auprès du personnel, et le font de façon très répétitive. Soit ces demandes répétées émanent d'une même personne qui se présente plusieurs fois en quête d'une réponse, soit elles proviennent de l'accumulation des patients,

qui posent tous les mêmes questions. Elles concernent presque toutes le temps d'attente et l'ordre de passage. La majorité des répondants les ont soulignées (ASD.01, IDE.02, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.11, IDE.12, IDE.13).

« ça, ce sont des gens qui ne sont pas méchants, mais c'est le plus stressant quoi. Ils vont venir dix fois dans le bureau pour dire « ça fait une heure que j'attends. Il y a encore combien de personnes ? Et puis le monsieur là je l'ai vu, il est arrivé après mais il est passé avant ». Enfin bon, c'est ce qui revient le plus. » (IDE.13)

« Mais bon, les gens qui réclament tout le temps, parce qu'on les a pas fait passer, qui ont trop attendu, ça, c'est régulier, c'est presque tous les jours. » (IHL.06)

« Ils sont pressés, ils viennent toutes les cinq minutes » (IDE.04)

« Et puis l'impatience, parce que ce n'est pas forcément de l'agressivité, mais les gens qui viennent tous les quarts d'heure vous dire, « Et je passe dans combien de temps ? », « C'est bientôt à moi ? », « Vous m'avez pas oublié ? » alors que le temps, on ne peut absolument pas le donner. » (IDE.08)

« Quand vous en avez cinquante en salle d'attente qui braillent et qui viennent vous voir toutes les cinq minutes pour vous demander à quelle heure ils vont passer et combien il y a de personnes devant... » (IDE.13)

Les demandes répétées entraînent une certaine « pression » ou « tension », un « épuisement » auprès des répondants les estimant très « chronophages » et nécessitant de « se justifier ».

« Intervieweur : Qu'est-ce qui peut vous amener à être désagréable ?

Répondant : C'est la répétition ! Parce que ce sont des situations de tension qui durent (...). C'est ça qui est infernal ! Il faut toujours se justifier. Je comprends, mais à l'excès, c'est ça qui m'épuise. » (IDE.06)

« Donc après c'est rabâcher 50 fois la même chose : « Oui mais voilà, oui, il y a untel qui est passé avant moi, je ne comprends pas, je suis déjà là depuis 2 h, y en a qui sont arrivés après moi et qui sont passés avant ! ». Donc c'est sans arrêt un petit peu expliquer, arrondir un peu les angles, et essayer de leur faire comprendre qu'à l'intérieur des urgences, il y a des priorités quoi. » (IDE.08)

« Donc après voilà le fait d'être demandé toutes les 5 minutes « je passe quand »... C'est une certaine pression, ils s'en rendent pas compte mais c'est une pression très désagréable de savoir qu'en ouvrant la porte en avoir dix devant c'est vraiment insupportable. » (IHL.05)

Les demandes répétées ainsi que les attentes et exigences du public sont étroitement liées, les unes entraînant les autres et vice et versa.

3.2.3 Incidents compréhensibles et empathie

Malgré toutes les exigences émotionnelles engendrées par les attitudes, paroles et comportements incivils ou agressifs des patients, la presque totalité des répondants a exprimé comprendre ces comportements attribués à une attente considérée trop longue, tant par les usagers que par les répondants (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.03, IDE.04, IDE.05, IDE.06, IDE.07, IDE.09, IDE.11, IDE.13, IHL.02, IHL.03, IHL.04, IHL.06). La « panique » de récupérer les enfants en retard à l'école, ou bien celle engendrée par la pathologie du patient ont aussi été cités par les répondants comme des éléments permettant de comprendre l'attitude du public. Les répondants ont alors mentionné le fait de se « mettre à la place des patients », manifestant ainsi une attitude d'empathie.

« Moi, en mon fond intérieur, je comprends qu'ils rouspètent quand il y a 7 heures d'attente, mais vous pensez bien que je ne vais pas aller leur dire.

Interviewer : Vous les excusez parfois de certains comportements ?

Répondant : Voilà, je me dis que certains comportements, à certains moments, je me dis que oui, c'est vrai qu'au bout d'un moment on pète les plombs quand vraiment on attend trop longtemps où l'anxiété peut faire péter aussi les plombs. » (IDE.01)

« Quand on a des délais d'attente terribles, en même temps je les comprends, ils arrivent à 8 heures du matin, ils sont vus à 16 heures, il y a de quoi péter un câble.

Interviewer : Vous les comprenez, quoi ?

Répondant : Ah mais moi je les comprends, » (IDE.03)

« Intervieweur : Quand on vous traite de "pauvre conne", pour reprendre le terme...

Répondant : Non. C'est tellement mal foutu ces urgences qu'on engendre ça. On l'excuse un peu. Sur le coup, ça fait très mal, mais après on se dit que c'est normal que ça se passe comme ça. » (IDE.06)

« La dernière fois il a levé la main, il a juste voulu me mettre une claque mais il était bourré, alors ça ne compte pas trop. » (IHL.04)

« Intervieweur : Est-ce que ça vous arrive d'excuser le fait qu'ils soient agressifs ?

Répondant : Ah bien oui. Moi, je me mets à la place des autres, parce c'est normal que, quand on attend 5, 6 heures pour passer et qu'après on n'est pas gentil avec vous, ce n'est pas normal. Moi, j'essaie de rester le plus calme possible avec les gens. Je comprends que ça les énerve d'attendre très longtemps, mais nous, aussi, on fait ce qu'on peut. » (IHL.06)

« Oh ben, je comprends bien..., oui, je comprends bien qu'ils soient énervés quand il y a de l'attente, hein, c'est sûr ! Ca, tout à fait, hein ! Vous me diriez « il y a 8 h d'attente », hein, je ne serai pas ravie non plus, hein ! » (ADS.05)

« Bien moi, j'ai appris à prendre, pas à tout prendre, mais à comprendre les gens, pourquoi et la raison. » (ASD.01)

« Mais même avec un patient, je crois qu'il y a des jours où on est plus compréhensif que d'autres, des jours où on a de l'empathie, on est patient » (IDE.03)

« Je pense que la seule manière de relever la situation c'est d'essayer de se mettre à leur place » (IHL02)

« Alors, il y a des psychotiques, mais les psychotiques, c'est un peu différent, parce que, forcément, ils vont dire des choses, enfin ils sont plus agressifs, parce qu'ils sont malades mentalement aussi, donc non ça ne me touche pas. » (IHL.03)

Deux répondants (IDE.01, IDE.02) ont rapporté avoir vécu eux-mêmes le fait d'être patient et de subir une attente très longue. Ils ont expliqué en comprenant d'autant mieux les usagers de leur service.

« J'étais arrivée et on m'avait dit que l'on me prenait à 7h30 du matin ; j'étais arrivée bien à l'heure et tout, et là quand j'arrive, l'infirmière me dit : « Eh bien non, vous n'êtes pas prévue à 7h30 mais vous êtes prévue à midi ! ». Enfin bon, j'ai piqué ma crise. Carrément, c'est l'infirmière qui a pris. Après je me suis excusée mais je me suis dit, quand même, t'exagères mais vous voyez, je me suis rendue compte. » (IDE.01)

« Mais moi-même j'ai déjà eu des consultations et c'est vrai que quand on arrive et qu'on vous dit rien, qu'on ne vous dit pas si vous en avez pour cinq minutes ou une heure... C'est vrai que ce serait... Au moins donner un temps de base quoi, ce serait pas mal. » (IDE.02)

Cependant, deux répondants (IHL.04, IHL.07) ont dit ne pas comprendre ou excuser les réactions inappropriées des patients.

« Interviewer : Est-ce que vous excusez, en quelque sorte, certains patients qui s'énervent un peu ?

Répondant : Rarement. Non, jamais même. » (IHL.04)

« Je me dis : ne pas aller pisser, ne pas aller manger, et essayer de faire correctement mon travail pour moi c'est voilà, c'est le minimum. Après, si je peux sourire aux gens, c'est beaucoup d'énergie mais je le fais, mais si en plus on se plaint là-dessus, je ne trouve pas ça pardonnable. Parce qu'il y a pas besoin d'avoir 140 de QI pour comprendre, lorsque vous vous asseyez, quand vous êtes patient, vous vous asseyez, vous faites le circuit machin, il y a déjà 3 ou 4 personnes qui vous ont dit il va y avoir de l'attente, beaucoup d'attente, voilà le médecin est seul, donc il ne peut pas tout gérer. Donc il y a 3 ou 4 personnes qui lui disent, le mec s'assoie et il voit très bien l'interne rentrer sortir, rentrer sortir, voilà. Donc, rentrer en étant agressif, pour moi, c'est déjà dépasser les bornes quoi. » (IHL.07)

Les AVI, partie émergée, et les exigences, attentes et demandes répétées du public, partie immergée, constituent un iceberg que le personnel doit contourner, grâce à leurs émotions et leur expérience. Cependant, on a pu remarquer que les répondants comprenaient une grande partie de ces incidents, diminuant par conséquent leur gravité, et facilitant la manœuvre de contournement.

3.3 Sentiments éprouvés par le personnel

Les sentiments éprouvés par le personnel face aux actes de violence et d'incivilités sont, d'un point de vue professionnel, à masquer au patient. Confrontés à ces exigences émotionnelles, les membres du personnel interrogés ont exprimé se sentir bien souvent impuissants et devoir faire face à des conflits de valeur ou à la peur. En outre, ils ont mentionné toute une palette d'autres émotions négatives.

3.3.1 Sentiment d'impuissance

Les répondants ont exprimé un sentiment d'impuissance quotidien (ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.01, IDE.03, IDE.06, IDE.07, IDE.09, IDE.11, IHL.02, IHL.07). Impuissance à satisfaire les demandes dans des délais acceptables, essentiellement de diminuer le temps d'attente et de donner un rendez-vous, mais aussi parfois, impuissance à proposer une solution de rechange (pour le renouvellement de lunettes par exemple, que le pavillon ne gère pas). Ne pas pouvoir accéder à une requête, ne pas en avoir les moyens est vécu comme une frustration. Dans ces situations, le personnel se sent acculé, et parfois même doit se justifier (à lui-même ou auprès des patients) pour expliquer que ce n'est pas sa faute.

Impuissance à satisfaire les demandes

« Je n'y pouvais rien, je ne pouvais pas lui donner ce qu'elle voulait. » (ASD.03)

« C'est frustrant, parce que quelque part, on..., c'est vrai qu'on ne peut pas leur donner ce qu'ils demandent. » (ASD.02)

« On essaye de faire tout ce qu'on peut mais malheureusement, si je pouvais examiner les patients et leur trouver réponse à leurs soucis... » (IDE.03)

Ne pas avoir les moyens de satisfaire des demandes

« Et souvent, on n'a pas aussi les moyens de répondre à leurs demandes. » (ASD.04)

« Eh oui, nous on fait avec les moyens du bord. » (ASD.03)

Impossibilité à proposer une solution

« Alors oui mais je fais comment ? ». On essaye de les aiguiller, mais il n'y a pas de solution. » (IDE.03)

Se justifier

« À un moment donné il faut aussi savoir dire que, nous, on n'y est absolument pour rien. » (IHL.02)

« On prend toujours la peine d'expliquer qu'il y a une attente, mais que ce n'est pas de notre fait, enfin pas réellement. C'est par la force des choses, on ne peut pas faire plus vite que la musique » (IDE.11)

« Ce n'est pas de notre faute. » (ASD.02)

3.3.2 Conflit de valeur

Les conflits de valeurs exprimés par les répondants peuvent se répartir en deux catégories évoquées par le rapport Gollac : la qualité empêchée et le conflit éthique (ASD.01, ASD.02, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.03, IDE.04, IDE.05, IDE.06, IDE.07, IDE.09, IHL.02, IHL.05).

Qualité empêchée

Les répondants ont régulièrement l'impression de ne pas faire du bon travail. Le manque de temps est le premier facteur cité, suivi de l'organisation du travail.

« Le plus dur, c'est peut-être que pendant que je suis phagocytée de chaque côté, les gens attendent dans le couloir d'être inscrits et ils ne comprennent pas qu'ils ne sont pas accueillis comme il faut. Je les comprends. Franchement, on court dans tous les sens, vous avez dû le voir une ou deux fois où vous êtes venue ; les gens attendent, on leur dit « oui, on arrive » quand on a le temps de leur dire ou quand on est bien luné, parce qu'il y a des jours où on en a marre et ils se disent « mais qu'est-ce que c'est que cet accueil ? ». Je trouve que l'on représente très mal l'hôpital ! » (IDE.01)

« Je me dis que je n'ai pas fait mon travail correctement. » (IDE.02)

Conflit éthique

Les répondants rapportent devoir parfois agir en opposition avec leurs propres convictions. Ils évoquent le temps d'attente infligé aux usagers et donc la manière dont ils peuvent parfois les prendre en charge (manque de respect, de considération, de temps) ou le manque de confidentialité.

« Intervieweur : Vous culpabilisez quand vous dites vous sentir mal de les laisser attendre comme ça ?

Répondant : Disons que j'ai l'impression d'avoir des bestiaux ! Quand je parle d'abattage et de bestiaux, c'est ça.

Intervieweur : Vous avez l'impression de mal faire votre travail ?

Répondant : Je n'ai pas l'impression d'être dans un service hospitalier avec des patients qui sont des personnes... Ça me contrarie énormément ça. On a l'impression qu'il y a un manque de considération.

Intervieweur : Du patient ?...

Répondant : Tout à fait. » (IDE.06)

« Alors là on se dépêche « Monsieur bougez-vous, on laisse la place » c'est un peu honteux, mais on n'a pas le choix. Des fois, j'ai un peu l'impression d'être dans une usine plutôt que dans un service. » (IHL.02)

« Souvent le patient il attend 5h pour avoir un avis. C'est déjà arrivé. Le patient je sais que je vais l'hospitaliser, mais je n'ai pas le droit de le monter dans le service. Il n'a pas le droit de prendre son repas, ni d'aller s'allonger dans son lit parce que je n'ai pas eu l'avis du chef. Donc j'ai un peu du mal à expliquer au patient parfois. Ça, ça peut être source de... Souvent il y en a qui me disent : « bon ben je pars si c'est comme ça », nous : « non s'il vous plait, restez c'est grave », donc ça prend du temps aussi d'expliquer ça au patient. » (IHL.05)

Les propos de la cadre corroborent ces sentiments évoqués par le personnel :

« Le personnel fait aussi avec le fonctionnement que lui octroie l'hôpital ».

3.3.3 Peur et insécurité

Parmi les répondants, les sentiments de peur et d'insécurité étaient inégaux et partagés. La peur n'a pas été mentionnée comme un sentiment répétitif tels le sentiment d'impuissance et les conflits de valeur. Cependant, c'est une exigence émotionnelle bien présente pour certains répondants, mais de manière plutôt épisodique (ASD.03, ASD.05, IDE.03, IDE.06, IDE.08, IDE.09, IDE.12, IDE.13, IHL.01, IHL.04, IHL.07). Elle va de la simple inquiétude qu'une situation se produise à la peur réelle du danger physique, potentiel ou imminent.

« (...) des fois on n'est pas tranquille, oui. Non, puis l'après-midi, à 4h20, les filles s'en vont, on est toutes seules jusqu'à ce qu'on s'en aille à 6h moins 10, à l'accueil, (...). Il y a une infirmière qui va souvent à l'angio, une aide-soignante qui reste à l'accueil, et une autre aux urgences. Mais bon, on est à des endroits... On est loin, quand même, hein ! » (ASD.05)

« De pas être tranquille oui, de pas être tranquille parce que je me suis dit : Oula ! Si jamais il veut déraiper, il peut déraiper et je serais vraiment toute seule devant quoi. Alors même si effectivement on a un téléphone dans la poche et qu'on peut appeler les gardes, les gardes s'ils mettent un quart d'heure à arriver, ou même dix minutes à arriver, il peut se passer beaucoup de choses. » (IDE.03)

« Intervieweur : Vous me disiez que vous ne vous êtes jamais sentie physiquement menacée ?

Répondant : Une fois ! J'ai joué les gros bras mais je n'en menais pas large. C'est quelqu'un qui avançait vers moi et qui était très, très agressif. Je lui ai dit "et alors, qu'est-ce qui se passe là ?". Mais n'empêche qu'à l'intérieur de moi j'ai eu peur.

Intervieweur : Vous avez eu peur...

Répondant : Oui. Je me suis dit "punaise, si jamais il m'en envoie une". » (IDE.06)

« Ceci dit, vu ce que vous m'avez demandé tout à l'heure, la fois particulière, là, où, où je me suis retrouvée avec 3 ivrognes de bon matin... Il y en a quand même un qui m'a branchée, en me disant, ouais qu'ils aimaient mieux les femmes... qui n'étaient pas toutes jeunes par rapport aux filles de 20 ans... voilà. C'est pour ça que vous, là j'avoue, je n'étais pas très rassurée quand même. » (IDE.08)

« Enfin, on se fait pas taper dessus, quoi. Même si, des fois, on a l'impression..., enfin des fois, on a un peu peur que ça arrive, mais c'est jamais arrivé » (IDE.12)

« Bon, il y a des situations, on va dire, qui peuvent être un peu inquiétantes. Mais la seule fois vraiment où j'étais moyennement tranquille, j'en ai eu quatre qui ont débarqué un matin à 7 h à l'ouverture des urgences. Donc là, en général, l'interne est en train de dormir. Ils étaient tous pareils, avec deux grammes. Et il y en avait un qui avait l'œil salement amoché et manifestement ils étaient bien partis, quoi. Bon, ils sont restés calmes, mais là vous vous dites que, toute seule, si ça dégénère, ils sont quatre en face avec deux grammes, tu fais quoi ? Mais bon, pour le coup, ça n'a pas dégénéré mais on peut se poser la question. » (IDE.13)

« Je reviens sur cette personne qui a "levé la main". Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous avez ressenti ?

Répondant : Non. Je sais que j'ai eu très peur et après c'est passé.

Intervieweur : Vous vous êtes sentie physiquement menacée ?

Répondant : Oui. Quand quelqu'un lève la main parce qu'il est mécontent et que vous êtes assise derrière un bureau, on se sent menacé là ! » (ASD.03)

«Si, la petite anecdote qui m'était arrivée, c'est un jour, j'étais jeune interne là, et c'était un samedi matin, je vois un homme qui avait un petit ulcère de cornée ; je demande à l'infirmière (donc elle l'emmène en salle de pansement ici) de lui faire un pansement. Entre-temps le téléphone sonne, c'était la BAC de Bourgoin qui m'appelait en me disant « est-ce que vous avez M. Machin chez vous ? Oui oui, il faut que vous le reteniez... Donc c'est à dire comment ? Ben vous inventez n'importe quoi ! Je lui dis : « ben, en fait, on va attendre un peu, il faut que je fasse le fond d'œil, on va vous mettre des gouttes ; donc on le fait poireauter dans la salle de pansement, les mecs de la BAC sont arrivés, ont fait évacuer la salle d'attente, ils ont tout fermé, donc moi j'étais encore en train de voir des gens dans mon truc, ils sont arrivés cagoulés avec des armes, et là on a entendu des énormes bruits et donc ils ont shooté le mec ? Quoi. Voilà, ça c'est les urgences et, en fait, le mec avait assassiné un autre mec. Donc on se sent vachement en sécurité ! Samedi matin, j'avais que l'infirmière et que moi. » (IHL.07)

De façon contrastée, plusieurs répondants ont précisé qu'ils n'avaient jamais eu ce sentiment de peur et ne s'étaient jamais sentis en danger (ASD.01, ASD.04, IDE.04, IDE.05, IDE.07, IHL.02, IHL.06).

3.3.4 Autres pensées et émotions négatives

Plusieurs autres émotions négatives ont été mentionnées par les répondants, au-delà des sentiments de peur et d'insécurité (ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.03, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.13, IHL.05). Ces dernières, exprimées par les répondants, sont susceptibles de participer au retentissement psychologique des actes d'incivilités et de violence vécus quotidiennement. Ce sont les suivantes: blessure / douleur / atteinte à la dignité, lassitude, agacement / énervement, réprobation, indignation / révolte / colère, inquiétude voire peur.

Blessure / douleur / atteinte à la dignité

« C'est tellement méchant, cette vulgarité. Je n'ai jamais supporté les gens vulgaires et c'est vrai qu'il y a un impact quand on vous insulte. On n'aime pas. » (ASD.03)

«Intervieweur : Qu'est-ce qui vous a affectée le plus dans cet épisode ?

Répondant : Ça fait déjà quelques années de ça mais ça m'a marquée (Elle sanglote toujours).

Intervieweur : Vous êtes encore émue en en parlant ?

Répondant : Oui. (Silence)

Intervieweur : Vous aviez trouvé ça injuste ?

Répondant : Oui. (Long silence). » (ASD.03)

« Quand on est insulté, on n’apprécie pas. Je pense que ça touche notre dignité. On n’a pas l’habitude d’insulter les gens, nous-mêmes, comme on l’est. C’est anormal et c’est quelque chose que je n’aime pas. » (ASD.03)

« Interviewer : Est-ce que vous vous êtes déjà sentie blessée dans votre dignité ?

Répondant : Oui. Oui. Euh, assez souvent.

Interviewer : Assez souvent ?

Répondant : Assez souvent. Moi, quand c’est un manque de respect, je..., je ne l’admets pas. » (ASD.04)

« Non mais attendez, cela m’avait complètement démolie cette histoire, j’ai mis au moins un an à m’en remettre. » (IDE.01)

Lassitude

« Et vous, qu’est-ce que vous avez ressenti alors, quand il s’est mis à crier, que vous l’avez déjà entendu crier dans le couloir, là ?

Répondant : Oh un peu blasée » (IDE.03)

« Non, c’est plus je dirai que c’est plus une lassitude, d’être résignée, d’arriver, « encore un qui est pas content ... » ça va plutôt être ça que un stress. Non c’est plus, non il n’y a pas vraiment de stress. » (IHL.05)

« Ben des propos, comme dans la vie de tous les jours, il y a toujours des propos, donc. Un de plus, ou un de moins. » (IDE.04)

Agacement / énervement

« Ils sont venus en touristes. Ils se sont dit “tiens, il y a de la lumière, on va rentrer comme ça on n’aura pas besoin d’aller voir notre ophtalmo”. En gros, c’est ça ! C’est ça qui m’énervé, qu’on utilise les urgences à mauvais escient, je ne le supporte pas. » (IDE.06)

« On en entend un peu de toutes sortes, mais c’est vrai que, ... Blessée, non. Enervée, oui. Quand vous avez des gens qui vous disent « Oh ben si c’était des Français, vous les auriez fait passer avant » Enfin des bons Français quoi, voilà. C’est vrai que ça, ça énerve un peu, parce que ça c’est quand même aussi relativement récurrent donc. (...)

Donc c’est vrai que c’est plus une question d’énervement, et entre, je ne sais pas si ça ira jusqu’à la colère, mais c’est vrai que c’est agaçant. » (IDE.08)

Réprobation

« Il y a une chose que je ne tolère pas, c’est quand on est assis par terre. C’est pareil, là, on n’a pas toutes la même façon de travailler. Je pense que ce n’est pas bien non plus, mais je suis peut-être un petit peu trop stricte, je ne sais pas. Je ne supporte pas

quand il y a du monde dans les couloirs... Et quand on s'assoit par terre, des enfants en plus ! » (IDE.06)

Indignation / révolte / colère

« Des fois, 3 - 4 fois, ben ce jour-là, j'avoue que... (soupir)... j'ai du mal à garder mon calme. On se calme quand même, mais, après, on prend tout sur soi, et après, on en a pour trois-quarts d'heure à être pas bien. Très en colère contre, contre... en colère contre qui ? Ces gens-là... Contre le système. Je sais pas, mais en colère tout de même » (ASD.04)

«Je ne sais plus de quoi elle a traité ma cadre, et en quelques temps, elle a dit « ben toutes les deux, je vous ai mis dans mon cul ! Dans mon cul ! ».

Interviewer : D'accord. Elle a dit ça.

Répondant : Toutes les deux, hein. Alors j'ai dit non, c'est inacceptable ! J'ai dit non, je ne peux pas, non ce n'est pas possible. J'ai... Là je suis en pétard, en colère. » (ASD.04)

L'activité professionnelle actuelle demande au personnel des exigences émotionnelles importantes en nombre et en intensité. Les personnes interrogées ont évoqué principalement un sentiment d'impuissance, des conflits de valeur et la peur, mais ont également témoigné d'un autre panel d'émotions allant de la blessure à la colère, en passant entre autres par l'énervement.

3.4 Comportements adoptés par le personnel

3.4.1 Comportements professionnels

Les répondants ont exprimé les pensées et les émotions qu'ils pouvaient ressentir face aux incidents rencontrés. Ils ont également évoqué leurs diverses stratégies de comportements en réaction à un incident dans le but de calmer la situation et « faire redescendre la tension ».

3.4.1.1 Contrôle de soi et/ou de la situation

Les répondants ont rapporté que face à certaines situations, il était primordial de se contrôler, de ne pas rentrer dans l'énervement des patients afin de ne pas aggraver la

situation (ASD.01, IDE.03, IDE.04, IDE.05, IDE.08, IHL.04). Ce contrôle de soi est également une exigence émotionnelle puisqu'il demande de façonner ses propres émotions.

« Nous, on essaye de prendre sur nous parce qu'on ne va pas leur sauter dessus. » (ASD.01)

« A ne pas réagir instinctivement, j'ai envie de dire, où le patient vous agresse et vous répondez par agression, ce n'est pas une solution.

Intervieweur : Ça vous est déjà arrivé ?

Répondant : Non, je me contrôle. » (IDE.03)

«J'essaie de rester calme. Ce n'est pas toujours facile. » (IDE.06)

«On met les poings dans les poches, et puis on se tait. » (IDE.08)

«Et plus on s'excite, plus on est énervé pour le reste de la journée. Donc si on commence à rentrer dans le jeu, on n'a pas fini. Donc, on est assez intelligent pour prendre sur nous. Et on est insulté, on est insulté, ce n'est pas grave. » (IHL.04)

La cadre des urgences a également reconnu ces exigences.

« Elles prennent beaucoup de choses sur leur personne ». (Cadre)

Certains ont évoqué la nécessité de « contrôler » la situation, réussir à tempérer, laisser parler ou bien s'interposer (ASD.01, ASD.02, IDE.03, IDE.05, IDE.09, IHL.07).

« Parce que j'arrive à les gérer en fait. J'arrive à les maîtriser. Après, ça peut arriver qu'un jour je vais arriver sur quelqu'un que j'arriverai pas, c'est sûr. » (ASD.01)

« C'est les patients, si on arrive à tempérer, finalement ils se calment » (IHL.07)

3.4.1.2 Explications

Une partie des répondants a dit réagir à des incidents en « rabâchant » des explications, souvent après avoir « laissé passer le flux de paroles » des patients, dans le but de les apaiser et de les aider à comprendre (ASD.01, ASD.05, IDE.02, IDE.03, IDE.05, IDE.06, IDE.08, IDE.09). Les explications concernent l'ordre de passage, le temps d'attente et la composition du service entre autres.

« Oui je les laisse parler. Et puis après je leur explique qu'on est à l'hôpital, je leur dis que le médecin est tout seul. Mais ils se rendent compte, ils le disent « Il est tout seul le médecin ? ». Non, ça se passe bien. » (IDE.05)

« Ben, on essaye de faire ce qu'on peut pour que ça marche bien, mais bon.
Interviewer : Vous essayez de discuter avec les gens non ?
Répondant : Oui, essayer de leur expliquer pourquoi il y a du monde » (ASD.01)

« J'essaie avec de la discussion en premier, bien sûr. Expliquer ou leur réexpliquer les choses mais souvent les gens ils ne sont pas... Ils sont fermés, ils sont dans leur truc donc... » (IDE.02)

3.4.1.3 Recadrage

Certains répondants ont dit tenter, souvent avec réussite, de recadrer la situation, le patient ou l'accompagnant véhément (ASD.03, IDE.01, IDE.03, IDE.06, IDE.08, IDE.09, IHL.07). Diverses techniques sont employées, dont les principales sont les suivantes : renvoi aux patients de leurs propos, hausse ou fermeté du ton, paroles plus directes.

« Donc moi, les accompagnants, je ne leur fais aucun cadeau, c'est les gardes tout de suite. Je ne cherche même pas à comprendre. Regardez, l'autre jour, le monsieur qui est arrivé avec sa femme, ce n'est pas lui qui était malade. Je pouvais comprendre, mais je l'ai remis à sa place. Je lui ai dit « ce n'est pas vous qui êtes malade, c'est votre dame, c'est elle qui parle ».

Interviewer : Vous recadrez de toute façon ?

Répondant : Je recadre. » (IDE.01)

« « Monsieur, attention, ne dépassez pas les bornes » » (IDE.03)

« La dame qui est rentrée, bon bien je l'ai un peu remise à sa place, quoi ! Gentiment, mais..., voilà. C'est... Si c'est marqué d'attendre qu'on rentre, on ne rentre pas » (IDE.09)

Un répondant (IDE.03) a rapporté le fait que certains patients nécessitaient d'être recadrés lorsqu'ils tentaient une approche de séduction.

« Il y a eu : « Elle est bien mignonne l'infirmière », mais bon, ce n'est pas ...

Interviewer : Et ça, vous le prenez comment ?

Répondant : Bien, tant que ça reste voilà... on fait un sourire, « Oui, c'est gentil, à plus tard ». Et puis hop, on les met en salle d'attente, mais ce n'est pas agressif. C'est plutôt le mec qui veut draguer un petit peu. Et puis il y a toujours l'image de l'infirmière qui est à poil sous sa blouse. Non, mais c'est vrai. Ça n'arrive pas tous les quatre matins.

Interviewer : Mais ça on vous le fait ressentir ?

Répondant : Oui, il y a des machos, j'ai envie de dire, qui se croient irrésistibles, souvent ce n'est pas les plus beaux d'ailleurs, mais bon. « Ah ben vous êtes bien mignonne, je vais revenir plus souvent ». Écoutez, si vous pouvez éviter d'attendre, ça serait bien de ne pas revenir trop souvent et puis voilà, on répond sur le même ton, en mettant bien la barrière et puis, généralement ça se passe bien. « (IDE.03)

3.4.1.4 Humour

Un répondant a dit qu'elle réagissait parfois avec humour à certaines remarques, de manière assez instinctive, mais aussi et surtout comme stratégie pour désamorcer une situation à risque (IDE.03).

« Un monsieur du voyage un jour qui me dit : « Ouais, nous les gens du voyage à l'hôpital, on nous traite comme des chiens ». Et là, c'est sorti tout seul : « Ah non monsieur, les chiens, ils n'entrent pas à l'hôpital ». Du coup le patient m'a regardée, ça l'a fait rigoler et du coup ça a désamorcé le truc, puis du coup j'ai passé cinq minutes à l'écouter puis voilà. J'aime bien un peu les prendre en autodérision, des fois ça marche bien, avec l'humour il y a quand même beaucoup de choses qui passent donc. » (IDE.03)

Au contraire, un répondant (IDE.06) a spécifié ne jamais l'utiliser.

«Vous réagissez comment, sur le coup ?

Répondant : C'est très variable. Je ne le prends jamais à la dérision. Je ne vais jamais en rire parce que ce n'est pas du tout... » (IDE.06)

3.4.1.5 Passivité

A la différence du contrôle de soi qui demande un effort, certains répondants ont expliqué avoir une réaction totalement passive, en ne réagissant pas, en laissant la situation se dérouler, ou en laissant simplement parler les patients (ASD.01, IDE.02, IDE.05, IDE.08, IDE.09, IHL.05, IHL.07). Ils ont ainsi fait référence à une certaine résignation et prudence de ne pas « envenimer » les choses.

« Intervieweur : Finalement vous êtes restée assez en retrait...

Répondant : Oui. » (IDE.02)

« Je n'ai même pas répondu, je l'ai laissé faire et puis il est parti. » (IDE.05)

3.4.2 Limites personnelles

Malgré leur professionnalisme et leur capacité à faire face à toutes sortes de situations, les répondants ont reconnu qu'ils avaient des limites, et que les dépasser était « humain » (ASD.01, IDE.01, IDE.02, IDE.03, IDE.06, IDE.07, IDE.09, IDE.11, IHL.02). Les manières de dépasser les limites, décrit comme ne plus réussir à se contenir, sont essentiellement de hausser le ton plus que souhaité, « démarrer au quart de tour », voire avoir un

comportement répréhensible. Les répondants ont notifié qu'ils pouvaient dépasser leurs limites personnelles soit envers un patient, soit envers des collègues. Le dépassement de ces limites a été reconnu par le personnel comme étant parfois responsable d'agressivité supplémentaire. Les facteurs favorisants en étaient la fatigue et certaines périodes de la journée (la fin de la journée a été soulignée comme moment particulièrement difficile).

Fatigue et fin de journée

« Ça dépend dans quel état de fatigue on est. Non, mais, si on commence la journée, et qu'on est en bonne forme, Eh bien on le vit mieux. Si c'est en fin de journée, des fois il y en a un peu..., un peu ras la tasse, quoi ! » (IDE.09)

«Bon, c'était le matin tôt, j'étais encore... Ça aurait été le soir à 20 heures, je ne sais pas... » (IDE.02)

Manière de dépasser les limites

« Je ne me suis pas maîtrisée, j'ai un peu monté la voix et il y avait les médecins et il y avait un patient. Et c'est vrai que je lui ai dit tout ce que je pensais. » (ASD.01)

« Parce que, bien, il y a des fois, bon, voilà, on est humain. Donc il y a des jours où on est moins disponible, moins patient, plus fatigué et qu'on est plus vite agacé que d'autres. Donc il y a des jours où voilà, on démarre au quart de tour. » (IDE.03)

Comportement répréhensible

« C'est un monsieur qui a été infernal. On avait je ne sais plus combien d'heures d'attente. Il est venu au moins dix fois frapper en demandant "c'est bientôt à moi ?". La dernière fois qu'il est venu, il restait une personne avant lui. Je ne lui ai pas dit et il est parti. Vous voyez les attitudes qu'on peut avoir, à force ? On arrive quand même à des situations qui ne sont pas normales parce qu'on est tellement excédé qu'on a une petite revanche à prendre... C'est grave ça ! » (IDE.06)

3.4.3 Mécanismes de défense

Pour éviter de dépasser les limites personnelles, mais aussi pour se préserver sur le plan personnel, il est ressorti des entretiens des répondants (ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.02, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IHL.01, IHL.02, IHL.03, IHL.04, IHL.07) qu'ils élaboraient des mécanismes de défense psychologique. Pour tenir dans la durée au niveau professionnel, et se protéger sur le plan personnel. Les mécanismes les plus cités sont l'oubli

et l'habitude. Cependant, la banalisation, la minimisation, la généralisation, la distanciation et la dérision ont également été évoquées.

Oubli

« il faut oublier sinon on s'en sort pas » ou « Je vous dis, deux jours après c'est oublié, je passe à autre chose. » (ASD.03)

« Et, (soupir), ben j'oublie vous voyez. » (ASD.04)

« Je crois que je ne veux pas m'en souvenir, en fait. » (IDE.07)

Habitude

« Ouais, mais nous, on est habitués, ça nous choque plus, on se dit, ce n'est pas que ça nous choque plus... » (IHL.03)

« c'est un petit peu la monnaie courante tous les jours, donc, du coup, bien on fait moins attention. Je pense. Alors que, quand on n'est pas habitué, c'est vrai que quand on arrive ici, au début, c'est pénible quoi, hein. Et là, là, c'est vrai qu'on fait moins attention quoi, quand les gens revendiquent, quand ils viennent nous demander, dans combien de temps ils passent, et pourquoi lui il est passé avant moi, enfin, on..., on est..., on n'y fait moins attention, ça nous prend moins au cœur » (IDE.09)

«Même si on ne s'y habitue pas franchement, on s'habitue quand même, quelque part. Ce n'est pas des façons de travailler normales, quand même ! » (ASD.05)

Banalisation

« je le banalise un petit peu quoi. » (IDE.08)

Minimisation

« Du coup, je lui ai dit qu'on n'allait pas le garder et il s'est énervé, il a voulu me taper. Ça, ce n'est pas très grave. » (IHL.04)

Généralisation

« des gens qui ont crié en disant que c'était inadmissible ou qui sont partis en claquant la porte, des choses comme ça, on le voit partout ça. » (IHL.01)

«Je pense que c'est plus la société qui est comme ça » (IHL.02)

Distanciation

« Non, il y a zéro jour où il n'y a pas de remarques, il y a zéro jour où il n'y a pas d'histoire. Mais bon, je veux dire, ça ne m'atteint plus. » (IHL.07)

Dérision

« Et au téléphone, une fois, j'étais tellement surprise qu'on me dise, que là, je me suis mise à rigoler : « Espèce de..., de..., de... ». Vous voyez de, ben c'est inattendu, je me mets à rigoler, en fait ; la personne était au bout de la ligne, j'ai rigolé, tellement je m'attendais pas à un coup pareil, en fait, c'est si dur à entendre. » (ASD.04)

Ces mécanismes de défense psychologique, permettent aux membres du personnel d'élever le seuil de ce qui devient inacceptable.

3.4.4 Démarches administratives

Face aux actes de violence et d'incivilité, les répondants éprouvent certaines émotions et adoptent certains comportements d'adaptation. Parallèlement aux mécanismes de défense psychologique mis en place, certains répondants entreprennent des démarches administratives qui peuvent prendre différentes formes : déclaration de violence, dépôt de plainte et déclaration en accident du travail. Ces démarches peuvent être comprises comme un mécanisme de défense supplémentaire, et aussi une manière de faire reconnaître publiquement une situation de violence en espérant la voir sanctionnée.

3.4.4.1 Déclaration de violence

Tous les membres du personnel de l'Hôpital Edouard-Herriot ont accès à un système informatique de déclaration d'évènement indésirable ou signalement de violence, appelé ENNOV ou encore à un système papier.

Déclarants

Globalement, la moitié des répondants a déclaré avoir fait au moins une déclaration (ASD.03, ASD.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IHL.04), et un répondant (IHL.07) a rapporté que c'était un de ses collègues qui l'avait faite pour lui, ne sachant pas la faire. Parmi ces répondants, les pratiques étaient assez hétérogènes en termes de fréquence

et de motivations. Cependant, il existe dans tous les cas la notion d'un seuil de gravité d'une situation conduisant à faire la déclaration.

« C'est vraiment celui qui a dépassé les bornes qu'on déclare. Les choses courantes, je dirais, on ne les déclare pas, c'est vrai. » (IDE.07)

« Quand ça ne me paraît pas suffisamment gros, ou suffisamment dangereux pour être signalé ; c'est vrai que, c'est un peu bête de se faire insulter, j'ai envie de dire. Mais c'est pas habituel, mais bon disons que c'est peut-être un tort, mais je le banalise un petit peu quoi. » (IDE.08)

Les motivations pour déclarer un évènement étaient les suivantes : simplement effectuer une démarche administrative sans rien en attendre mais seulement comme mécanisme de défense, être entendu ou « pris en compte », « alourdir les statistiques » et faire remonter aux instances en espérant qu'elles réagissent ou encore pour « se couvrir en cas de procès ». Pour certains, les encouragements de la cadre à déclarer étaient nécessaires.

Mécanisme de défense

«Interviewer : Et est-ce qu'il y a eu de retombées après ce signalement ? Est-ce qu'il y a eu des...

Répondant : Non. Non. Non. Non. Mais, (sourir), j'attends pas une retombée. Parce que je me suis dit, je suis pas la seule, ce n'est pas très très grave, de..., Il n'y a pas de gêne, on m'a pas tuée, on m'a pas donné un coup, ni un coup de poing ou un coup de pied. L'institution a certainement autre chose à gérer. Mais le fait que moi je me suis bien, je me suis refaite, je me suis dit : « J'ai fait ma démarche ».

Interviewer : Donc, vous étiez soulagée, juste de faire la démarche.

Répondant : Oui. Parce que je pense que, ce jour-là, si je n'avais pas pris la décision le lendemain de le faire, je m'en serais voulu à moi.

Interviewer : De quoi donc ?

Répondant : Que je m'en veux à moi.

Interviewer : Et pourquoi ?

Répondant : Pourquoi ? Parce que je me suis dit ça veut dire que tu as accepté ! Tu rouspètes, mais tu as accepté. » (ASD.05)

Etre simplement entendu

« Oui, qu'on prend en compte..., enfin qu'on prend en compte notre déclaration. Après, ça ne bouge pas, mais au moins ça remonte, et au moins ils l'ont vu, et ils l'ont entendu. » (IDE.12)

Espoir d'amélioration

« Interviewer : Et après, non ? Des suites, non ?

Répondant : Non. C'est, après, au niveau statistiques, c'est aussi un peu pour ça que je continue à les faire. » (IDE.07)

« Je n'attends pas qu'elle soit punie, cette personne, mais qu'elle reçoive quand même quelque chose de l'hôpital. Faites attention à ce que vous arrivez dans un lieu ; l'hôpital, c'est le lieu de recueillement, on demande le respect, un lieu où on attend quelque chose, un soin, une douleur, on comprend. Mais vous devez avoir un peu de réserve, vis-à-vis de l'hôpital, vis-à-vis au personnel devant vous. » (ASD.04)

Se couvrir

« Si on a un procès derrière, il faut le faire. » (IHL.04)

Encouragements nécessaires

« Bien on s'habitue, quoi du coup, et puis mais c'est souvent Madame ROCHE, qui me dit : « Vous avez fait un ENNOV ? » « Bien non ». Voilà, c'est vrai que, ce n'est pas automatique. » (IDE.09)

Non déclarants

L'autre moitié des répondants a dit n'avoir jamais effectué de déclaration (ASD.02, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.04, IDE.05, IDE.13, IHL.03, IHL.05, IHL.06). Un répondant a déclaré que lui-même ne souhaitait pas faire de signalement, mais que ses collègues le faisaient parfois à sa place (IDE.01). Les facteurs décourageant les signalements étaient les suivants : l'absence de retour et l'utilité jugée insuffisante ou nulle, le temps nécessaire pour l'effectuer, la procédure informatique (plus difficile pour certains répondants) et trop complexe, le fait d'avoir également un autre support (le cahier de relève) parfois jugé comme suffisant et, enfin, la méconnaissance de son existence (essentiellement pour les internes), de son fonctionnement (où et comment déclarer) et de sa finalité.

Utilité et retours

« Je ne fais pas d'ENNOV, cela ne sert à rien, la preuve, on n'est pas reconnu. » (IDE.01)

« Non, ça ne sert à rien.

Interviewer : Enfin bon, l'information ne vous revient pas ? Si ?

Répondant : Non. Non ! J'ai demandé à la surveillante, non ça va au service qualité, ou je ne sais pas quoi, et puis voilà. » (ASD.05)

Temps nécessaire

« Oui, par contre, ça prend du temps, oui. » (IDE.12)

Supports multiples

« Après, c'est vrai que je le marque sur le cahier, mais est-ce que ça a vraiment une réelle...

Intervieweur : Une réelle portée ?

Répondant : Oui, voilà. Je ne sais pas. » (IDE.02)

Méconnaissance

« Ben ça, je vous avoue, que perso je ne sais même pas où la trouver, je sais même pas comment je la remplirais, on n'est pas du tout formé à ça, j'en ai jamais vue. » (IHL.05)

Les pratiques de déclaration et les attentes sont très hétérogènes et on voit une sous-déclaration manifeste des événements, d'une part à cause de la compréhension de certains incidents, et d'autre part à cause des facteurs limitant cités ci-dessus.

3.4.4.2 Utilité de la déclaration de violence

Le sentiment d'utilité d'effectuer une déclaration de violence a été globalement perçu comme limité par l'équipe. Les avis étaient là encore hétérogènes entre ceux qui considéraient que cela ne sert à rien (correspondant aux non déclarants) et ceux qui en attendaient quelque chose. En fonction des retours faits aux répondants, on peut mettre en évidence deux utilités principales : être reconnu comme victime (et parfois l'agresseur comme coupable) et faire remonter les faits à l'administration. L'espoir que les choses changent était maigre.

Sentiment d'inutilité

Les répondants ont exprimé ce sentiment suite aux retombées des signalements déjà effectués, soit il n'y avait eu aucun retour, soit la réponse avait été jugée inadaptée.

« Et puis, c'est vrai que j'ai eu 2 - 3 fois des retours de choses, d'événements qui ont été exposés où la réponse qui m'a été apportée me tendait à me dire : mais à quoi ça sert ? » (IDE.07)

« Des retombées oui, en général on a des courriers pour dire qu'on a bien reçu votre machin, on fait suivre.

Interviewer : Et après, non ? Des suites, non ?

Répondant : Non. » (IDE.07)

Etre reconnu et faire remonter

« On reçoit un compte rendu comme quoi notre ENNOV a bien été prise en compte, machin, chose... Mais bon, après... Voilà. On ne voit pas ce qui se passe derrière. Il y a juste une fois où, effectivement, moi j'ai fait 3 ENNOV dans la journée, et j'ai quand même reçu un courrier du médecin du personnel pour me proposer un soutien psychologique, si effectivement je ne me sentais pas bien... Donc voilà. » (IDE.11)

« Et j'ai carrément reçu, ... Donc, ils envoient un courrier, comme quoi ils ont pris en compte le signalement, na na na...qu'ils nous remercient de le faire. Et là y avait les numéros du psychologue, du médecin du travail. Voilà, si on avait besoin, ...Voilà. Donc oui. On a quand même l'impression qu'on nous..., qu'on prend en compte...

Interviewer : L'organisation a conscience...

Répondant : Oui, qu'on prend en compte..., enfin qu'on prend en compte notre déclaration. Après, ça ne bouge pas, mais au moins ça remonte, et au moins ils l'ont vu, et ils l'ont entendu. » (IDE.12)

Aucun répondant n'a directement exprimé le fait que la déclaration pouvait être utile à faire évoluer des choses dans leur service.

3.4.4.3 Dépôt de plainte

Un seul répondant a déclaré avoir déposé une plainte (IDE.01). Le motif était une agression verbale (insulte).

« Monsieur, je ne peux pas laisser passer ce que vous venez de me dire, je porte plainte, j'appelle la police, je porte plainte ! » (IDE.01)

La longueur et la lourdeur de la procédure ont été soulignées deux fois (IDE.01, ASD.05). Les autres répondants n'ont jamais porté plainte (ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.04, IDE.05, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IHL.03, IHL.04, IHL.06, IHL.07).

3.4.4 Déclaration d'accident de travail

Aucune déclaration d'accident du travail n'a été faite par les répondants suite à un acte de violence ou d'incivilité (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.04, IDE.01, IDE.02, IDE.05, IDE.06, IDE.08, IDE.09).

Alors que les évènements de violence engendrent beaucoup d'émotions et nécessitent d'adopter des stratégies exigeantes de comportements, on remarque finalement que très peu de répondants effectuent des démarches administratives. Mis à part un dépôt de plainte, seule la déclaration interne de violence est utilisée, et encore de façon très inégale. Il existe une sous-déclaration manifeste des évènements.

3.5 Retentissement des actes de violence et incivilités

3.5.1 Sur la santé

3.5.1.1 Problèmes de santé

Globalement, les répondants ont dit qu'ils n'avaient pas de problèmes de santé lié au travail et qu'ils n'avaient jamais eu d'arrêt de travail dans ce service motivé par un évènement professionnel (ASD.01, ASD.02, IDE.02, IDE.06, IDE.07, IHL.07). Cependant, quelques troubles ont été reliés à leur travail par une minorité de répondants (ASD.02, ASD.05, IDE.07, IHL.02), tels que des troubles du sommeil, des troubles anxieux voire dépressifs, un ulcère gastrique, une prise de poids, et l'augmentation des maladies pour un répondant (IDE.07). Les membres du personnel interrogés n'ont pas noté d'augmentation dans leur consommation de tabac ou d'alcool. Seul l'un d'entre eux (ASD.02) a remarqué une augmentation de la consommation de sucreries, entraînant une prise de poids.

«Je remarque que depuis que je suis dans ce service, je suis beaucoup plus malade. Je n'avais jamais rien avant. » (IDE.07)

« Sur le sommeil, oui. Ah oui, complètement, ça c'est sûr.

Intervieweur : C'est-à-dire que vous avez du mal à vous endormir ?

Répondant : Non, ça me réveille.

Intervieweur : ça vous réveille. Vous en rêvez ?

Répondant : Non, je n'en rêve pas, mais ça me réveille.

Intervieweur : Et vous repensez à une situation que vous avez vue ?

Répondant : Oui

Intervieweur : En vous demandant si vous avez bien fait ?

Répondant : Oui et puis si j'ai bien fait, oui c'est ça. » (IHL.02)

« Je pense que j'ai un bon ulcère de stress. Ha, ha !

Interviewer : Vous faites un lien avec le travail, ou pas ?

Répondant : Si, je pense. Oui, oui.

Interviewer : Parce que ça a commencé une fois que vous étiez dans ce service ?

Répondant : Ca s'est aggravé, dirons-nous. » (ASD.05)

« Ben, je grignote le soir, la télé, je compensais par ça. (...)

Interviewer : Et là, ça s'est ré-accentué quand vous avez commencé là, dans ce service ?

Répondant : Oui. Oui. Oui, oui. » (ASD.02)

3.5.1.2 Consultations médicales et traitements

Aucun répondant n'a dit avoir consulté expressément (médecin traitant, médecin du travail, psychiatre ou psychologue) pour un problème d'origine professionnelle. Cependant, deux répondants en ont discuté de manière informelle avec un médecin sans que cela soit l'objet principal de la consultation (ASD.07, IHL.02). Concernant les traitements, quatre répondants ont mentionné y avoir recours dans le cadre de difficultés liées à leur travail (ASD.02, ASD.05, IDE.07, IHL.02). Il s'agissait d'hypnotiques pour trois d'entre eux (dont l'un était « à base de plantes »), et d'antiacides pour l'ulcère.

« Interviewer : Vous n'avez jamais eu besoin de prendre de médicaments par rapport à la situation au travail ?

Répondant : Si, pour dormir, ça m'arrive. » (IDE.07)

Sans dire qu'il avait augmenté sa consommation tabagique, un répondant (IHL.07), à la question « est-ce que vous prenez des médicaments », a répondu :

« Ah ah ah, non, du coca et des clopes, je suis en train de m'abîmer la santé mais du coca light et des cigarettes » (IHL.07)

3.5.2 Sur le travail

Seulement cinq répondants ont estimé que les actes de violence et d'incivilités n'avaient pas de retentissement sur la qualité de leur travail, sur leur motivation ou sur leurs relations avec les patients. Les autres répondants ont exprimé un retentissement au moins sur l'un de ces trois points.

Qualité du travail

Les répondants ont dit devoir se presser, prendre moins de temps pour expliquer, souvent parce qu'ils s'énermaient plus facilement.

« Et si on leur a pas bien dit que ça pouvait mettre du temps, ils reviennent aux urgences et ils prennent de la place quoi. » (IHL.01)

« Il y a un retentissement sur la qualité de votre travail ?

Répondant : Oui, parce que quand on a été énervé au téléphone... » (IDE.06)

Motivation au travail

Cinq répondants ont estimé que les AVI étaient responsables d'une baisse de leur motivation (ASD.02, IDE.01, IDE.06, IDE.09, IHL.06). L'un d'entre eux a même demandé une mutation.

« C'est vrai que, par exemple, cet été où ça été très dur car on n'avait pas le personnel, parce qu'on a eu beaucoup d'attente, 7 à 8h d'attente tous les jours. Il est vrai qu'avant de partir en vacances, j'avoue qu'il y avait des moments où je n'avais pas trop envie de venir au travail, j'étais un peu démotivée. » (IDE.01)

« Interviewer : Et puis, depuis quand vous savez là, pour ce poste ?

Répondant : Ben disons, la chef m'avait parlé en plusieurs fois. Elle voyait que ça allait pas du tout, et que « Si vous n'êtes pas faite pour, je ne vais pas vous garder ». Donc, moi je le prenais quand même un peu mal, parce que je me dis « Mais je suis pas une bonne aide-soignante, je ne suis pas capable de... ». » (ASD.02)

Relation avec les patients

Par la répétition et l'accumulation d'AVI, cinq répondants ont trouvé que leur attitude envers les patients se modifiait péjorativement (IDE.06, IDE.07, IDE.09, IDE.11, IHL.07). Ils ont dit être moins aimables, patients ou disponibles et plus désagréables, aggravant parfois les situations. L'évitement a également été cité.

« Il a des fois ou, après coup, on se dit "j'aurais peut-être pas dû être aussi désagréable" mais il y a des fois où on est un peu désagréable ! » (IDE.06)

« C'est vrai qu'en début de journée, bon on est d'attaque, et tout... Quand on a reçu des gens, les sollicitations des gens, les récriminations des gens tout l'après-midi... c'est vrai que quand on arrive en fin de journée, on est moins disponible ! » (IDE.09)

« Oui, c'est vrai que j'ai l'impression d'être beaucoup moins aimable avec les gens que ce que je n'étais avant, c'est vrai. » (IDE.07)

« Parce que, toutes les heures, aller en salles d'attente pour leur dire, moi, ça je ne peux pas. Il y a des gens qui sont trop agressifs et on se cache. Je n'ai pas peur de le

dire, il a des fois je me dis “aller, il faut qui j’y aille” et puis “ah non, vraiment je ne peux pas”.

Intervieweur : Vous appréhendez d’aller en salle d’attente, pour quoi faire ?

Répondant : Et bien pour leur dire combien il reste de temps d’attente...

Intervieweur : Vous appréhendez leur réaction...

Répondant : Ah ça oui, vraiment, parce qu’on est toute seule, toute petite en face d’une salle d’attente bourrée et là on se rend compte de l’inégalité des deux parties ! » (IDE.06)

3.5.3 Sur la vie extra-professionnelle

Les AVI étaient aussi responsables selon les répondants d’un retentissement sur leur vie personnelle, après leur service (ASD.02, ASD .04, ASD.05, IDE.01, IDE.03, IDE.07, IDE.08, IDE.09, IHL.02, IHL.07). Ils ont dit être plus énervés, moins disponibles pour leur famille qui pouvait alors en pâtir, de manière plutôt ponctuelle, après les journées les plus éprouvantes.

« Il y a des jours où j’arrive un peu énervée mais il le sait, il me connaît depuis 40 ans.

Interviewer : Vous rapportez tout à la maison ?

Répondant : Je ne parle pas dans ces cas-là et quand j’arrive, il me voit mal lunée donc il se dit que l’on va laisser passer l’orage et on verra après. Et c’est dans les jours qui viennent, de temps en temps, que j’en reparle. Mais bon, cela fait 40 ans que je suis mariée quand même. » (IDE.01)

«C’est vrai qu’après, bon c’est, il y a des jours où quand je rentre à la maison un peu plus énervée, faut pas m’énervé encore à côté, quoi ! Comme dit mon mari, « quand je sens, quand la porte claque en rentrant, j’ai compris que c’était pas le bon moment quoi. » » (IDE.08)

« Parce que c’est vrai que là, quand je suis arrivée ici, j’avais vachement du mal à dormir. Bien oui, ça retentit forcément, parce qu’on est beaucoup fatigué, hein ! Et puis beaucoup plus à cran aussi. Et puis je reprends plus mes enfants aussi, maintenant. Non, mais c’est..., ça c’est de la déformation, quand on voit les gens comment ils se comportent, quoi. » (IDE.09)

«Bien sûr, évidemment. Quand on vous traite comme une merde pendant 8h30 d’affilée, le soir vous n’êtes pas franchement... j’ai des enfants donc, vous n’avez pas vraiment envie d’y retourner le lendemain. » (IHL.07)

« Ah si, si quand même, je suis..., je suis moins présente pour mes enfants. C’est-à-dire dans le sens où ils m’interpellent pour quelque chose, ils me demandent quelque chose, et quand je suis dans cette disposition-là, et ben je ne suis pas présente pour eux. Je..., je dois les engueuler facilement, ou je ne réponds pas à ce qu’ils me demandent. Ou je dis « Plus tard ». Enfin bref, des choses comme ça. » (ASD.04)

Ces résultats mettent en évidence que le climat qui règne dans le service des urgences à cause de l'accumulation d'AVI, peut avoir un retentissement sur la santé de certains membres du personnel, sur la qualité de leur travail et sur leur vie familiale.

3.6 Maintien d'un équilibre global : plaisir au travail

Malgré les difficultés de leur travail dues en grande partie aux AVI, les membres du personnel ont mentionné du plaisir au travail, leur permettant de maintenir un équilibre global positif pour la plupart. En plus du contact avec les patients, les répondants ont mis en avant trois points particuliers leur donnant du plaisir et de la satisfaction.

3.6.1 Variété du travail

Une des spécificités d'un service d'urgences est la variété. Les répondants l'ont soulignée et l'ont qualifiée positivement, leur apportant du plaisir (ASD.03, ASD.04, IDE.01, IDE.02, IDE.03, IDE.12, IDE.13). Il s'agissait de la variété des pathologies, mais aussi des patients.

« Qu'est-ce qui me plaît dans mon travail, c'est le travail très varié, diversifié de tâches à faire » (ASD.04)

« Bien, déjà, c'est varié, on voit plein de monde. » (IDE.13)

« J'aime la variété, il est vrai que je n'aime pas la routine. » (IDE.01)

« C'est que on aime bien quand on est aux urgences, parce qu'on sait que, voilà, la journée va être sympa, que ça ne va pas être pareil, que... on va voir des choses différentes, qu'on va apprendre des choses. » (IDE.12)

3.6.2 Apprentissages

La particularité d'organisation des urgences en binôme infirmière / interne permet aux infirmières d'apprendre beaucoup de choses sur l'ophtalmologie, ce que la quasi-totalité des infirmières (IDE.01, IDE.04, IDE.05, IDE.06, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IDE.13) ainsi que deux internes (IHL.04, IHL.06) ont estimé comme leur apportant du plaisir dans leur travail.

« Tous les jours. Encore l'autre jour, je n'avais jamais entendu ce mot « Harada », le syndrome d'Harada. Je ne connaissais pas du tout ce que c'était, je ne l'avais jamais entendu. Ah non, tous les jours, on en apprend. L'ophtalmo, c'est passionnant alors que les gens disent que ce n'est pas intéressant, c'est passionnant. » (IDE.01)

« Les gens qui étaient derrière nous ont dit “ce n’est pas facile votre travail”. » (IDE.06)

« Intervieweur : Il y a encore des gens qui sont reconnaissants ?

Répondant : Oui et ça nous fait plaisir. » (ASD.03)

« Ce qui fait plaisir, c’est quand les patients sont contents, quand ils nous remercient pour notre temps » (IHL.04)

La variété du travail, la possibilité d’apprendre et le fait d’être reconnu par les patients ont été considérés par les répondants comme source de plaisir.

3.7 Facteurs dans l’organisation du travail

Lors des entrevues, les répondants ont soulevé plusieurs facteurs de l’organisation du travail pouvant favoriser les AVI.

3.7.1 Circuit du patient, signalétique et locaux

Des progrès ont été effectués et signalés par le personnel dans l’organisation du service ces dernières années : création de salles d’attentes et locaux moins isolés.

« Au niveau des urgences, il y a eu une bonne amélioration même si on peut encore faire autre chose. On le sent mais en même temps, on ne le sent pas, car il y a aussi une augmentation de l’activité, ce qui fait que l’un dans l’autre, c’est aussi fatigant qu’avant mais ce n’est pas pour les mêmes raisons. » (IDE.07)

Cependant, d’autres points plus difficiles ont été mentionnés tels que les procédures administratives, le circuit (ou flux) du patient, la signalétique et les locaux. Le manque d’informations données aux patients n’a pas été décrit de manière évidente par les répondants.

3.7.1.1 Les procédures administratives

Les procédures administratives concernent l’accueil et l’élaboration des étiquettes. Elles sont différentes selon les horaires de la journée et selon les jours (semaine ou week-end). Ces procédures sont difficiles à comprendre pour de nombreux patients. La frustration, et

parfois le surcroît d'attente qui en découle, sont une source d'agressivité signalée par les répondants et corroborée par nos observations.

« Et il y a aussi une chose où là, par contre, l'agressivité on la ressent pas mal, c'est qu'en fait, bon c'est affiché partout hein, sur les portes, et tout, que quand des gens arrivent, il faut passer, enfin nous c'est le week-end, donc c'est au pavillon A, pour faire des étiquettes. Alors ceux qui n'ont pas vu le panneau sur la porte, quand on leur dit, quand on leur demande s'ils ont leurs étiquettes et qu'ils vous disent « Ah ben non, mais je sais pas, moi je suis venu aux urgences ». Ben oui, mais sans étiquettes, malheureusement, on ne peut rien faire. Donc pour eux, ils ont l'impression, un petit peu, que le plus important c'est les étiquettes, c'est pas leur œil quoi. » (IDE.08)

« Ah bien, ce n'est pas simple pour eux, hein ! Ce n'est pas simple pour eux non plus. Bien, il faut qu'ils passent au premier guichet faire les étiquettes, après il ne faut pas qu'ils oublient de passer à notre guichet, après il faut qu'ils aillent dans le couloir ou dans les salles d'attente, mais ils ne savent pas s'ils sont vraiment enregistrés. Donc le réflexe qu'ils ont c'est de venir taper au bureau infirmier. Et puis, nous, on leur dit « Non, allez dans les salles d'attente ». Et si c'est le matin, ce n'est pas la même chose que l'après-midi. Donc, il y en a qui viennent le matin, qui ont fait ça, et quand ils reviennent le soir aux urgences pour une fois, ils sont tout déboussolés parce que, bien, ils ne retrouvent plus leurs marques. Enfin, c'est... C'est compliqué, le trajet. » (IDE.09)

« Alors là, c'est le binz. Pour tout vous dire, c'est le binz. Parce que l'accueil ferme à 6h, donc il y a quelqu'un jusqu'à 6h moins dix, mais il n'y a plus personne aux étiquettes. Donc, les gens, ils ne comprennent pas pourquoi il y a encore un accueil au niveau aide-soignant et infirmier jusqu'à 6h moins dix, et pourquoi il n'y a plus personne au niveau administratif. Donc il faut qu'ils courent au bâtiment 25, qu'ils reviennent ici. Là, c'est le bazar... » (IDE.11)

« Interviewer : Et l'histoire des étiquettes à aller chercher, ça vous semble renforcer encore un peu l'énerverment, surtout le soir ?

Répondant : Oui, ils ont l'impression de perdre leur tour » (IHL.07)

3.7.1.2 Le circuit (ou flux) du patient

De la même façon que les procédures administratives sont difficiles à comprendre, le circuit du patient le soir et les week-ends est d'une complexité redoutable. Les répondants nous ont expliqué que les patients devaient faire des allers-retours dans un autre bâtiment pour faire des étiquettes, fait perçu comme complexe pour les patients ayant des difficultés pour se déplacer. Les patients doivent également retourner à ce bâtiment à la fin de leur

consultation afin de payer, souvent après une attente longue. Ce dernier point est également source d'agressivité.

« Les gens rouspètent, quand ils arrivent chez nous et qu'on leur dit : « Ah ben vous n'avez pas vos étiquettes? Il faut repartir au pavillon A ». La plupart, pour ne pas dire tous, ils soufflent. » (IDE.03)

« La seule chose que je ne fais pas quand on a beaucoup de patients, d'attente, c'est d'envoyer les payants au bureau des entrées. Et pourquoi ? Vous avez des gens qu'on a laissé attendre pendant quatre, cinq, six, sept, voir huit heures parfois et à la fin de leur consultation il faut leur dire d'aller payer au bureau des entrées. Ah non ! Ça je le refuse ! » (IDE.06)

«C'est vrai que l'aller-retour au Bureau des Entrées, c'est pénible. Quand l'antenne est fermée ici. Ils arrivent « Ah, il faut retourner sur place ? Pourquoi vous ne les faites pas, vous, les étiquettes ? » « Ben non, ce n'est pas mon boulot, je ne peux pas faire les étiquettes pour vous, voilà ! ». Ça, c'est vrai, souvent les gens rouspètent. » (IDE.07)

«Les gens qui peuvent se déplacer, ils y vont, mais les gens qui peuvent..., qui ne peuvent pas se déplacer ? On le fait par téléphone. Voilà, c'est..., c'est un peu compliqué, oui. » (IDE.12)

3.7.1.3 La signalétique

Des efforts ont été faits pour faciliter la compréhension des patients mais nous avons constaté pendant nos observations que la signalétique était peu apparente et peu adaptée. Les répondants ont été nombreux à le souligner (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.04, IDE.06, IDE.11, IDE.12, IDE.13).

« Nulle, nulle. Le nombre, ben vous vous baladez, vous verrez le nombre de patients, comme ça, c'est où ? Comment ? Machin ? Alors, en plus, l'arrivée où en fait on passe d'abord devant la porte du bureau médical et après vers l'infirmière fait que régulièrement il y en a qui se pointent dans le bureau médical quoi, donc. Alors ça ça m'insupporte, je les jette. Il y a un gros sens interdit, enfin gros, moyen, parce qu'en fait les gens ils sont quand même en ophtalmo, donc ils ne sont pas censés y voir hyper bien. Donc la signalétique elle est nulle » (IHL.07)

« Moyen. Non, parce qu'il y a des patients qui viennent jusqu'à l'accueil, quand c'est fermé, ça veut dire que ce n'est pas très bien indiqué. Si, il y a un panneau en face d'eux, mais il n'est peut-être pas assez grand, pas assez indiqué. » (IHL.04)

« Il y en a même qui passent devant le bureau infirmier, ils vont au fond du couloir, bon, ils voient qu'il n'y a rien. Ils repassent, ils ne voient toujours rien. Ils vont à

l'accueil, c'est fermé, ils se disent « alors, qu'est-ce qui se passe ? ». Il y a quand même un problème. » (IDE.11)

« Vous n'avez pas vu le papier, le panneau à l'entrée ? Ça dit d'aller faire les étiquettes et après vous venez vers nous ». Et quelquefois, bon il y en a qui sont... La signalétique n'est pas encore bien faite pour eux, parce qu'ils ont tendance à partir là-bas, ou il y en a qui arrivent en salle d'attente, qui s'installent en salle d'attente sans passer vers l'infirmière. » (IDE.04)

« Je suppose que la signalétique n'est pas du tout faite comme elle devrait être faite, parce que sans arrêt, sans arrêt... et pourtant on a tout essayé, sur les portes, sur la porte d'entrée on a mis « avant de vous présenter, les étiquettes sont à faire au Pavillon A. » Moi je parle des week-ends et des soirs. C'était écrit gros, enfin vous avez dû le voir en rentrant. Et non, les gens arrivent, ils n'ont pas fait leurs étiquettes, ils sont très surpris qu'on leur dise de retourner au Pavillon A. Ça aussi, ça génère des mécontentements. » (IDE.01)

En plus de la signalétique, il a été souligné que la communication « extérieure » sur le service des urgences (c'est-à-dire les informations données sur internet et les pages jaunes) n'était pas assez claire et explicative.

« Par contre c'est vrai qu'ils nous appellent toutes chez nous, et c'est super mal fait parce que, quand vous voyez « consultations », les patients croient tous qu'on peut leur faire des paires de lunettes. Alors, c'est marqué sur internet « consultation pavillon C » donc les gens ils disent quoi ? Déjà ça, c'est super mal. » (ASD.01)

3.7.1.4 Les locaux

Presque tous les répondants ont mentionné trois facteurs générateurs d'agressivité dans les locaux : le manque de séparation du pôle des urgences du reste des services, l'accès direct par les patients au box médical et à la salle de pansements et la configuration des salles d'attente (ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.01, IDE.02, IDE.03, IDE.04, IDE.06, IDE.07, IDE.08, IDE.9, IDE.11, IDE.12, IDE.13, IHL.01, IHL.02, IHL.03, IHL.05, IHL.06, IHL.07).

Le manque de séparation du pôle des urgences du reste du service

Les urgences sont situées de part et d'autre d'un couloir menant aux secrétariats. Il existe donc un « va-et-vient de blouses blanches » que les patients ont du mal à analyser. Ils ne comprennent pas pourquoi ils attendent si longtemps alors qu'il y a autant de personnel.

« Le problème c'est que les urgences sont un va-et-vient incessant et les gens, ça doit les étourdir ça, ce n'est pas possible. » (IDE.06)

« Et puis c'est vrai que, quand vous avez un plein couloir, pour nous c'est oppressant. Parce qu'ils vous regardent passer à chaque fois l'air de dire, qu'est-ce qu'elle fout là? Elle passe, elle repasse, elle repasse encore une fois. » (IDE.03)

L'accès direct des patients au box médical et à la salle de pansements

Du fait de la configuration des locaux, les patients ont un accès direct au box médical et à la salle de pansements, troublant régulièrement le bon fonctionnement du service. Comme mentionné précédemment, c'est aussi une source d'agressivité pour le personnel.

« On aurait dû inverser la pièce du bureau infirmier avec la pièce du bureau médical. Parce que les gens arrivent dans le couloir, ils vont tomber sur le bureau médical, qui est toujours fermé d'ailleurs, il y a des panneaux, c'est marqué (mais ils sont très mal faits d'ailleurs) mais ils ne savent pas où aller. » (IDE.07)

« Après, on a des gens qui attendent et qui sont devant la porte, qui, à chaque fois qu'on sort nous regardent de travers. Si on est avec qui que ce soit, ils s'énervent. Moi, ça ne me dérange pas de recadrer les gens, mais voilà, s'ils attendaient dans la salle d'attente, ce serait mieux. » (IHL.04)

La configuration des salles d'attente

Les répondants ont remarqué que la configuration des salles d'attente était source d'angoisse pour les patients. Elle permet une faible visibilité (des patients vers le personnel et vice et versa). Les patients ont ainsi peur d'être oublié et de « perdre leur tour ». Ils attendent alors dans le couloir et expriment des demandes incessantes auprès du personnel.

« C'est vrai que nos salles d'attente ne sont absolument pas adaptées ; les gens ne supportent pas surtout la grande salle d'attente qui est en deux parties, vous savez, là où il y a un renforcement. Ils ont peur d'être oubliés ou, s'ils sont comme moi, ils n'entendent pas quand on les appelle. C'est vrai que si c'est moi qui les appelle, ils entendent parce que j'ai une voix forte, mais il y a des internes qui vont murmurer ou qui ne vont même pas voir dans l'autre salle d'attente. Ça, c'est un critère d'angoisse pour les patients. Et, du reste, ils n'y vont pratiquement pas, ils restent dans les couloirs. » (IDE.01)

« Ils n'aiment pas aller dans celle du fond parce qu'ils ont toujours peur qu'on les oublie. Donc souvent on est obligé de leur dire : « Ne restez pas dans le couloir, allez vous asseoir » » (IDE.03)

3.7.2 Horaires, jours et périodes de l'année

Les répondants ont mentionné qu'il y avait plus d'AVI lorsqu'il y avait plus d'affluence. Ils ont analysé ces moments de la journée, de la semaine et de l'année.

3.7.2.1 Horaires

Les répondants s'accordent à dire que la fin d'après-midi et le début de soirée sont des moments de la journée très chargés avec un temps d'attente important. A noter que la période du petit matin, avant 8h30 (prise de poste du nouvel interne) a été remarquée comme parfois critique du fait de motifs de consultations non urgents alors que c'est un des seuls moments où l'interne peut dormir.

« Alors, moi, je le réveille que s'il y a trois grosses urgences en ophtalmo donc je ne le réveille que pour ça : si c'est un GAFA, un glaucome aigu (note : glaucome aigu par fermeture de l'angle), donc il faut savoir aussi la pathologie, il faut connaître. Une plaie de cornée, ça c'est sûr, un œil crevé, on est obligé de le réveiller et c'est tout. Moi, je ne les réveille pas autrement. » (IDE.01)

3.7.2.2 Jours

Les lundis, vendredis et samedis matin sont les jours de plus grande affluence d'après le personnel.

«Alors, je dirais qu'en règle générale, si, c'est le lundi. Parce que les gens qui n'ont pas voulu venir le week-end viennent le lundi. Et le vendredi, parce que les gens qui veulent être tranquilles le week-end, et bien ils viennent le vendredi. Et il y a quand même le samedi qui, en règle générale, est une grosse journée. » (IDE.11)

« Le début de la semaine, le lundi et fin de la semaine, vendredi aussi. Il y a du monde. » (IHL.06)

« Moi j'ai remarqué, après je n'y suis pas tout le temps, souvent c'est le samedi matin qu'il y a beaucoup de monde parce que les internes re-convoquent des patients donc ça fait un peu plus de monde et souvent ça déborde sur l'après-midi. » (IDE.02)

« Le lundi, parce qu'ils ne veulent pas aller au travail et le vendredi parce que c'est la veille du week-end, pour passer un week-end tranquille. » (IHL.04)

Le personnel a également précisé que les situations étaient favorisées les week-ends par la présence d'une équipe réduite à deux personnes.

3.7.2.3 Périodes de l'année

Les problèmes sont particulièrement intenses pendant les périodes de congés et notamment les vacances estivales (mois d'août principalement) du fait de la pénurie d'ophtalmologistes en ville et de la fermeture d'autres services d'urgences ophtalmologistes.

« Si tous les gens du mois d'août, car parfois on a eu 100, 110, on est monté jusqu'à 130 personnes, c'est quand même un record, faisaient une lettre au Directeur, peut-être qu'il se poserait des questions le Directeur. » (IDE.01)

« Oui, dès qu'il y a des vacances pour tout le monde, l'affluence s'en ressent » (IDE.07)

« C'est que le mois d'août surtout, c'est de la folie parce que la Croix Rousse est fermé. La plupart des ophtalmos de ville sont fermés, et alors, là, mais on est tout seul de chez tout seul. Et cet été, mais alors cet été, je crois que ça a été le pire été depuis que je travaille ici. » (IDE.11)

3.7.3 Tâches de travail

3.7.3.1 Répartition et articulation des tâches

Les répondants ont souligné que les aides-soignantes étaient en première ligne pour l'accueil dans la journée (ASD.01, ASD.02, ASD.03, ASD.04, ASD.05, IDE.01, IDE.06, IDE.07, IHL.02). C'est un aspect valorisant de leur travail qui est souvent apprécié. Pourtant cet accueil est effectué sans toujours bénéficier du niveau de formation suffisant pour assumer cette tâche en toute sécurité et sérénité ; il peut en résulter chez les aides-soignantes un sentiment d'angoisse et chez les patients un sentiment d'insécurité et donc d'agressivité.

« Mais par contre je suis un peu, comme je l'avais dit à ma chef, quand je suis arrivée là, moi je n'étais pas formée. C'est vrai que quand on arrive à l'accueil et qu'un patient arrive et qu'il a par exemple quelque chose dans l'œil, vous savez du matériel ou quelque chose.

Intervieweur : Donc là vous parlez de la formation ?

Répondant : Des bases de connaissances techniques d'ophtalmo qu'on n'a pas.

Intervieweur : C'est de ça dont vous parlez quand vous parlez de la formation ?

Répondant : Voilà. En fait, c'est comme un handicap pour moi. Voilà, je n'ai pas les connaissances de base donc ça fait que le patient sent que je n'arrive pas à l'orienter. » (ASD.01)

« Parce qu'on n'a pas une formation de secrétaire médicale, la pathologie, on les connaît pas nous, même au niveau de l'accueil. » (ASD.02)

Ce fait est corroboré par les propos de la cadre :

« C'est plus difficile pour les aides-soignantes car elles n'ont pas la connaissance ».

Les infirmières sont en première ligne pour l'accueil après 16 heures, pendant la nuit et le week-end, en plus de leur travail aux urgences.

« Plus de problèmes les week-ends. Parce qu'on est vraiment tout seul, personne à l'accueil ; les gens ont l'impression d'être abandonnés, ils ne voient personne. Ça peut rapidement faire monter une insatisfaction ou un énervement et même pour soi, c'est plus stressant. Il faut tout assumer. » (IDE.07)

« Quand on arrive le samedi, l'après-midi, quand on voit le couloir noir de monde, et que, déjà, le temps de prendre sa relève avec sa collègue, il y a déjà 10 personnes qui attendent pour se faire enregistrer, déjà... On se dit « là c'est la journée des catas ». » (IDE.11)

Enfin, il y a peu d'occasions d'interaction dans la prise en charge des patients entre les aides-soignantes et les infirmières.

3.7.3.2 Charge de travail et interruptions de tâches

La liste des tâches identifiées pour les infirmières sont les suivantes : accueillir le patient et l'enregistrer, parfois demander des étiquettes par téléphone, chercher des dossiers, administrer des soins (dilatation pupillaire, calmants, pansements, prélèvements sanguins et pose de voie veineuse périphérique), aider le médecin lors d'exams ou gestes, répondre au téléphone, répondre aux sollicitations diverses des patients (des urgences et des passants), accompagner les patients à la radiologie ou dans un service d'hospitalisation, coter les actes de la consultation, surveiller les salles s'attentes, porter les examens au laboratoire, passer des commandes de matériel ou médicaments, informer et rassurer les patients.

On a pu observer des interruptions fréquentes de tâches des infirmières, ainsi que des tâches simultanées devant être menées de front.

« Alors après, quand on a géré tout ça, on essaie de répondre aux intervenants « Lyse, il y a un pansement à faire, Lyse, il faut poser un cathlon parce qu'il y a un scanner, Lyse... ». Voilà, on est très, très sollicité et on est de plus en plus sollicité dès que l'on est toute seule le soir, non seulement pour les urgences mais pour gérer la grande salle d'attente qui n'est pas finie » (IDE.01)

« C'est infernal, le téléphone peut ne pas arrêter, vous raccrochez, il re-sonne, vous raccrochez, il re-sonne. » (IDE.03)

« De plus difficile..., bien c'est des fois de pas pouvoir aller jusqu'au bout des choses,. On commence quelque chose, comme là, comme ce matin... Je commençais quelque chose, voilà, j'étais dans mes commandes, il manquait des trucs, bien hop ! Bon, c'est pour une bonne cause, mais interrompue pour reprendre plus tard, et c'est souvent, on fait souvent ça, on commence souvent quelque chose, et on ne peut pas aller jusqu'au bout, en fait. » (IDE.09)

« C'est pénible oui, c'est pénible de ne pas pouvoir commencer une tâche et la finir. C'est vrai que ça..., ça arrive régulièrement » (IDE.09)

3.7.3.3 Travail isolé (équipe réduite)

L'accueil et la prise en charge des urgences sont par nature un travail isolé en équipe réduite, assurés par un binôme infirmière / interne. Les postes sont donc uniques, privant le personnel de la possibilité de se reposer sur un collègue en cas de besoin.

« Les soirs et le week-end quand on est toute seule. Ce n'est pas possible d'être toute seule. Ça devient... Je trouve que c'est ça qui est le plus dur. » (IDE.01)

« Je dirais que c'est surtout le soir, après 18h et le week-end, parce qu'en plus on est toute seule. Donc, automatiquement, quand on est toute seule, il faut vraiment faire front, voilà. Alors que quand il y a plusieurs personnes, à la limite, ce n'est pas qu'on peut se relayer, mais bon, il y a plus de passage, ils peuvent interpeller quelqu'un du couloir, etc... Alors que, vraiment, quand on est toute seule, au bout d'un moment, on est à court d'arguments. Quand on leur a expliqué plusieurs fois les choses, on ne sait plus quoi dire. » (IDE.11)

« Enfin, voilà, la prise en charge complète du poste de travail repose intégralement sur nous, pour tous les aspects. » (IDE.07)

D'autre part, si l'infirmière doit aider l'interne en salle de pansement, le service reste vide sans aucun membre du personnel apparent ou accessible.

« J'étais coincée avec le médecin en salle de pansements, donc ça veut dire que les doubles portes sont fermées... la salle de pansements est derrière, et on passe les doubles portes, on tombe sur le couloir où il y a les urgences. Donc, il n'y a plus personne aux urgences, hein ! Plus de médecin, plus d'infirmière. C'est vide. Et moi..., et nous on est dans une salle à part, pour faire des soins. » (IDE.12)

Les répondants ont souligné que de travailler seul pouvait provoquer une inquiétude pour leur sécurité dans certaines situations, particulièrement les soirs et les week-ends. Ce sentiment d'insécurité vis-à-vis des patients pouvait aussi concerner leur responsabilité professionnelle en cas de nécessité d'accompagner un patient ou porter un examen biologique à l'extérieur du service. La cadre a dit à plusieurs reprises aux infirmières lorsqu'elles allaient au scanner ou au laboratoire : « le week-end, c'est un abandon de poste ».

« Oui. Alors ça, ça se passe quand on arrive le matin à 7 heures, quand on est du matin et que l'interne dort. Eh bien une fois j'ai eu une patiente qui est arrivée, qui était avec des amis. C'était des jeunes, ils avaient un peu bu, je pense donc ils étaient un peu énervés, un peu... Bon, l'interne est venu tout de suite, donc il n'y a pas eu de soucis.

(...).

Intervieweur : Parce que vous étiez toute seule ?

Répondant : Toute seule, oui. » (IDE.02)

« Eh bien, la fameuse fois, là oui, où j'étais toute seule oui. Vraiment toute seule dans le pavillon, je pense qu'effectivement, ça aurait pu, ça aurait pu plus mal tourner ; donc c'est vrai que, je suis pas, enfin je suis pas sûre d'y être pour grand-chose. Je leur ai simplement dit que j'allais appeler le médecin. Bon, il s'est trouvé que le médecin est venu tout de suite, donc c'est vrai que ça a coupé court. C'est vrai que si, si le médecin m'avait fait attendre un quart d'heure, je ne sais pas comment ça se serait passé honnêtement. » (IDE.08)

« Ce n'est pas la même ambiance que le soir quand on est toute seule dans le service. Là, on ouvre toutes les portes, dès qu'il y a un bruit, on va voir, bon après c'est vrai qu'on est forcément moins tranquille quand on est seule. » (IDE.03)

3.7.4 Relations sociales au travail

3.7.4.1 Binôme infirmière / interne

D'après les témoignages et nos observations, les relations de travail au sein du binôme sont bonnes.

« Oui, il y a une bonne communication. Des fois, au niveau du travail je n'ai pas bien le temps de discuter avec lui, pour savoir ce qu'il a comme pathologies, tout ça. Mais sinon ça se passe super bien, oui. Les médecins sont sympas. » (IDE.05)

« On est bien avec l'infirmière qui nous aide. C'est bien d'avoir une infirmière attirée aux urgences qui reste là. Elle a le téléphone, elle est au courant de tout ce qui se passe, c'est elle aussi qui est en amont, donc elle nous dit « j'ai eu un doute, c'est

peut être une plaie, regarde celui-là en premier. » Tout ça, donc elle permet quand même, elle rattrape beaucoup de situations. Exactement ça permet de faire déjà un premier tri. Non, il y a plutôt une bonne collaboration. » (IHL.05)

Néanmoins, les infirmières aimeraient parfois que les internes se positionnent parfois plus rapidement et fermement face à des patients difficiles.

« C'est vrai que c'est dur à gérer quand on n'est que deux, parce que, souvent, c'est nous qui sommes au premier plan et puis l'interne après... Des fois, ça m'est arrivé d'aller voir l'interne en lui disant « vas les voir, moi je ne peux plus, là ». Eh bien, il refuse parce qu'il ne veut pas les affronter... Il refuse en disant « ce n'est pas mon boulot » » (IDE.06)

3.7.4.2 Relations entre collègues

Les répondants ont admis que les relations entre collègues étaient globalement bonnes. Les membres de l'équipe ont développé des mécanismes de débriefings informels après les « coups durs » face à des patients ou des accompagnants difficiles. Ce sont des discussions informelles entre collègues pour revenir sur un incident, partager ses sentiments ou ses interrogations, se rassurer ou rassurer une collègue. Cependant, les répondants ont relevé qu'ils avaient peu d'occasions de coopération entre aides-soignantes et infirmières et peu d'occasions formalisées de transmission d'expérience.

« Je pense que c'est, bon, c'est peut-être aussi ce type de consultation qui fait que je ne sais pas, peut-être, les locaux, enfin tout un contexte aussi qui fait qu'on ne peut pas travailler en binôme, mais c'est dommage quoi. » (ASD.02)

« Parce que je pense qu'elles ne sont pas été assez impliquées dans les urgences. On les a mises à l'écart » (IDE.01)

3.7.4.3 Relations avec la hiérarchie

Cadre de proximité

Les répondants ont été unanimes pour dire que le soutien de leur cadre de proximité était important à plusieurs niveaux : vigilance aux situations individuelles, valorisation (par affichage des retours positifs de patients et par paroles encourageantes), recommandations pour leur responsabilité professionnelle (en conseillant par exemple aux aides-soignantes d'aller demander aux médecins lorsqu'elles ne savaient pas), disponibilité pour intervenir en

cas de conflit, vigilance aux situations professionnelles (lecture du cahier de relève tous les matins), incitations répétées aux déclarations de violence.

« Tout à fait. Et si on a un problème, une difficulté, elle est toujours là pour nous soutenir. » (IDE.06)

« Oui. Oui, oui. Madame ROCHE est quand même bien à l'écoute quand on a un souci ou... De ce côté-là, oui. » (IDE.08)

« Avec ma cadre, oui. Parce que, souvent, quand j'ai des coups durs, je lui en fais part, hein ! Tôt ou tard, je lui en fais part. » (ASD.04)

« bien on s'habitue, quoi du coup, et puis mais c'est souvent Madame ROCHE, qui me dit :« Vous avez fait un ENNOV ? » » (IDE.09)

Chef de service et médecins

Les répondants ont évoqué avoir peu d'occasions de rencontrer leur chef de service et les médecins pour évoquer l'organisation du travail, les difficultés rencontrées et les solutions pouvant être envisagées. Il pouvait en résulter des regrets par certains agents, qui ont également attribué ces difficultés à la surcharge de travail des médecins et la rareté des occasions de rencontre entre personnel médical et non médical.

3.7.4.4 Soutien de l'administration

Plusieurs formations sont proposées par l'Institution afin de former le personnel aux situations de violence rencontrées dans le cadre du travail : « Violence et agressivité à l'hôpital (28h) », « Maîtrise des situations d'agressivité et de violence (21h) » et « Gestion des situations difficiles (21h) ». Ces formations sont systématiquement proposées par la cadre aux nouveaux membres de l'équipe, mais aussi aux membres plus anciens si un besoin individuel est identifié.

Les répondants ont exprimé avoir de fortes attentes de retour d'informations de l'administration suite à une déclaration de violence. Ils ont dit ressentir parfois une frustration par le peu de retour apporté.

« Bien, de toute façon, on a toujours un retour. Un retour papier, ... Voilà, comme quoi ça a bien été enregistré.

Interviewer : Oui. Et au-delà du retour ?

Répondant : Non. » (IDE.09)

Il a été évoqué la reconnaissance des progrès permis dans les locaux des urgences (création de salles d'attente), contrastée par un sentiment de moyens insuffisants.

« On a enfin des vraies armoires à pharmacie, parce qu'on n'en avait pas, on avait des placards comme ça avec tout le matériel, vous ouvriez la porte, tout vous tombait dessus, enfin bon... On avait une petite pièce pour piquer les gens, c'était une horreur, pas pratique du tout, on ne pouvait pas circuler. Au niveau des urgences, il y a eu une bonne amélioration même si on peut encore faire autre chose. On le sent mais en même temps, on ne le sent pas, car il y a aussi une augmentation de l'activité, ce qui fait que l'un dans l'autre, c'est aussi fatigant qu'avant mais ce n'est pas pour les mêmes raisons. » (IDE.07)

« Je veux dire c'est facile, on met deux internes, ça va beaucoup plus vite, mais ça veut dire une création de poste d'interne, ça veut dire un budget d'interne et ça se budgete, donc voilà. C'est facile, c'est pareil, pour avoir des avis de chef plus facilement, un chef en plus, eh bien non il n'y a pas d'argent, voilà. » (IHL.05)

3.7.4.5 Système d'alerte (service de sécurité)

Le cadre a mentionné l'effet bénéfique des rondes « systématiques » des agents de sécurité, en dehors de tout épisode de violence. Cependant, les agents ont considéré que le système d'alerte en cas d'incident était comme un filet de sécurité à l'efficacité incertaine. Ils ont souligné deux points : le délai de réaction (perçu comme trop long) et le positionnement des gardes en faveur des patients.

« Il fut un temps où les gardes passaient tous les soirs. Et c'était vachement bien, parce que, des fois, c'était calme et des fois, y avait quand même du monde ; on les appelait pas, parce que on se faisait pas..., enfin, pas..., ils avaient pas forcément besoin d'être là, mais juste ils passaient, pour voir comment ça se passait, et je ne sais pas pourquoi, ils ont fait ça pendant quelques mois, c'était quand même bien, et puis, ils ont arrêté. » (IDE.12)

Délai de réaction

Les répondants, souvent dans des situations bien incertaines ont déploré un délai de réaction du service de sécurité parfois trop long.

«Ils sont toujours hyper longs à arriver. » (IHL.07)

«Alors même si effectivement on a un téléphone dans la poche et qu'on peut appeler les gardes, les gardes s'ils mettent un quart d'heure à arriver, ou même dix minutes à arriver, il peut se passer beaucoup de choses. » (IDE.03)

Positionnement en faveur des patients

Lorsqu'ils font appel aux gardes, les répondants ont dit attendre une aide et un soutien de leur part face aux patients. Or, ils ont exprimé se retrouver en difficulté car les gardes prenaient parfois un positionnement en faveur des patients, faisant perdre toute crédibilité au personnel du service et n'arrangeant pas la situation.

« Le problème est que, quand on appelle les gardes, ils viennent, ils prennent le patient dans le couloir, ils discutent et après, ils reviennent nous voir et nous disent « Oui, mais vous comprenez... ». Ils donnent raison aux patients en fait. Ils disent « Oui, mais vous comprenez, les gens attendent énormément de temps, il faut les comprendre aussi ». On leur dit : « Attendez, on ne vous appelle pas pour donner raison aux patients ! On vous appelle pour que vous fassiez quand même l'arbitre entre nous et le patient, il y a des limites. On en est tous au même point, on sait qu'il y a beaucoup d'attente, mais que voulez-vous qu'on y fasse ? ». On ne nous donne pas les moyens ; là, cet été, on a eu beaucoup de problèmes avec les gardes à cause de ça. Parce qu'en fait, ils donnent raison aux patients. » (IDE.01)

« Et en fait il m'a dit « Mais c'est normal que les gens ils en aient marre, ça fait 10 h qu'ils attendent ». J'ai dit « Oui, mais c'est quand même..., enfin moi je me fais crier dessus, c'est normal que je me fasse crier dessus ? ». Et, en fait, il a pris la défense des gens qui étaient en salle d'attente. Donc, j'ai dit ok, ce n'est pas la peine, j'arrête d'appeler. » (IDE.12)

« La sécurité sont pas forcément très diplomates parce que, des fois, ils nous disent, ils se retournent contre nous : « mais c'est vrai et tout.... ». Des fois ils ne sont pas là pour nous aider ; on se dit « allo, on vous a appelés parce qu'il y avait un problème avec lui, ce n'est pas pour vous rajouter de son côté », « ah oui, mais vous comprenez il y a beaucoup d'attente », « oui mais on vous appelle pas pour nous dire qu'il y a beaucoup d'attente, mais aussi pour essayer de faire le médiateur ». » (IHL.03)

3.7.5 Outils et espaces de régulation

3.7.5.1 Transmissions

Il a été évoqué que le temps de transmission orale dans l'équipe paramédicale était très réduit (10 à 15 minutes au maximum).

« On se croise dix minutes pour se dire : « Bon voilà, tu as une salle d'attente calme où tu as 30 patients ; il est 21 heures, on voit seulement ceux de 17 heures, ils sont tous en train de péter un câble, fais attention à celui-là, c'en est un qui s'énerve, celui-là, il est allé fumer sa clope tu le chercheras pas, voilà quoi » (IDE.03)

« La relève des urgences, et bien le matin à 7 h il n'y a pratiquement pas de relève. Ça dure 3, 4 minutes. La relève de l'après-midi, bon on est là un peu plus longtemps. On

se dit les choses qu'il reste à faire. Ça dure, ça dépend du nombre de patients, ça dépend des cas. Non ça ne dure pas très longtemps.

Intervieweur : D'accord. Un quart d'heures, vingt minutes, une demi-heure ?

Répondant : Non pas une demi-heure. Un petit quart d'heure entre. Un petit quart d'heure s'il y a des choses à se dire. » (IDE.04)

Les transmissions écrites sont privilégiées, par l'intermédiaire du cahier de relève que la cadre lit tous les matins. Le personnel peut ainsi laisser tous les messages qu'il souhaite, et signaler tous les incidents à leur cadre, en sachant qu'elle en prendra connaissance.

«Eh bien on note, là-dessus on note ce qu'on a, si on a des bilans, si on a fait quelques gestes importants, si on a un problème de matériel ou autre, si il y a eu un gros accident. Si quelqu'un a cassé une vitre. Si on a fait appel aux gardes. On note des choses comme ça. » (IDE.04)

« Les choses qui sortent de l'ordinaire, je les mets dans le cahier de relève. » (IDE.01)

3.7.5.2 Réunions et retours d'expérience sur les évènements critiques

Aucune autre procédure que la fiche de violence n'est prévue pour les retours d'expérience après un acte de violence ou d'agressivité. Les propositions d'intervention de la psychologue du personnel qui ont été avancées par la cadre en vue d'évoquer les situations de violence n'ont pas trouvé d'écho au niveau de l'équipe.

« Intervieweur : Vous n'avez pas eu de retour sur un accident marquant de manière générale, collective, ça n'est pas arrivé ?

Répondant : Non, ça ne me dit rien. » (IDE.05)

« Interviewer : Est-ce que vous avez l'occasion de discuter des incidents entre vous, dans l'équipe ?

Répondant : Oui. Non, ce n'est pas qu'on ait des occasions. On ne fait jamais de réunions à ce sujet. » (IDE.11)

« On n'a jamais de réunion de service. C'est ce qui manque. C'est ça le point faible dans le service, c'est que les internes sont toujours tout seuls, c'est à dire qu'on a un système qui marche par semaine : une semaine de mine, une semaine de service, une semaine de bloc, hormis lorsqu'on est au bloc on voit d'autres gens, lorsqu'on est dans le service on est seul, on est le seul interne et lorsqu'on est à la mine on est le seul interne. » (IHL.07)

Des participants ont estimé que les réunions de service associant l'ensemble du personnel du pavillon C étaient insuffisantes (une par an) et conduites selon eux dans une optique d'information (activité et objectifs) plus que de concertation. La réunion mensuelle de

l'équipe paramédicale est réduite (30 minutes le vendredi) et estimée peu efficace pour aborder les questions de fond sur l'organisation du travail. Deux pistes d'interprétations ont été évoquées par la cadre : l'envie de rentrer chez soi (« on essaie de proposer des choses mais il y a le poids de ce temps personnel ») et l'organisation des plannings qui ne permet plus ce temps de rassemblement de toute l'équipe.

3.7.5.3 Espaces informels

Pour les retours d'expérience, les répondants ont expliqué qu'ils privilégiaient les mécanismes informels après un incident, à savoir des discussions brèves, imprévues, dans les couloirs le plus souvent.

« Non, on en a parlé comme ça et voilà, point à la ligne. » (IDE.01)

« On en a discuté, comme ça, avec les collègues, mais après c'est oublié. » (ASD.03)

« Mais c'est vrai que, quelquefois, quand il y a vraiment eu un moment où on n'a été pas bien, et bien, souvent, on en discute avec les collègues, on leur raconte ce qui s'est passé. Parce qu'on a besoin d'en parler. On a peut-être aussi besoin d'avoir, pas un accord, mais de savoir qu'elle aurait fait la même chose que nous. » (IDE.11)

« En fait, on en parle entre nous, ça c'est sûr. On..., enfin tout le monde est au courant, mais il n'y a pas de..., de moment où on en parle toutes ensemble, quoi. On va raconter « tiens, il m'est arrivé ça, voilà, je l'ai géré comme ça », et puis on l'a écrit sur la relève, donc la collègue qui arrive le matin... même si on n'est pas là, elle a lu la relève, la chef a lu la relève, donc on en reparle avec la chef, on en reparle avec nos collègues, mais individuellement, quoi. Non, pas collectivement. » (IDE.12)

3.7.6 Contexte proche : pavillon d'ophtalmologie

Le service des urgences ophtalmologiques s'inscrit dans un contexte plus large qui est le fonctionnement du pavillon d'ophtalmologie. Il comprend plusieurs services et activités (consultations, secrétariat, bloc opératoire, service d'hospitalisation), avec un personnel commun, pouvant se retrouver aux urgences. Les besoins d'une meilleure articulation entre les différentes activités ont été soulignés par plusieurs répondants.

3.7.6.1 Les secrétariats

Les répondants ont insisté sur la difficulté du public à joindre les secrétariats. Ils ont noté un transfert des appels par les secrétaires vers le service ou les urgences pendant leurs absences. Il en résulte une surcharge de travail d'information sans rapport avec les urgences, des interruptions de tâches (pour les infirmières essentiellement), un surcroît d'agressivité (au téléphone), un sentiment d'impuissance à satisfaire la demande de rendez-vous (pour les aides-soignantes) et un sentiment d'injustice.

Difficultés du public à joindre les secrétariats

« Déjà nous, on ne fait pas le transfert des numéros. On ne fait pas, et elle, elle ne répondra pas. Déjà, nous, c'est mal indiqué. S'ils marquaient « Strabisme, numéro de téléphone » ils ne vont pas nous appeler, les gens. « Bébé vision » hop ils nous appellent tous au 34 parce que c'est vrai que, nous, on répond vite, et voilà, nous, on donne les numéros de téléphone. Et ils nous rappellent ! « Oui on essaie d'appeler mais personne ne répond ». » (ASD.01)

« « J'ai passé ma matinée à répondre pour la secrétaire. Et à répondre finalement : Écoutez, oui effectivement, c'est urgent ? ». Ah bien non, je devais être vue dans deux mois ». Ah, et bien, vous appelez à partir du 06 septembre. Ou alors : « Ah ben là, j'y vois plus rien ». Et bien là, vous venez nous voir. Ils ont besoin d'avoir quelqu'un au bout du fil, ils n'arrivent pas à rester sur le truc : la secrétaire est en vacances. Ils savent qu'il faut prendre un rendez-vous rapide pour avoir les délais les plus courts possibles, donc... Voilà, ils appellent les urgences. On ne sait jamais. » (IDE.03)

Transfert des appels vers les urgences

« Le téléphone aux urgences, il y a des jours où vous avez envie de le jeter par la fenêtre. Vous le posez, il sonne, vous le posez, il sonne... 95% des appels ne sont pas pour les urgences » (IDE.07)

3.7.6.2 Le temps médical

Le temps médical est précieux et indispensable pour le fonctionnement des urgences. Il fait parfois malheureusement défaut. Les répondants ont cité quatre situations critiques :

Attente de l'avis des seniors pour orienter certaines urgences quand les seniors sont au bloc opératoire.

« Souvent le patient il attend 5 heures pour avoir un avis. C'est déjà arrivé. Le patient, je sais que je vais l'hospitaliser, mais je n'ai pas le droit de le monter dans le service. Il n'a pas le droit de prendre son repas, ni d'aller s'allonger dans son lit parce que je n'ai pas eu l'avis du chef. » (IHL.05)

Interruption de toute présence médicale si l'interne est au bloc opératoire (nuit et week-end), ou dans les autres pavillons pour donner un avis.

Interruption de toute présence d'accueil des urgences en cas de pansements, de petite chirurgie, de brancardage

« Oui, il n'y a plus personne pendant 20 min. Donc ça, il faudrait que ce soit bien signalé, quand l'infirmière et l'interne... qu'il y ait un panneau, un peu plus que juste le truc « en cours de soin » parce que...Oui ou je ne sais pas, parce que « soin en cours », je ne sais pas, qu'ils soient bien informés. Parce que, à chaque fois, après, ils nous sautent dessus dès qu'on sort.» (IHL.03)

« Il suffit que vous tombiez sur trois patients à hospitaliser, un mec qui a eu un trauma, tout de suite ça va prendre 1 h, parce que c'est une vraie urgence. Eh bien, à ce moment-là, ça s'accumule, l'infirmière va être prise parce que vous aurez une suture à faire, parce que... et il n'y aura plus personne dans le box. Vous, vous serez en suture, et à ce moment-là, les gens ils voient le box vide, ils nous voient pas en train de suturer quoi. Et ça, pour eux, c'est insupportable, ce que je comprends parce que ça avance plus. » (IHL.07)

Délais de rendez-vous programmés très longs, imposant la consultation aux urgences comme seul moyen d'avis « rapide »

« Surtout que c'est des rendez-vous qui ont été pris 6 mois avant parce que nous ici c'est mortel » (ASD.01)

Ce dernier point n'est pas spécifique au pavillon d'ophtalmologie mais n'est que le reflet du contexte extrahospitalier.

3.7.7 Contexte extrahospitalier

3.7.7.1 Pénurie d'ophtalmologistes en ville

La pénurie d'ophtalmologistes en ville impose des délais d'attente de 6 à 9 mois au minimum. Elle oblige ainsi les patients à avoir recours aux urgences comme seul moyen d'accès rapide à un avis spécialisé.

« Typiquement il y a des gens qui viennent « Je ne vois pas depuis 6 mois, mais je n'ai pas de rendez-vous, alors je viens ». En pratique elles ne peuvent pas leur dire non, enfin la seule chose qu'elles peuvent dire c'est « Il y a 4 heures d'attente, donc à vous de voir si vous voulez attendre ». Et ils attendent en plus, ces gens-là, ils n'en ont rien à faire. Ils préfèrent attendre 4 heures que 6 mois. » (IHL.02)

3.7.7.2 Manque de capacités d'accueil des urgences (en libéral, dans les autres hôpitaux)

Les urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard-Herriot étant le seul service d'urgences ophtalmologiques de la région ouvert 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, elles ne sont pas assez relayées par les autres services d'accueil des urgences, que ce soit en libéral ou dans les autres hôpitaux (Hôpital de la Croix-Rousse et Centre Hospitalier Lyon-Sud). La situation est aggravée lorsque ces services ferment (en période de vacances estivales surtout, et à Noël), entraînant une augmentation conséquente de l'activité fortement ressentie par le personnel. Inévitablement l'attente s'allonge, source indéniable de conflits.

« On a 17 départements à gérer. Nous sommes le seul service d'urgences ouvert et tous les ophtalmos sont en vacances » (cadre)

3.8 Point de convergence : l'attente

Tous les répondants ont considéré l'attente comme la source même de l'agressivité des usagers. Ils ont certes évoqué de nombreuses causes dans l'organisation du travail, mais ils ne sont que des facteurs favorisant. Le temps d'attente peut atteindre huit heures certains jours. Les répondants ont manifesté beaucoup d'empathie envers les patients pour qui ce temps est interminable et trop souvent incompris par méconnaissance du contexte de travail du personnel.

« Cela fait 8 ans que je fais tous les étés ici car je pars hors saison et ça a battu les records cette année. Tous les jours, des temps d'attente de 8h ! Vous trouvez ça normal ? Comment voulez-vous que les gens ne soient pas énervés après ? (IDE.01)

Les solutions pour améliorer leurs conditions de travail convergent toutes dans le but de diminuer ce temps d'attente.

« Et qui dit plus vite, dit moins d'agressivité. Ce que les gens veulent, c'est passer et ne pas attendre des heures, c'est ça surtout. » (IDE.02)

« il n'y a pas grand chose à faire pour faire passer la pilule si ce n'est réduire le temps d'attente. » (IHL.01)

« le plus important c'est moins d'attente, moins d'attente. » (ASD.04)

3.9 Recommandations des participants

Face à cette attente subie par les usagers, le personnel a proposé des pistes d'amélioration, afin que l'attente soit moins mal vécue (en améliorant locaux, signalétique et informations) ou écourtée (en augmentant le personnel) pour, in fine, tenter de diminuer l'agressivité.

3.9.1 Locaux

De nombreux répondants ont proposé des améliorations ou réaménagements de locaux (ASD.04, IDE.03, IDE.04, IDE.09, IDE.12, IDE.13, IHL.03, IHL.04, IHL.05, IHL.06, IHL.07). Trois suggestions principales ont été faites : distraire ou occuper les gens en salle d'attente avec une télévision ou de la musique, mettre sur place un distributeur de boissons chaudes et enfin, réaménager le double box médical qui est à ce jour sans confidentialité.

Télévision

« Suite à mon vécu dans les urgences, personnel, c'est vrai que ne serait-ce qu'une télévision, je me dis ça... ça occupe les gens quand même, ça les distrait quoi ! Ou de la musique, tout simplement. Un peu de musique qui diffuse, quoi. » (IDE.09)

Distributeur de café

« Un distributeur, mais c'est un truc bête aussi ça. On a un distributeur d'eau, mais on n'a pas de distributeur pour des cafés, parce que souvent les gens disent : « Et pour boire un café ? ». Et bien il y a le relais H mais des fois c'est fermé, donc ils sont obligés d'aller au distributeur qui est à l'aplomb du pavillon A, mais qui est enchaîné à partir de certaines heures, pour pas qu'il soit massacré. Donc des fois, on ne peut même pas leur dire. Alors après il y a Mac Do en face, alors il faut traverser. » (IDE.03)

Confidentialité du double box médical

« Les locaux à réadapter en 2. Là, c'est mal foutu, parce que quand un interne est doublé, le patient il rentre par la même porte que l'autre. Vous avez vu comment c'est fait ? Il y a deux box, pour le secret médical, bonjour quoi. Parce qu'on a quand

même des gens qui viennent, ils ont des uvéites syphilitiques donc ça donne envie de venir, enfin c'est, oui, c'est spécial quoi. » (IHL.07)

3.9.2 Informations et signalétique

La majorité des répondants a souligné l'importance pour les patients d'avoir plus de repères (ASD.01, ASD.04, IDE.01, IDE.06, IDE.08, IDE.11, IDE.12, IDE.13, IHL.01, IHL.03, IHL.04, IHL.05, IHL.06, IHL.07). Ils ont proposé une amélioration de la signalétique, une augmentation de l'information délivrée au patient (par écrit) sur le fonctionnement du service, sur l'activité et sur l'ordre de passage, et leur expliquer pourquoi ils attendent. Enfin, ils ont insisté sur la nécessité de leur donner un numéro d'ordre en différenciant les degrés d'urgence.

Signalétique

« Si c'était un petit mieux signalisé, les gens se sentiraient un peu moins perdus. » (IHL.03)

Informations écrites

« Je pense aussi qu'il faudrait peut-être mettre des panneaux explicatifs sur les portes des salles d'attente, pour que les gens comprennent pourquoi ils attendent et que voilà, effectivement, en principe, on prend les patients par ordre d'arrivée mais que... » (IDE.13)

« Autre chose que j'ai vu dans une salle d'attente, parce que moi aussi je consulte à l'hôpital et je suis une patiente très patiente (elle rit). Il faudrait mettre par écrit sur des grosses pancartes dans les salles d'attentes ce qu'on dit aux gens verbalement. Comme quoi les urgences ne prennent pas par ordre d'arrivée... » (IDE.06)

Numéro d'ordre et différenciation du niveau de gravité

« faut trouver quelque chose, ou les numéros, ou un numéro, ou je ne sais pas, quelque chose où ils..., ils puissent savoir où ils en sont » (IDE.12)

« par exemple, les gens qui sont en rouge c'est des urgences graves, en en bleu c'est des urgences moins graves, en vert, ce sont des choses qui ne sont pas urgentes. » (IHL.06)

3.9.3 Personnel

Une solution unanimement évoquée par les répondants afin de diminuer l'attente est d'augmenter la composition de l'équipe (ASD.01, ASD.02, ASD.04, IDE.02, IDE.03, IDE.04,

IDE.05, IDE.06, IDE.07, IDE.09, IDE.11, IDE.12, IDE.13, IHL.01, IHL.03, IHL.04, IHL.05, IHL.06, IHL.07). En fonction de leur expérience du terrain, ils ont suggéré en priorité la présence d'un deuxième médecin aux urgences, soit en permanence, soit sous forme d'astreinte en cas de forte affluence (fin d'après-midi, soirées, samedis, vacances estivales). Ensuite, ils ont proposé la présence permanente d'un aide-soignant aux urgences, d'une part pour apporter une aide considérable (brancardage, accueil, manutention, examens), et d'autre part pour permettre d'assurer une présence de personnel continue à l'accueil, en toutes circonstances. Sa présence libérerait ainsi du temps à l'infirmière pour aider le médecin et aller plus vite.

Présence d'un deuxième médecin

« Oui, d'un deuxième médecin. C'est toutes les solutions qui peuvent faire diminuer l'attente. Qu'il y ait deux heures d'attente, les gens peuvent l'entendre, Qu'il y ait 8 heures d'attente... Voilà. Et le problème, le week-end c'est que la charge de travail est complètement irrégulière donc est-ce qu'il ne faudrait pas un interne qu'on puisse appeler au secours, entre guillemets, quand il y a un coup de bourre ? Surtout qu'en plus il y a de quoi examiner deux patients en même temps. Il y a deux salles donc. » (IDE.03)

« Un autre médecin, oui. Il aurait fallu avoir un système quand il y a trop de monde. Faire appel à quelqu'un pour évacuer un petit peu la salle d'attente quand c'est trop rempli. Un système d'astreintes ou... » (IDE.04)

« Et puis, peut-être mettre systématiquement deux médecins, même les week-ends, je ne sais pas. C'est à voir, parce que c'est vrai qu'en semaine, en règle générale, ils sont deux maintenant. Bon, pas tous les jours. C'est quand ils y a beaucoup de consultations ici, auquel cas, il y a l'interne qui double qui est affecté aux consultations des médecins. Auquel cas, l'interne des urgences est tout seul. Mais c'est quand même pas la majorité des cas. Mais, par contre, l'été, enfin en tout cas au mois d'août, et bien il est tout seul. Tout seul, tout seul, tout seul ! Donc, là, je pense que c'est indispensable. IN-DIS-PEN-SABLE ! C'est impossible de faire comprendre à quelqu'un qu'il n'y a qu'un seul médecin pour la région Rhône-Alpes. Personne ne peut entendre cet argument. Ce n'est pas possible ! Deuxième ville de France, on se dit « ah, il y a un souci » ! » (IDE.11)

Présence permanente d'un aide-soignant

« On l'a plus ou moins évoqué, mais il faudrait au moins une aide-soignante qui soit là pour au moins continuer l'accueil. Deux infirmières, ce n'est pas justifié, c'est vrai, mais au moins une aide-soignante.

Interviewer : Ca a déjà été évoqué ?

Répondant : Assez souvent ! Entre nous, on se disait qu'il faudrait au moins une aide-soignante, ça nous aiderait, ne serait-ce que pour nous aider à soulever les gens, les personnes âgées, les installer sur leur fauteuil, quand ils arrivent en couchettes ou en ambulance ou les emmener au scanner, parce que les services de transport de l'hôpital : « Ah, on ne peut pas ! ». Donc, on y va, on laisse le service et on va au scanner. Ce n'est pas normal.

Interviewer : Ça arrive régulièrement, ça ?

Répondant : Ah oui. En plus, c'est abandon de notre poste et s'il se passe quelque chose, il n'y a plus d'infirmière sur place, ce n'est pas normal. » (IDE.07)

«Après il y a effectivement le fait d'avoir plus de médecins, c'est sûr que vous avez plus de médecins, ça va plus vite. Vous avez plus d'avis de chef plus facilement, ça va plus vite aussi. Vous avez une infirmière qui a moins de tâches administratives, qui reste avec vous, ça va plus vite aussi. Je veux dire, souvent pour faire un fond d'œil, il faut souvent tenir la tête. Le patient il n'en a jamais eu, il a tendance à partir, donc on met 4 fois la lentille, donc ça énerve tout le monde. C'est sûr que c'est plus facile si l'infirmière reste à vos côtés, vraiment tout le temps. » (IHL.05)

«Ça passe par plus de personnel soignant, interne, chef et autres pour que ça aille plus rapidement. Même parfois avoir une aide-soignante et une infirmière ça serait bien aussi parce que quand vous êtes seule la nuit et que vous avez une patiente qui est en brancard, machin, rien que de le manipuler, enfin voilà on fait de la manutention, on fait quelque chose, donc on perd du temps à faire ça. » (IHL.05)

3.9.4 Organisation du travail

Plusieurs idées d'organisation du travail ont été avancées par les membres du personnel pour améliorer la prise en charge aux urgences. Le plus important pour eux, est de « fluidifier le flux » en faisant un tri dans les urgences. Faire la distinction entre les urgences réelles et les cas nécessitant une consultation soit d'un avis non spécialisé (médecin traitant), soit d'un avis rapide (mais pas urgent) et proposer dans ce dernier cas, des rendez-vous rapides, mais programmés. Enfin, gagner du temps pour la consultation en mettant à profit le temps d'attente pour rassembler les informations manquantes lors de l'interrogatoire du médecin.

«Toujours pareil, on en revient toujours aux mêmes trucs. Qu'il y ait quelqu'un avec nous, et peut-être, au niveau de la sélection des urgences, peut-être mettre en place un système où on n'accueille pas tout le monde. Je veux dire, une conjonctivite, il me semble que le généraliste, il peut s'en occuper. [...] Alors, ce qui pourrait améliorer la situation c'est, d'une part, pouvoir diminuer ce temps d'attente en faisant une sélection ciblée des urgences.» (IDE.11)

« Aiguiller, en fait je vous dis, il faudrait au moins un jeune interne qui fasse l'aiguillage en fait, qui trie les urgences correctement. Il y a un problème, il y a clairement un problème de tri quoi ! » (IHL.07)

« Sinon à part je vous dis, peut être proposer des rendez-vous rapides mais ça, ça serait très compliqué aussi je pense, proposer un rendez-vous pour le lendemain, pour tous ceux qui peuvent attendre » (IHL.01)

« Qu'est-ce qu'il y aurait d'autre ? Oui principalement c'est... un pré tri, comme je disais la feuille, il y a un petit questionnaire au patient comme ça, ça permet déjà de débrouiller un petit peu, ça lui laisse même le temps de réfléchir, comme ça souvent ils pensent à des choses auxquelles il oublie parce que d'un seul coup il est stressé quand il est assis en face de nous et qu'on lui pose plein de questions, toutes les minutes là d'un seul coup ; ça l'inhibe complètement et il sait plus ce qu'il voulait dire. Donc ça ça pourrait permettre d'avancer un petit peu aussi. » (IHL.05)

Enfin, trois autres propositions ont été formulées à plusieurs reprises : faire des urgences un service autonome et indépendant du reste du pavillon, mettre à disposition du matériel d'examens complémentaires directement aux urgences, et enfin, avoir la possibilité d'émettre des étiquettes sur place en permanence, par la présence continue d'un agent administratif.

Faire des urgences un service à part entière

« Ce serait déjà de considérer les urgences comme un service entier. Je veux dire par là, ne pas avoir tout ce qui vient se greffer dessus. Ça, je trouve que c'est très important. » (IDE.06)

Nécessité de matériel supplémentaire aux urgences

« Oui, la salle d'examen va être ici en fait, là-bas on a rien de l'autre côté, on va avoir le petit scanner, l'OCT, du coup la nuit on prend les clés de la grande salle, on ouvre, on rallume tout, on s'installe. Donc au moins la lecture, c'est quand même la base de notre examen, je ne dis pas qu'il faut avoir des doublons des appareils dans notre couloir, je suis réaliste mais je veux dire au moins avoir de quoi faire lire un patient aux urgences je pense que c'est la moindre des choses. » (IHL.05)

« Il faudrait un réfracto chez nous. On n'a pas de réfractomètre automatique. Pour faire lire les patients, on doit aller de l'autre côté. Pareil, on ne peut pas prendre la tension de façon automatique aux urgences, alors on la prend à la main, ce n'est pas grave mais ça prend plus de temps. Mais, voilà... Les examens complémentaires, on est obligé d'aller de l'autre côté du service pour les faire. On aimerait bien pouvoir faire des photos tout de suite, comme ça, même si on a besoin d'un avis, on peut faire voir la photo de ce qu'on a. Ce serait pas mal. » (IHL.04)

Présence continue d'un agent administratif pour les étiquettes

« je pense que ça fait pas partie des choses qui pourront être faisables mais, dans l'idéal, ça serait bien qu'il y ait un guichet administratif » (IDE.12)

« Si on pouvait avoir un service administratif qui soit permanent. » (IDE.06)

4. Discussion

4.1 Description de la violence par les professionnels de santé

La typologie des actes de violence et incivilités (AVI) élaborée d'après l'expérience des répondants est un continuum de six catégories de gravité croissante : les incivilités, les vulgarités, le déni de reconnaissance, les insultes et les gestes agressifs. Ce résultat contraste avec ceux de la littérature qui établissent une catégorisation beaucoup plus schématique puisqu'ils distinguent essentiellement incivilités, violence verbale et violence physique [7]. Les résultats de cette étude apportent donc non seulement plus de précisions sur les types d'AVI auxquels les membres du personnel doivent faire face, mais ils permettent aussi de constituer une échelle de gravité de ces AVI, qui est directement fonction des exigences émotionnelles requises.

Le récit que font les répondants de leur expérience professionnelle montre que ces derniers sont largement plus exposés à la violence verbale que physique. Ce résultat diffère d'avec les données de la littérature scientifique, notamment la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail qui rapporte plus d'actes avérés de violence physique que de menaces de violence [16].

Le dernier bilan annuel de l'ONVS abonde en ce sens et apporte certaines précisions concernant spécifiquement les services d'urgences [17]. Ils sont atteints par la violence physique à hauteur du quart des incidents, ce qui reste bien supérieur aux résultats observés dans cette étude. Il est possible de formuler l'hypothèse que cette différence observée est attribuable au fait que le service étudié soit un service d'urgences spécialisées, alors que la littérature et les résultats de l'ONVS traitent des services d'urgences générales recevant une clientèle différente.

Force est de constater que la typologie élaborée grâce aux entretiens est plus précise que celle de l'ONVS. Cela est probablement dû au fait que la grille d'analyse des entretiens de cette étude est plus fine que la catégorisation de l'ONVS qui a par ailleurs une autre finalité. En effet, cette dernière a pour but de fournir des informations statistiques de criminalité, et

est donc fondée sur le code pénal. Elle exclut donc toute la partie invisible de la violence verbale quotidienne liée aux attentes, exigences et demandes répétées du public. La mise en évidence de cette « violence invisible » est importante dans la mesure où elle peut entraîner un retentissement considérable sur la santé des agents hospitaliers.

La classification initialement prévue par l'étude PREVURGO, adaptée de celle de l'ONVS, prévoit quatre niveaux de gravité croissante, prouvant que la typologie élaborée à partir de l'expérience du personnel est plus affinée puisqu'elle en comporte six. Le niveau 1 comprend le « harcèlement, l'incivilité ou l'impolitesse ». Selon les résultats de l'étude, le « harcèlement » correspond aux demandes répétées. L'hypothèse que ce niveau de gravité soit sous-estimé dans les résultats de PREVURGO peut être formulée puisque le critère de jugement principal consiste à comptabiliser le taux de violence déclaré par le personnel. Or, le « harcèlement » ne fait actuellement pas l'objet d'une déclaration de violence dans les habitudes du personnel.

Le niveau 2, injure ou insulte, met sur le même pied d'égalité les vulgarités et les insultes de la typologie construite par l'étude qualitative, évinçant ainsi le déni de reconnaissance qui ne rentre alors pas forcément dans une des catégories prévues par PREVURGO. On peut alors supposer qu'il ne sera pas déclaré.

Les niveaux 3 (menace verbale et physique) et 4 (violence volontaire, coups et blessures, acte de vandalisme ou dégradation de matériel) sont un mélange des deux derniers niveaux de la typologie élaborée par le personnel comprenant les menaces verbales et les gestes agressifs (aboutissant ou non à des coups et blessures ou dégradation de matériel).

En conclusion, la typologie de PREVURGO et celle de l'étude qualitative sont globalement proches mais on peut supposer que les déclarations risquent de sous-évaluer le phénomène des AVI en raison des différences qui les séparent.

4.2 Réactions des professionnels face aux AVI

4.2.1 Sentiments éprouvés par le personnel

Face à cette atmosphère permanente de faits d'agressivité, le personnel doit mobiliser des ressources considérables pour cacher ses émotions, appelées « exigences émotionnelles »

par Gollac [2]. Il s'agit du sentiment d'impuissance, des conflits de valeur et de la peur, mais également d'un panel d'autres émotions dites émotions négatives : blessure, douleur, atteinte à la dignité, lassitude, agacement, énervement, réprobation, indignation, révolte et colère. Ces résultats confortent ce qui a déjà été publié [24, 25].

Un résultat est plus marqué que dans la littérature lorsque les répondants parlent d'atteinte à la dignité. Les insultes à caractère sexuel identifiées dans cette étude sont particulièrement fréquentes et habituelles, et s'adressent à un personnel presque entièrement féminin. Plusieurs répondants ont déclaré avoir du mal à se remémorer ces insultes, ou ont été réticents à accepter de nous les faire partager. Ces insultes répétées à caractère sexuel sont de nature à porter atteinte à l'image que les infirmières et les aides-soignantes se font d'elles-mêmes, mais aussi de leur métier. Ces atteintes personnelles n'ont pas (ou peu) d'espace de discussion pour être évoquées avec l'équipe, la hiérarchie ou la direction, ce qui contribue à une forme de non-reconnaissance des violences verbales habituelles à caractère sexuel.

Ces sentiments éprouvés par le personnel hospitalier représentent un risque pour la santé mentale des agents par leur fréquence et leur intensité. Les RPS identifiés dans cette étude déclenchent moins de blessures physiques ou de traumatismes psychiques susceptibles d'entraîner un stress post-traumatique. Mais cet état de tension émotionnelle continue provoquée par tous les incidents de violence a des effets à moyen et long terme en matière de décompensation anxieuse et/ou dépressive [16]. Plusieurs répondants ont mentionné éprouver ponctuellement des troubles du sommeil. L'impression générale qui émanait de plusieurs entrevues était celle d'une lassitude. Il a également été observé un syndrome d'épuisement professionnel chez un agent prouvant que les conséquences d'une telle situation peuvent être graves.

4.2.2 Stratégies d'adaptation comportementale et limites personnelles

Les répondants ont décrit leurs stratégies professionnelles pour désamorcer la situation lors de la survenue d'AVI. Les comportements adoptés ont été décrits en termes de contrôle de soi ou de la situation, d'explications, de recadrage, d'humour et de passivité. Ces stratégies

d'adaptation comportementales correspondent pour certaines aux techniques enseignées lors des formations diverses sur la gestion de telles situations. Cependant, il est intéressant de remarquer que finalement peu de répondants ont dit avoir bénéficié de ce type de formations alors qu'ils sont nombreux à rapporter de tels comportements.

Certains participants ont évoqué avoir élaboré des stratégies préventives particulières : aller se présenter en salle d'attente au début de la prise de poste ; effectuer régulièrement des passages dans le couloir ou dans les salles d'attente ; laisser délibérément la porte du bureau infirmier ouverte. Ces stratégies sont mises en œuvre pour désamorcer la tension, aller au-devant des questions et diminuer le sentiment de frustration chez les patients et les accompagnants. Cependant, ces stratégies ne sont pas émises par toutes les infirmières, dont certaines adoptent des comportements inverses en évitant au maximum les contacts avec les patients et les accompagnants par lassitude ou par crainte des conflits. Ces divergences de stratégies individuelles sont un résultat intéressant de l'étude car elles peuvent ouvrir des pistes de progrès. Les « bonnes pratiques » préventives adoptées par certaines infirmières semblent pouvoir être recommandées à l'ensemble du personnel et faire l'objet d'un partage d'expérience. L'importance d'une démarche proactive allant au-devant des patients pour prévenir et/ou désamorcer les conflits a également été soulignée dans la littérature [23]. Dans la même ligne, il a été reconnu par les infirmières que les accompagnants de la famille pouvaient être contrariés par le manque d'information et une mauvaise communication [25].

Par ailleurs, il a été mentionné dans la littérature que la peur et les effets de la violence pouvaient induire chez les infirmières des attitudes de cynisme et d'évitement des patients [23]. Il est raisonnable de penser que ces comportements peuvent induire à leur tour des attitudes d'incivilité ou de violence chez les patients et les accompagnants. C'est pourquoi de telles attitudes chez les professionnels de santé devraient être des signaux d'alerte pour les collègues et l'encadrement, devant inciter à l'identification et au soutien des professionnels en difficulté. Le cas échéant, les services de médecine et santé au travail sont les ressources les plus légitimes, les plus proches et les plus disponibles pour participer à cette vigilance envers la santé au travail des personnes confrontées à la violence.

Néanmoins, plusieurs membres du personnel ont reconnu avec simplicité leurs limites personnelles, en ayant conscience de pouvoir contribuer parfois au climat d'agressivité. Ces résultats sont concordants avec d'autres études publiées par Levin [32] et Lau [29, 30]. Les comportements suivants ont été évoqués par les participants comme étant susceptibles ponctuellement de participer au climat de tension et/ou à l'escalade conflictuelle : adopter un ton trop cassant ; hausser le ton de la voix ; exprimer ses pensées sans retenue ; répondre "du tac au tac". Ces limites personnelles sont directement liées par les répondants à leur état de lassitude et de fatigue, plus particulièrement en fin de poste. Ces résultats sont également intéressants à plusieurs titres. Ils identifient des pistes de progrès en terme de formation des individus à la gestion des situations difficiles et des relations conflictuelles. Ils ouvrent également une perspective différente sur les notions de fermeté et de recadrage qui sont parmi les autres stratégies de comportements adoptées. En effet, l'équilibre est parfois difficile entre la nécessité d'adopter une attitude de fermeté face à des comportements incivils, et la nécessité d'éviter un ton trop abrupt ou trop cassant qui alimente le conflit au lieu de le désamorcer. Ce dilemme a également été souligné dans d'autres contextes [24].

Bien que cela n'ait pas été mentionné explicitement par les répondants, on peut formuler l'hypothèse que la conscience des répondants de leurs limites personnelles dans les situations difficiles soit prise en compte dans leur décision de ne pas effectuer de signalement après un acte de violence ou d'incivilité.

4.3 Pratiques de signalement

4.3.1 Phénomène de sous déclaration

Seule la moitié des répondants a dit avoir fait au moins une déclaration interne de violence via le système informatique (ENNOV). Les pratiques sont très hétérogènes. Trois facteurs peuvent l'expliquer. Il s'agit de la construction de la signification de la violence par chaque agent, des motivations des agents et de la perception de l'utilité de la déclaration.

Par la construction de la signification de la violence, les répondants élaborent un niveau de gravité de l'incident pour lesquels ils se fixent un seuil de tolérance au-delà duquel ils

effectueront une déclaration. Ce seuil est différent pour chaque membre du personnel, et peut par exemple être l'insulte, le niveau de dangerosité ou le manque de respect. Cette notion de seuil de tolérance n'est pas décrite explicitement dans la littérature scientifique. Les motivations d'une déclaration sont assez variables selon les répondants. Elles peuvent être simplement un mécanisme de défense psychologique, une manière d'être entendu, d'alourdir les statistiques, de faire remonter à l'administration ou de se couvrir sur un plan médico-légal. Ces motivations sont donc très dépendantes de la personnalité des agents et il est supposable que si elles sont absentes, elles participeront indirectement à une sous déclaration des évènements.

Le dernier facteur explicatif de la sous déclaration est la perception de l'utilité de la déclaration et des retombées attendues par les répondants. Au vu de la perception de l'utilité et de la sous déclaration qui règnent actuellement dans le service, il est important et nécessaire de sensibiliser les membres du personnel à la déclaration en leur expliquant la finalité de l'étude PREVURGO, puisque le nombre de déclarations est le critère de jugement principal de l'étude.

4.3.2 Construction de la signification de la violence

Les résultats montrent par le nombre et la qualité des incidents compréhensibles de la part des répondants que ces derniers construisent eux-mêmes leur propre signification de la violence. Il a été constaté que les membres du personnel excusent un certain nombre de comportements. Ils éprouvent de l'empathie pour le temps d'attente subi par les patients, qu'ils trouvent eux aussi déraisonnable, et ils comprennent le fait que les usagers soient anxieux du fait de leur pathologie. Au contraire, ils tolèrent mal les patients qui sont à l'origine d'AVI alors même que le motif de leur présence ne leur semble pas (ou peu) justifié. Ces trois facteurs influent directement sur le niveau de gravité d'un incident par une équation pondérée par chaque agent et pour chaque cas. Les membres du personnel élaborent ainsi leur signification de la violence dont les pratiques de signalement découlent de façon directe.

Dans la littérature qualitative, Levin aborde également le fait que des facteurs comme le caractère non intentionnel des agressions, par exemple, rendent plus compréhensibles et acceptables certains actes, particulièrement lorsque la pathologie sous-jacente était de nature à pouvoir les expliquer (chez les patients psychiatriques notamment) [23]. Luck apporte des précisions permettant de formuler également l'hypothèse que la construction de la signification de la violence au cas par cas peut contribuer au phénomène de sous déclaration [26]. Il explique que le degré de personnalisation de la violence, la présence de facteurs atténuants liés à la pathologie ou au patient et le motif de la présentation aux urgences permettent de construire une signification au cas par cas de la violence subie.

4.3.3 Perception de l'utilité

La perception de l'utilité de la déclaration interne par les membres du personnel est globalement faible. Ce constat est porté suite aux retombées de déclarations précédentes. Cependant, parmi les déclarants, les deux points jugés comme étant utiles sont le fait d'être reconnu comme victime (et parfois l'agresseur comme coupable) et le fait de faire remonter les situations à l'administration. L'espoir de changement ou d'amélioration est maigre voire inexistant. Aucun répondant n'a directement exprimé le fait que déclarer une violence sur ENNOV était utile.

Les résultats de la littérature scientifique vont dans ce sens. Winstanley souligne que les infirmières d'un service d'urgences regrettent l'absence de retour de l'encadrement supérieur, suite au signalement interne des incidents, les amenant à un sentiment d'isolement [24]. On peut alors supposer que l'expérience des retombées de déclarations précédentes amenant le personnel à croire à l'inutilité d'effectuer une déclaration est traduite par les membres du personnel comme un sentiment d'isolement face à l'administration dont il ne reçoivent pas le soutien nécessaire par ce biais d'appel à l'aide.

Cependant, les répondants (infirmières et aides-soignantes) ont souligné l'importance de la déclaration « non officielle » qu'ils faisaient à leur cadre de proximité par l'intermédiaire du cahier de relève. Ceci corrobore les constats de Levin lorsqu'il mentionne que les infirmières n'attendent aucun bénéfice ultérieur en terme d'actions correctives dans le signalement

interne des évènements de violence, tandis que le signalement auprès de l'encadrement est perçu comme pertinent [23].

Il est légitime d'émettre l'hypothèse que le faible sentiment d'utilité d'une déclaration interne de violence influence directement le taux de déclarations effectuées.

4.4 Conséquences sur le travail et la santé

4.4.1 Sur le travail

Les AVI ont des conséquences clairement identifiées par le personnel sur la qualité de leur travail, sur leur motivation au travail et surtout sur leurs relations avec les patients. Cette dernière conséquence ne fait qu'amplifier le phénomène de violence, apportant un argument supplémentaire pour justifier l'hypothèse proposée par Lau que le comportement du personnel peut participer au phénomène de violence [29, 30].

Le rapport de l'INRS insiste sur la dégradation des relations interpersonnelles amenant une tension au sein du collectif de travail, qui a été peu mentionnée directement par les répondants de cette étude. Ce rapport évoque cependant également une démotivation et un désengagement du travail [7]. Lorsque des AVI prennent une mauvaise tournure, on peut supposer que les soignants éprouvent une certaine culpabilité de ne pas avoir su ou pu maîtriser la situation, par manque de compétence ou d'expérience. Aggravé par leur état de fatigue environnant, ce sentiment est une source de démotivation, constatée chez certains répondants.

Une forme de désengagement a été retrouvée chez quelques membres du personnel lorsqu'ils expliquent ne plus oser affronter les patients et les éviter. La littérature qualitative cite aussi un sentiment de perte ou insuffisance professionnelle et un comportement d'évitement des patients (déjà évoqué ci-dessus) altérant la qualité des relations entre soignés et soignants, véritable cercle vicieux dans la survenue d'AVI et de leurs conséquences [23].

L'altération de la qualité des relations avec les patients peut être un facteur de diminution de la qualité des soins, comme plusieurs participants l'ont remarqué. Elle peut également

porter une atteinte indirecte à l'image de l'institution et à sa réputation, rapidement véhiculée par les patients en salle d'attente, puis à l'extérieur de l'hôpital. Ceci a été constaté pendant les périodes d'observations de terrain. Les publications confortent également ces résultats [7].

4.4.2 Sur la santé

Les conséquences psychosomatiques et psychologiques sur la santé des membres du personnel confirment les données de la littérature puisque troubles du sommeil, gastralgies, prise de poids et troubles anxio-dépressifs ont été observés chez les répondants [7]. Même si les conséquences des AVI sont plus évoquées par les répondants en terme de fréquence, sur le travail que sur la santé, l'importance des conséquences sur les personnes concernées est à souligner puisqu'elles sont allées jusqu'à l'arrêt maladie (pour épuisement professionnel) chez l'une d'entre elle. Cette dernière donnée a été acquise entre la fin des entrevues et la rédaction de ce travail. Les conséquences psychiques de travailler dans un contexte aussi chargé en AVI sont donc graves, mais elles ne touchent heureusement pas tous les répondants avec une telle intensité. En revanche, les conséquences physiques liées à d'éventuels coups et blessures n'ont pas été évoquées.

4.5 Causes des AVI et solutions identifiées

Les principales causes des AVI retenues par les participants sont l'attente importante due au manque de personnel, un certain nombre de facteurs qui ont trait à l'organisation du travail, et enfin, l'évolution de la société. Il existe des solutions suggérées par les répondants à certaines causes identifiées directement par le personnel ou bien indirectement par l'analyse des résultats de l'étude. L'étude PREVURGO propose des interventions correctives d'une partie des facteurs causaux, mais tous ne trouvent pas de solutions.

4.5.1 Attente et manque de personnel, ordre de passage

Les délais d'attente pouvant atteindre huit heures, le personnel exprime un lien clair et direct entre les AVI et le temps d'attente très mal vécu par les patients. C'est d'autant plus

vrai lorsqu'ils n'ont pas ou peu d'informations sur leur ordre de passage ou le temps d'attente restant. Les répondants attribuent ce dernier essentiellement au manque de personnel, notamment d'un deuxième médecin. Cette observation s'inscrit dans les données de la littérature concernant la pénurie de médecins [7, 28, 29]. Dans la configuration du service des urgences au moment de l'étude, un médecin et une infirmière géraient en moyenne une soixantaine de patients par jour (avec des pics pouvant atteindre 120 personnes par jour). Il est aisé de comprendre que le temps d'attente est donc inévitable et quotidien.

Il est complexe de remédier aux restrictions de personnel, auxquelles l'étude PREVURGO n'apporte pas de solution. En revanche, l'intervention A (organisationnelle) par son algorithme de triage ainsi que l'affichage des délais d'attente prévus par l'intervention C (éducative) devraient engendrer l'émission d'un numéro d'ordre et d'estimer le temps d'attente restant. Cela permettrait d'apporter de précieux repères aux patients, de diminuer leurs demandes répétées à ce sujet auprès des soignants et par la même occasion de réduire l'interruption occasionnée de leurs tâches.

4.5.2 Organisation du travail

4.5.2.1 Circuit, signalétique et locaux

Les démarches administratives ainsi que le circuit que les patients doivent emprunter en fonction des horaires d'accueil sont compliqués et sources d'agressivité. La signalétique est peu apparente et peu adaptée, augmentant l'éventuelle angoisse des patients en quête de repères. Cette complexité est à l'origine de demandes répétées et d'interruptions de tâches. Enfin, les locaux, en termes d'agencement comme de confort, n'offrent pas la sécurité nécessaire aux membres du personnel et potentialisent un bon nombre d'évènements de violence. Les répondants ont ainsi cité l'absence de séparation des urgences du reste des services d'ophtalmologie, l'accès direct au box médical et la mauvaise configuration des salles d'attente.

Les solutions exprimées par les participants portent sur l'amélioration du confort en salle d'attente, par un effort de distraction des patients (télévision, musique) ou par l'installation de distributeurs de boissons (chaudes et froides). Ils proposent aussi un réaménagement du

double box médical, qui ne présente à ce jour que trop peu de confidentialité, et la présence permanente d'un agent administratif pour l'élaboration des étiquettes.

Les causes relevées par les répondants sont en adéquation avec ce qui a été publié [7, 23]. Cependant, il est intéressant de souligner que le manque d'informations reçues par les patients est une source indéniable d'agressivité, par incompréhension et méconnaissance du fonctionnement du service et donc de leur attente. Ce point a été remarqué de manière évidente lors des observations de terrain. Levin insiste sur l'importance des stratégies préventives à adopter avant les agressions, à savoir mieux informer les patients et les familles et intervenir en amont pour prévenir l'escalade de la violence [23].

Les solutions apportées par PREVURGO sont en adéquation avec la majorité des causes identifiées par les répondants et par la littérature [7, 19, 20, 23]. Outre les interventions déjà mentionnées dans la section ci-dessus (« attente »), il s'agit de l'intervention A (ou organisationnelle) grâce à une campagne d'affichage d'informations multiples. L'intervention B (approche environnementale) prévoit une signalétique claire, des locaux ordonnés, propres et éclairés. Enfin, l'intervention E (approche sécuritaire) propose une limitation d'accès à la zone de soins par un sas d'accès avec portes à code. L'amélioration du confort des locaux et la restauration de la confidentialité du box médical ne sont pas prévues dans l'étude PREVURGO, ni même un recours pour obtenir des étiquettes sans compliquer le circuit du patient.

4.5.2.2 Tâches de travail

La répartition et l'articulation des tâches de travail ne sont pas toujours très bien définies et les répondants reconnaissent que les aides-soignantes ou les infirmières peuvent se retrouver en difficulté dans certaines situations d'accueil, elles-mêmes génératrices d'agressivité. La charge de travail considérable et aléatoire avec la multiplicité des tâches et leurs interruptions sont des sources d'exposition à la violence. Enfin, le travail isolé en équipe réduite a fait l'objet de nombreux commentaires de la part des répondants comme étant un facteur essentiel de risque de survenue d'AVI et d'insécurité. Les observations de terrain, les propos de la cadre de santé ainsi que les données de la littérature corroborent parfaitement ces résultats [7, 33].

Les suggestions faites par le personnel pour améliorer ces facteurs concernent essentiellement une augmentation du personnel par la présence d'un deuxième médecin ou bien celle d'un aide-soignant en permanence aux urgences.

L'étude PREVURGO par les interventions proposées devrait permettre de réduire le nombre d'interruptions de tâches. En revanche, rien n'est prévu pour augmenter l'effectif de l'équipe, alors que la situation vécue est pesante, tant des points de vue émotionnel et charge de travail, que sur le plan de la responsabilité des soignants.

4.5.2.3 Relations sociales

Les relations sociales sont considérées comme globalement bonnes par les soignants et leur encadrement. Mais les observations de terrain couplées aux entretiens révèlent les limites de ces relations, du fait de l'absence de cohésion des différentes catégories de personnel autour du travail.

Aucune solution n'a été suggérée par les répondants ou les interventions de PREVURGO dans ce domaine. Cependant la littérature quantitative comme la recherche qualitative insistent sur leur importance [2, 7, 33]. « *Constituer des collectifs de travail soudés limite les erreurs, permet la cohérence des soins, l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents* » [34].

On peut émettre l'hypothèse que l'ouverture d'un poste d'aide-soignant en continu aux urgences pourrait constituer une solution pour souder le collectif.

Les relations étant globalement bonnes, les répondants ont rapporté que le soutien social de leurs collègues était efficace. Concernant la hiérarchie, la cadre de proximité apporte un soutien sur de multiples plans, assurant entre autres aux membres du personnel valorisation, conseils professionnels et secours en cas de situation de violence. Les occasions trop rares de communiquer avec les médecins et le chef de service ont été mentionnées comme un regret. Les attentes du personnel envers l'administration sont plus fortes que ce que cette dernière ne leur apporte actuellement.

La recherche de Winstanley conforte et précise ces résultats en décrivant un sentiment d'appartenance grâce au soutien des collègues et au sentiment d'être intégré au sein du groupe [24]. Par opposition, il explique un sentiment d'isolement par le faible soutien de la hiérarchie, l'absence de retour de l'encadrement suite au signalement interne des incidents, puis la peur et l'isolement total face à des situations difficiles et dangereuses.

Ce qui a été observé est conforté par l'étude de Winstanley, qui explique que les discussions informelles autour d'un café durant la pause étaient perçues comme plus importantes que les mécanismes formels de retour d'incident (par besoin d'empathie essentiellement) [24]. Les répondants, comme l'étude PREVURGO, ne proposent pas de solution d'amélioration de cette situation. Seule la cadre avait émis l'idée de participation régulière de la psychologue du personnel, sans suite donnée.

Il est probable que des réunions formalisées, bien que décrites comme moins importantes que les informelles, pourraient aider à souder le collectif du travail en partageant ses expériences, ses techniques et en l'amenant à être force de proposition pour la prévention de la violence dans leur service. Il en est de même pour les réunions de services.

4.5.2.6 Formation individuelle

La formation individuelle à la gestion des situations de violence a peu été évoquée par les répondants. Cependant, la cadre de santé l'a mentionnée, en expliquant qu'elle était plus appropriée pour les nouveaux arrivants et les membres les plus en difficulté. Cette formation n'a finalement pas été identifiée dans les causes des AVI et n'a donc pas été proposée comme solution, ni par les répondants, ni par PREVURGO.

Les études de recherche qualitative révèlent pourtant le sentiment de manque de compétences des infirmières à la gestion d'agressions, l'oubli de l'enseignement faute de mise en pratique et le fait que les formations n'étaient pas forcément adaptées à leurs spécificités [23-25]. Les formations faisaient même parties des propositions élaborées par les infirmières sous forme de programmes sur une base continue et obligatoire.

On peut supposer que la formation individuelle à la gestion de la violence et aux contre-attitudes reste une solution prometteuse aux limites personnelles identifiées et également à la difficulté d'avoir recours à un recadrage qui n'alimente pas la violence.

4.5.2.7 Périodes de l'année

Les répondants ont insisté sur le nombre élevé d'AVI durant les périodes de congés, notamment l'été, quand le temps d'attente est souvent le plus long. Il serait intéressant d'évaluer quelle forme de soutien les autres services hospitaliers pourraient apporter dans ce contexte.

4.5.2.8 Les secrétariats

La problématique de l'organisation des secrétariats a été mentionnée par de nombreux répondants, avec des glissements importants de tâches auprès des autres catégories de personnel (aides-soignantes et infirmières). Il en résulte une augmentation des interruptions de tâches pour répondre au téléphone. Ces interruptions de tâches ajoutent indéniablement à la pénibilité du travail et au ralentissement du fonctionnement du service des urgences, ce qui a été constaté à plusieurs reprises pendant la période d'observations sur le terrain. L'étude PREVURGO ne proposant pas d'intervention à ce niveau, il est recommandé d'aborder la problématique des secrétariats et de la prise des rendez-vous de façon parallèle à l'étude.

4.5.3 Evolution de la société

Les répondants ont souvent évoqué l'importance de l'évolution de la société, avec une intolérance marquée à la frustration, un manque de politesse et de respect de la fonction publique accrues. Cela se traduit par une augmentation des AVI, ressentie par le personnel.

Les données de la littérature ainsi que celles de la presse quotidienne nationale confortent largement ces résultats [1, 15]. La médiatisation récente de plusieurs agressions dans des hôpitaux, à Marseille et à Bourgoin-Jallieu, place à la une de l'actualité le mal être et l'inquiétude du personnel de santé face à la recrudescence des violences aux urgences [35, 36]. Une tendance lourde corroborée par les témoignages de nombreux professionnels de santé : « *Le phénomène a pris de l'ampleur au cours des dernières années* », rapportait le docteur Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France, dans le Figaro du 27 août 2013 [35].

4.6 Forces et limites de l'étude

L'intérêt principal de cette étude est d'avoir évalué la perception des AVI, leurs causes et les solutions identifiées par le point de vue des acteurs du service. Elle permet de faire le lien

entre l'attente du personnel et les interventions prévues par l'étude PREVURGO. Cette approche ouverte a permis d'établir plusieurs résultats inattendus susceptibles d'avoir des retombées pratiques et scientifiques à la suite de l'étude PREVURGO.

Plusieurs critères de rigueur méthodologique ont été appliqués afin de garantir la validité des résultats. Le choix des participants à partir de l'échantillonnage ouvert a permis d'inclure dans l'étude un maximum de membres du personnel participant aux urgences, garantissant une vision aussi complète que possible de la représentation que se font les répondants des AVI, de leurs réactions et de leurs pratiques de signalement, ainsi que des causes et conséquences des AVI. La triangulation des méthodes de collecte des données (observations, entrevues, réunion du comité de pilotage, journal de bord, séances d'information, fiches de signalement de violence) a favorisé le recoupement de plusieurs résultats, leur conférant également une plus grande validité. La triangulation des chercheurs au moment des observations, des entrevues et du processus d'analyse des données a permis de constater l'absence de nouveaux résultats sur les dernières entrevues (hormis celle de la cadre de santé qui est une spécificité à elle seule), correspondant au phénomène de saturation des données. L'ensemble de ces critères répond aux recommandations en matière de bonne pratique de recherche qualitative [37].

Les limites de l'étude portent d'une part sur la méthode de récolte des données. En effet, certains répondants ont parfois eu des difficultés à élaborer et exprimer leur opinion en cours de discussion durant l'entrevue semi-structurée. Devant ces difficultés, il est possible de considérer que certaines questions auraient pu être libellées de façon plus simple et compréhensible pour les répondants. D'autres participants semblent avoir hésité à se confier, peut-être par l'aspect intimidant de la démarche, par peur de retombées hiérarchiques ou par la difficulté à formuler certaines pensées. Ces limites ont pu fausser les résultats en sous-évaluant certains aspects. Sur le plan méthodologique, il n'a pas été possible, faute de temps, d'explorer le point de vue de l'autre infirmier (fixe) de nuit qui n'aurait cependant probablement pas apporté de nouvelles données, tant celles-ci ont été saturées. Néanmoins, il n'a pas été possible, faute de temps, mais également de système de pool tournant de l'accueil administratif, de recueillir le point de vue des agents responsables de l'émission des étiquettes. En outre, certains résultats n'ont pas pu être explorés en profondeur, ce qui limite leur portée.

Enfin, la subjectivité des chercheurs peut avoir influencé la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Cependant, la prise de notes sur le terrain (journal de bord) et les discussions entre chercheurs sont susceptibles d'avoir diminué l'influence de possibles biais, qui pourront également être discutés après la communication des résultats auprès des participants, des médecins et des concepteurs de l'étude PREVURGO.

5. Conclusion

La violence au travail est un risque psychosocial grandissant pour la santé au travail des salariés. Le personnel de santé appartient à l'une des catégories les plus touchées par ce phénomène, et particulièrement dans les services d'urgences. Cette étude a été conduite auprès des membres du personnel des urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon pour explorer leurs représentations des actes de violence et d'incivilités vécus quotidiennement.

Les résultats ont permis d'identifier une typologie des actes de violence et d'incivilités sur un continuum de gravité croissante. Les épisodes quotidiens de violence verbale entraînaient un fond permanent d'exigences émotionnelles, tandis qu'il y avait peu d'épisodes de violence physique. Une sous-déclaration des événements de violence a été soulignée par le personnel avec un faible sentiment d'utilité de ces déclarations. L'organisation même du travail limitait une entraide collective qui puisse faire rempart aux débordements. Des locaux inadaptés, une équipe médicale et paramédicale réduite, et le soutien incertain du service de sécurité intérieure étaient les autres facteurs dans l'organisation du travail, identifiés comme favorisant la survenue d'épisodes de violence. Le personnel interrogé a établi un lien direct et unanime entre le temps d'attente aux urgences et l'agressivité du public. Les suggestions avancées pour réduire l'attente et l'agressivité impliquaient une réorganisation des locaux, une amélioration de la signalétique et des informations du public, et une augmentation des effectifs de l'équipe d'accueil aux urgences. Les effets de la violence sur la santé des agents étaient contrastés selon les personnes, allant de la simple tension psychologique jusqu'à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel. Les effets mentionnés de la violence sur le travail pouvaient être une baisse de la motivation et des qualités d'accueil envers les usagers. Plusieurs agents ont reconnu avec simplicité leurs propres limites, susceptibles de participer aux épisodes d'agressivité ou de violence.

Les interventions proposées par le programme de prévention PREVURGO pour réduire la violence et les incivilités aux urgences sont en adéquation avec les causes identifiées par les

membres du personnel et observées dans cette étude (interventions sur les locaux, la signalétique et l'information du public). Des effets positifs peuvent donc légitimement être attendus de ces interventions. Cependant, la question de la juste allocation des moyens humains à la fréquentation des urgences reste posée, quelles que soient les améliorations apportées en terme d'organisation. En effet, il a été constaté que l'absence de personnel pour assurer un accueil permanent du public aux urgences était une source d'agressivité supplémentaire. Il reste également en suspens les questions relatives à l'articulation des tâches médicales, paramédicales et administratives (secrétariat et étiquettes) qui ont été soulevées par les répondants et sont peu abordées par les interventions du programme PREVURGO. Enfin, la qualité de fonctionnement du collectif de travail est de nature à influencer le degré de mise en œuvre des interventions et la dynamique de progrès supposée en découler. Ces résultats plaident pour l'animation d'espaces réguliers de partage entre les différentes catégories de personnel autour de l'organisation du travail et des interventions mises en place pour réduire les actes de violence et d'incivilités.

Le Président de la thèse,



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 18 septembre 2013

24 SEP. 2013

Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme BEIGNET



Vu : Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



Professeur François-Noël GILLY



Références

1. Dejours, C., *Commission "Violence, travail, emploi, santé"*. 2005, Ministère de la santé et des solidarités Paris.
2. Gollac, M., *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*. 2011.
3. Nasse, P. and P. Légeron, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. 2008.
4. Vaananen, A., et al., *Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: an 18-year prospective study of industrial employees*. Am J Public Health, 2008. **98**(12): p. 2264-71.
5. Vaananen, A., et al., *Formulation of work stress in 1960-2000: analysis of scientific works from the perspective of historical sociology*. Soc Sci Med, 2012. **75**(5): p. 784-94.
6. Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*. sous la direction de E. G Krug et al., 2002.
7. INRS, *Quand travailler expose un risque d'agression : des incivilités aux violences* 2010, Institut national de la recherche et de la sécurité.
8. Bureau International du Travail, *Recueil des données pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*. Genève, 2003: p. 4.
9. Merchant, J.A. and J.A. Lundell, *Workplace violence: a report to the nation*. (Rapport n° R13/CCR717056-01) University of Iowa, 2001.
10. Roché, S., *Transports et incivilités*. Expertise pour le prédict, Paris, Ministère de l'équipement, des transports et du logement, 2000.
11. Debout, M., *Travail, violences et environnement*. Paris: les éditions des journaux officiels. Avis et rapports du conseil économique et social, 1999.
12. European Agency for Safety and Health at Work, *Workplace Violence and Harassment: a European Picture* 2011.
13. DARES, *Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales*, in *Premières synthèses: n°15.1*. 2007, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
14. INRS, *Travail et agressions. Etat des lieux et prévention des risques*. 2003.
15. HCSP, *Rapport "Violences et santé"*. 2004, Haut comité de la santé publique.

16. Parent-Thirion, A., et al., *Violence, harassment and discrimination in the workplace*, in *Fourth European working conditions survey*. 2007, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Luxembourg : Office for official publications of the European communities. p. 32-37.
17. Observatoire national des violences en milieu de santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier: Année 2012*. 2013, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
18. Observatoire national des violences en milieu de santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier: Année 2011*. 2012, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
19. Anderson, L., M. FitzGerald, and L. Luck, *An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**(17-18): p. 2520-2530.
20. Taylor, J.L. and L. Rew, *A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **20**(7-8): p. 1072-1085.
21. Canadian Association of Emergency Physicians, *Joint Position Statement on emergency department overcrowding*. CJEM, 2001. **3**(2): p. 82-8.
22. Stirling, G., J.E. Higgins, and M.W. Cooke, *Violence in A&E departments: a systematic review of the literature*. Accid Emerg Nurs, 2001. **9**(2): p. 77-85.
23. Levin, P.F., J.B. Hewitt, and S.T. Misner, *Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments*. Image J Nurs Sch, 1998. **30**(3): p. 249-54.
24. Winstanley, S. and R. Whittington, *Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2002(412): p. 144-7.
25. Catlette, M., *A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers*. J Emerg Nurs, 2005. **31**(6): p. 519-25.
26. Luck, L., D. Jackson, and K. Usher, *Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence*. J Clin Nurs, 2007. **17**(8): p. 1071-8.
27. Chapman, R., et al., *Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation*. Int J Ment Health Nurs, 2010. **19**(3): p. 186-94.
28. Pich, J., et al., *Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study*. Int Emerg Nurs, 2011. **19**(1): p. 12-9.
29. Lau, J.B., J. Magarey, and R. Wiechula, *Violence in the emergency department: an ethnographic study (part II)*. International emergency nursing, 2012. **20**(3): p. 126-32.

30. Lau, J.B., J. Magarey, and R. Wiechula, *Violence in the emergency department: an ethnographic study (part I)*. *International emergency nursing*, 2012. **20**(2): p. 69-75.
31. Mucchielli, A., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. 2004: p. 226.
32. Levin, P.F., B.J. Hewitt, and S.T. Misner, *Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments*. *Image: the journal of nursing scholarship*, 1998.
33. Estry-Behar, M., et al., *[Factors associated with violence against healthcare workers: results of the European Presst-Next study]*. *Presse Medicale*, 2007. **36**(1 Pt 1): p. 21-35.
34. Estry-Behar, M., et al., *[Factors associated with violence against healthcare workers: results of the European Presst-Next study]*. *Presse Med*, 2007. **36**(1 Pt 1): p. 21-35.
35. Gauron, R., *Patrick Pelloux: "l'attente est le principal facteur de violence aux urgences"*. *Le Figaro*, 2013.
36. Masse-Stamberger, B., *Marseille: malaise à l'hôpital*. *l'Express*, 2013.
37. Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig, *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. *Int J Qual Health Care*, 2007. **19**(6): p. 349-357.

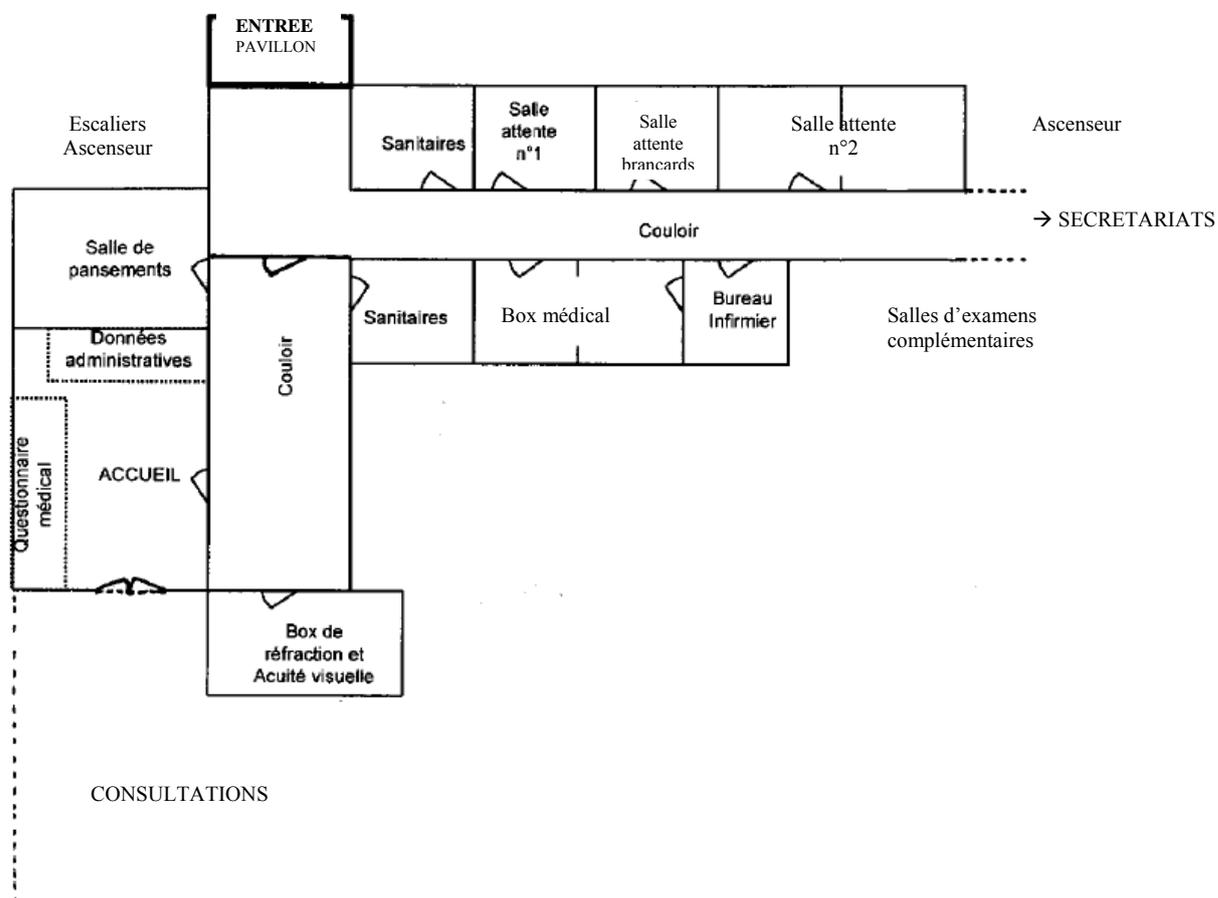
Annexes

Annexe 1 : Personnel et plan du service des urgences ophtalmologiques du pavillon C

| JOURNEE | | NUIT | |
|---------------------------------------------------|---------------|----------------------|---------------|
| Profil du poste | Plage horaire | Profil du poste | Plage horaire |
| 1 ETP infirmier | 7h00 - 21h00 | | |
| 1 ETP aide soignant | 8h00 - 18h00 | | |
| 1 ETP agent administratif (cotation des actes) | 9h00 - 16h50 | | |
| 1 ETP agent administratif (Emission dossier) | 7h30 - 16h20 | 1 ETP infirmier | 21h00 - 7h00 |
| 1 ETP interne* | 8h30 - 17h00 | 1 ETP interne | 17h00 - 8h30 |
| 1 ETP étudiant (externe) | 8h00 - 12h00 | 1 Senior d'astreinte | 18h00 - 8h30 |
| 2 ETP élève orthoptiste | 8h30 - 16h30 | | |
| 1 Senior d'astreinte | 8h30 - 18h00 | | |

* 1 deuxième interne de spécialité est mobilisé en période de vacances scolaires.

Le pool de personnel affecté aux urgences regroupe 10 infirmiers (7 de jour et 3 de nuit), 5 aides-soignantes, des agents administratifs, 5 élèves orthoptistes, 8 internes de spécialité, 2 assistants chefs de clinique, 2,5 Equivalent Temps Plein de praticiens hospitaliers et le chef de service.



Annexe 2 : Facteurs liés à l'agressivité d'après les observations de terrain

{Août-Septembre 2012}

L'identification de ces facteurs a procédé de façon inductive (sans référence initiale à la littérature scientifique) par les 3 chercheurs qui ont mis en commun leurs notes d'observation et leurs impressions. Le style télégraphique correspond à celui des notes prises sur le terrain et partagées ensuite.

Abréviations :

| | |
|-----|--------------------------------|
| BI | = bureau infirmier |
| SDA | = salle d'attente |
| PEC | = prise en charge |
| BM | = box médical |
| IDE | = Infirmière Diplômée d'Etat |
| WE | = week-end |
| IHL | = Interne des Hôpitaux de Lyon |
| ASD | = Aide-soignante Diplômée |
| HCL | = Hospices Civils de Lyon |

1/ Facteurs favorisant dans l'organisation du service

(et par extension des HCL et de la ville) :

1a/ Locaux : qualité d'accueil des lieux à revoir

- architecture :
 - lieu de passage, ouvert à tout le monde, éviter des va et vient, interruption de tâches, défilé...
 - désorganisation / éloignement Accueil –BI-SDA
 - SDA inappropriées, trop petites, en prévoir des différentes pour les patients en cours de PEC et ceux qui attendent encore leur tour
- signalétique : tout à revoir (visibilité, unicité, parcours fléché...)
- vétusté :
 - WC (propreté odeur savon papier etc.)
 - éclairage
 - confort (chaises, revues, distributeurs boissons, nombre de places assises adapté, éviter promiscuité, insonorisation lors de la PEC médicale/confidentialité)

1b/ Accueil général et manque d'informations

- manque d'accueil physique au niveau des SDA (ce sont les patients entre eux qui se renseignent), absences d'interlocuteurs, assaillent les BI et BM
- manque d'information (orale + affiches visibles) sur le fonctionnement, le délai d'attente, la PEC avec examens, le mode d'appel, l'équipe...
- manque d'un accueil téléphonique (encore géré par l'IDE)

1c/ Temps d'attente et ordre de passage

- longue attente
- soucieux +++ de leur ordre de passage (numéro à prévoir ?) vont sans arrêt déranger l'IDE
Pour savoir
- renvoi des gens en leur disant de revenir plus tard (problème de responsabilité ?)
- système manuel du cahier peut faire « sauter » des gens ?

1d/ Effectif insuffisant et répartition des tâches : (fiches de poste ?)

- 1 seule IDE (polyvalence et interruption des tâches : répond au tel, accompagne en hospit, administratif, entretien/rangement SDA, sollicitations multiples et variées car lieu de passage)
- 1 seul IHL (flux énorme, et les soirs et WE se déplace aussi en pavillon pour donner des avis) → laisse l'IDE seule
- travail isolé / sécurité (les soirs et week-ends)
- que font vraiment les ASD au niveau des urgences?
- en cas de geste stérile, plus personne pour s'occuper de l'accueil des gens.
- le matin et au moment des repas et des pauses, à priori effectif ZERO (sauf réelle urgence) pour ne pas réveiller l'IHL
- Avis senior à attendre quand ils sont au bloc
- Encadrement des IHL aux urgences ?
- Cohésion d'équipe autour de la problématique, entre fonctions : aide-soignant / infirmiers / secrétaires / médecins (internes et seniors) / cadre / chef de service ?

1e/ Accueil ophtalmo aux HCL et à Lyon

- liste des médecins de garde non à jour
- manque cruel de permanences
- centralisation mais pas d'ajustement des locaux et de l'effectif
- manque de libéraux (qui renvoient pour la plupart directement au pavillon C)
- double fonction du service : Urgences ET permanence (contenu effectif de « l'offre » des HCL : « urgences » ?
- informations diffusées sur le pavillon C au niveau de la ville

1f/ Engagement de la direction

- communication chef vers équipe ?
- formation du personnel à la gestion des situations conflictuelles et de violence ?
- reconnaissance de la part de l'employeur que la violence n'est pas une condition de travail normale ? Quelles démarches entreprises pour diminuer ?
- Mode de déclaration des incidents et prise en compte par la direction ?
- Traitement des questionnaires de satisfaction ?

1g/ Propres à un service d'urgences

- rythme imposé par une demande immédiate
- charge mentale
- touche les yeux (caractère angoissant)

1h/ Administratifs

- procédure / parcours étiquettes (accueil ou Bâtiment 25)
- charge cognitive des cotations, demandes de transport... (informatique)

2/ Facteurs favorisant propres aux membres du personnel (IDE et IHL)

2a/ Communication, relation soignant / soigné

- Pour s'adresser au patient : ton, attitude physique, fréquence (relation de service, rappeler aux gens que leur présence / attente est prise en compte, remettre du liant), qualité de l'information, empathie...
- IHL : manière d'appeler les patients, de leur expliquer leurs ordonnances

- Au sein de l'équipe : expression et transmission sur les situations tendues (pour mettre à distance et réélaborer l'activité, échange de pratiques)
- Interface médecin - patient

2b/ Personnels

- état psychique : si conditions dégradées, prédisposition à l'agressivité
- vécu du travail, ressenti, objectifs, travail empêché
- qualités individuelles de fermeté, autorité...

2c/ Organisation propre de son travail

- vérification de l'état pupillaire
- réponse au téléphone
- cahier pour ordre de passage
- multiplication des allers-retours vers l'accueil
- porte du BI ouverte/fermée
- « vider » le couloir pour faire asseoir dans les salles d'attente
- non délégation de certaines tâches (dans la mesure du possible ?) : administratives, demande de transport, accompagnement en hospitalisation...

2d/ Gestion d'un conflit

- expérience : ancienneté, formation
- aptitude à la prise de conscience du ressenti du patient
- attitude pour désescalade

Annexe 3 : Extraits d'observations du terrain

Mercredi 13 juin 2012

Signalétique (pour trouver l'accueil), circuit des patients, « Z » campe devant le box médical, une infirmière tente de faire assoir les gens en salle d'attente plutôt qu'ils restent dans le couloir, 5^{ème} heure d'attente pour certains qui s'énervent : attente d'avis du senior qui est au bloc.

Se voit sollicitée 2-3 fois par bureau des entrées

- 1 IDE repasse et informe 1 passant
qu'il faut aller à l'accueil avant

16h00 : le guichet fermé.

16h04 : box ouvert.

Le jeune ♂ + sa mère et appelés par la CS.
Est-ce que les SDF (1) + (2) et aussi par la CS?

1 IDE part et dit au voisin.
(2) attend vers la porte du box.

Le couple du début (D) repart.

16h09 : l'IDE redemande à qq'un de s'asseoir
au SDA "c'est pas pour vous
embêter".
Reste polie.

un ♂ sort du bâtiment.

1 autre
IDE repasse.

16h11 : Roumains s'énervent.
l'IDE ~~explique~~ réexplique que
le médecin est au bloc.
n'avait pas compris. S'ennuie
parce que là depuis 1h ce
matin et n'ont pas mangé.

Samedi 16 juin 2012

Présence visible de personnel non continue, patients anxieux, locaux.

25 pers. de cabinet qui attendaient.

Ils m'ont surté dessus.

Nous honnêtement le médecin va vite, ça n'était que des petits trucs.
Part. 8i formé

↳ Aucun panneau a message en cas d'absence sur porte du Bi?
↳ de PIDE + iHL ?

Ça doit franchement énerver de ne pas savoir si on est au bon endroit, surtout.

18h05: BCC + mari riraient en SDF ②.

ils se disputent - Doivent attendre que ça débale - "c'est pas d'sa faute"

N'ont pas bien compris à priori combien de tps attendre, comment faire, que l'IDE reviendrait.

♀ est inquiète. "Calme-toi" lui dit son mari.

J'entends mal mais talent sur le fait que ça soit une iHL et non pas 1 ophthalmo.

"je ne fais du soucis".

Finallement ils se calment

"Faut pas t'en faire", ils prend des ses bras. "c'est pas grave".

"Ça va aller, j'vais faire 1 bon des".

18h12 "Vieux de la salle d'a côté et lumineux)
Pforte → Effetivement sombre et 1 spot coesée.

Vendredi 13 juillet 2012

Temps d'attente, questionnaire de satisfaction, solidarité de la salle d'attente, manque d'informations

| Heure | Lieu | Personnes | Evènement | Commentaires/réflexions/contexte |
|-------|------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14h15 | Acc | 1 en train d'être servie | | calme |
| | co | 6 | | peu de bruit |
| | SD1 | pleine | | pas de place, je vais direct dans la SD2 |
| | SD2 | 11+ 2enfants : | | bruyant, il fait chaud, peu de place |
| | | 1P tatouage cheville (=TC)+1A | « 4h qu'on attend...y'a pas un questionnaire de satisfaction ? » va chercher sur la petite table sont là depuis 10h | elles parlent fort, mon voisin a mis la musique sur son tel, tout le monde en profite... désagréable |
| | | 1H (maçon)=P + sa femme enceinte (37SA) + fils benjamin (7ans ?) | il a mal, se tient l'oeil, a pris une projection il y a 3j, au travail, mais il n'avait pas ses lunettes donc ça passera pas en AT, sont là depuis 11h | les gens discutent entre eux, on connaît toute leur vie, le sexe du bébé, le terme, la maternité, où ils habitent... |
| | | 1H seul, chevelu | regarde questionnaire de satisf, écoute ne parle pas. | |
| | | le renforcement est plein | | ambiance agitée |
| | | | TC propose un questionnR à la femme enceinte « ça va vous détendre, j'vous passe un stylo » la femme enceinte dit qu'elle a des contracttes les 10min depuis 30 min...Ironise avec TC sur le temps d'attente. TC +A sont secouristes à la croix rouge, reprend qq infos sur le terme et se lève pour prévenir l'IDE « l'attente est inacceptable quand on a mal, sans information » | TC et sa copine font les cheftaines, se sentent remplies d'une mission. jacassent, rient et parlent fort, font monter la pression pour rien. |

Lundi 16 juillet

Parcours d'un patient qui serait arrivé à 7h30 et qui sera accompagné en hospitalisation quatre heures plus tard.

| Heure | Lieu | Personnes | Evénement | Remarque |
|-------|--------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9h | Couloir (co) | 6 :dont 1H barbu (+A) 1H à pochette rouge (=PO) +ambulancier | Porte du BM (Box Médical) ouverte PO + ambu seraient là depuis 7h30 | |
| 9h28 | | PO | Est appelé par une autre IHL | Il y a pas mal de passage de blouses blanches, on se demande un peu comment ça fonctionne. Les gens sont appelés puis reviennent et attendent encore... |
| 9h55 | | PO | Ressort du BM et dit à son ambulancier « on attend la décision de la hiérarchie pour savoir s'ils me gardent » | 27 min dans le BM |
| 10h05 | Co | L'IDE | S'enquiert d'un bon de transport pour PO qui attend toujours debout devant le BM | |
| | co | PO + ambulancier | Reviennent devant BM avec nouvelles ETK et valise, l'IDE lui dit « je vous laisse patienter, je vais vous accompagner dans le service » | En fait, il attendra encore 1h... |
| 10h30 | | L'IDE | Fait finalement asseoir PO dans la SD2 car pas de place dans SD1, | |

| | | | | |
|-------|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | | s'occupe de LG qu'elle accompagne vers l'accueil. | |
| 11h00 | co | PO | Revient devant le BI et fait des aller retour avec la SD2 | |
| 11h02 | SD2 | L'IDE | Va voir la dilat de PO, dans la SD2, il soupire « j'suis fatigué », l'IDE : « j'imagine bien » PO soupire, valise à la main, s'impatiente, se lève, se rassoit. | Plus personne n'est appelé, c'est lent... |
| 11h10 | | PO | Est rappelé dans le BM | |
| 11h22 | | IDE | Emmène ENFIN PO en hospit | Il y a 1heure qu'elle lui avait dit qu'elle l'emmenait |

Temps d'attente, attente devant la porte du BM, sollicitation de l'infirmière pour connaître ordre de passage.

| | | | | |
|-------|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 11h58 | SD1 | NN | Se lève, « pourquoi on m'appelle pas ? » | 2h qu'elle est là |
| 11h59 | Co | NN + GFR | Discutent dans le couloir, parlent des soldes...attendent devant le BM | |
| 12h20 | | L'IDE | Vient dire à NN qu'il y a encore 5 personnes avant elle, elle retourne s'asseoir dans la SD1 | |

Impolitesse : rentre sans frapper.

| | | | | |
|-------|----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 10h52 | co | 1 Femme brune avec une pince | Frappe au BI, 2 fois, puis sans réponse, ouvre la porte, et l'IDE lui dit « je vous laisse patienter », sera envoyée aux ETK 3 min + tard. | |
|-------|----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Etude PREVURGO – volet qualitatif - Guide d'entrevue

Contrat de communication (cadrage de l'entretien)

- Présentation enquêteur
- Objectifs étude PREVURGO / enquête par entretien
- Retours attendus
- Confidentialité
- Déroulement : 1 heure, questions générales puis plus centrées sur les incidents
- Accord pour enregistrement (pour avoir l'exhaustivité des données et permettre une analyse automatisée des entretiens, confidentialité, détruit après étude

1. Données sociodémographiques

- 1.1. Age (années) :
- 1.2. Sexe (F/M) :
- 1.3. Grade (IDE ; ASD ; IHL ; médecin ; agent administratif) :
- 1.4. Statut (contractuel / titulaire) :
- 1.5. Temps de travail (temps plein / temps partiel – quotité) :
- 1.6. Part du temps consacré à la prise en charge des urgences :
- 1.7. Horaires de travail (jour / nuit uniquement / week-end uniquement) :
- 1.8. Ancienneté dans le service (années - mois) :

2. Votre travail

- 2.1. Pouvez-vous me décrire en quelques mots en quoi consiste votre travail aux urgences d'ophtalmologie ? (depuis quand ; autres expériences, services ; choix de ce service)
- 2.2. Qu'est-ce qui vous plaît dans ce travail, ce service ?
- 2.3. Au contraire, quels problèmes rencontrez-vous dans ce travail, ce service ?
- 2.4. Que diriez-vous des relations (entre professionnels) dans votre service ?
- 2.5. Comment voyez-vous votre avenir professionnel ?

3. Prendre un exemple d'incident qui s'est mal terminé

- 3.1. Circonstances (jour, horaires, équipe complète au pas...)
- 3.2. Déroulement de l'incident
- 3.3. Causes possibles
- 3.4. Facteurs aggravants
- 3.5. Facteurs atténuants
- 3.6. Ce qu'il aurait fallu faire
- 3.7. Moyens manquants

4. Prendre un exemple d'incident qui s'est bien terminé

- 4.1. Circonstances (jour, horaires, équipe complète au pas...)
- 4.2. Déroulement de l'incident
- 4.3. Causes possibles
- 4.4. Facteurs aggravants
- 4.5. Facteurs atténuants
- 4.6. Ce qui a bien fonctionné
- 4.7. Moyens manquants/suffisants

5. Autres exemples d'incidents

- 5.1. Donner un ou plusieurs exemples d'incidents particulièrement représentatifs du problème
- 5.2. Un incident particulièrement habituel ?
- 5.3. Un incident particulièrement grave ?
- 5.4. Hiérarchie dans la gravité des incidents ?

6. Facteurs plus généraux pouvant jouer sur le climat d'agressivité (*Question ouverte puis relances*)

- 6.1. Les locaux (disposition, vétusté...)
- 6.2. La signalétique (peu visible, français plutôt que dessins, manquante...)
- 6.3. L'équipe (composition, expérience, nombre...)
- 6.4. Les horaires de travail (roulements, début/fin de service, passage d'infos entre équipes...)
- 6.5. La nuit (problème des « étiquettes », isolement...)
- 6.6. Le jour (plus chargé le lundi, plus calme d'autres jours...)
- 6.7. La période de l'année (périodes avec activités extérieures...)
- 6.8. L'origine des pathologies ? des patients
- 6.9. Les accompagnants des patients
- 6.10. Les charges administratives
- 6.11. Le soutien des collègues
- 6.12. Le soutien de l'organisation
- 6.13. Le système d'alerte
- 6.14. Les retours d'expérience (informels, structurés...)
- 6.15. Stratégies, procédures

7. Votre attitude personnelle

- 7.1. Comment réagissez-vous face à un incident ?
- 7.2. Qu'est-ce qui oriente votre réaction ?
- 7.3. Incidents plus compréhensibles (excusables) ? circonstances ?
- 7.4. Incidents injustifiables (inexcusables) ? circonstances ?
- 7.5. Déclaration de violence ? (fréquence, proportion, circonstances, barrières, attentes, retombées)
- 7.6. Déclaration d'accident du travail (circonstances, barrières, attentes, retombées)
- 7.7. Dépôt de plainte ? (idem)
- 7.8. Pensez-vous qu'il soit utile de réagir, de déposer une plainte...

8. Retours sur les incidents

- 8.1. Discussions individuelles (collègue ; cadre ; médecin ; direction ; autres)
- 8.2. Discussions en équipe
- 8.3. Analyse d'un incident de type « arbre des causes »
- 8.4. Changements apportés après un incident

9. Questions délicates

- 9.1. Vous êtes-vous déjà senti(e) physiquement en danger ? Dans quelles circonstances ?
- 9.2. Vous êtes-vous déjà senti(e) atteint(e) dans votre dignité ? Dans quelles circonstances ?
- 9.3. Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous à supporter au quotidien (dans la durée) ?
- 9.4. Qu'est-ce qui vous « fait violence » / vous affecte le plus ?

10. Facteurs d'équilibration

- 10.1. Au contraire, qu'est-ce qui vous permet de « tenir » dans la durée ?
- 10.2. Qu'est-ce qui vous donne de la satisfaction au travail malgré ces incidents ?

11. Retentissement sur votre santé

- 11.1. Retentissement sur votre santé ? de quelle façon ?
- 11.2. Quels problèmes de santé ?
- 11.3. Arrêt de travail (circonstances)
- 11.4. Consommation de tabac, d'alcool, d'autres substances
- 11.5. Consultation auprès d'un médecin (médecin traitant, médecin du travail)
- 11.6. Consultation auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychothérapeute, psychiatre)
- 11.7. Traitement médicamenteux ? (anxiété, dépression, sommeil, autre)
- 11.8. Approches complémentaires ou alternatives (plantes, massages, relaxation, sophrologie, yoga, etc.)
- 11.9. Retentissement sur la vie conjugale, sur la vie familiale

12. Retentissement sur votre travail (*Question ouverte puis relances*)

- 12.1. Motivation
- 12.2. Investissement
- 12.3. Qualité du travail
- 12.4. Relations avec les patients
- 12.5. Relations avec les collègues
- 12.6. Perspectives d'avenir

13. Ce qui pourrait améliorer la situation par rapport aux agressions (Question ouverte)

14. Avez-vous d'autres remarques (ou attentes) qui pourraient être utiles pour l'étude PREVURGO ?

Remerciements

Annexe 5 : Note d'information et de consentement des participants

Note d'information pour les membres du personnel des Urgences ophtalmologiques de l'hôpital Edouard-Herriot

Madame, Monsieur,

L'augmentation des actes de violence et d'incivilité envers les membres du personnel hospitalier est un constat objectivé par l'observatoire national de la violence en milieu hospitalier. Le service des urgences ophtalmologiques de l'hôpital Édouard Herriot étant confronté à une augmentation importante de sa fréquentation, il est également touché par ce phénomène avec une augmentation importante des actes de violence et d'incivilité.

Nous vous proposons de participer à l'étude PREVURGO. Cette étude vise à évaluer l'impact d'un programme de prévention sur la survenue d'incivilités ou d'agressions à l'encontre du personnel de santé des urgences ophtalmologiques de l'hôpital Edouard Herriot.

Cette note d'information vous apporte toutes les informations concernant cette étude. Nous vous invitons à prendre le temps de lire les informations suivantes, à poser toutes vos questions de façon à prendre une décision réfléchie.

Un des axes de cette étude est de connaître la satisfaction au travail des membres du personnel de santé.

Pour cela, il est prévu de conduire des entretiens individuelles avec chaque membre du personnel. **Deux entretiens** seront planifiés pour chaque agent : la première avant la mise en œuvre des interventions du programme de prévention, et la seconde à la fin de sa mise en œuvre. Il est prévu que chaque entretien dure environ 30 minutes. Avec l'accord de votre cadre, les entretiens se dérouleront dans les locaux de votre service et sur vos heures de travail.

Les questions qui vous seront posées durant l'entretien porteront sur votre expérience des situations de violence et d'incivilité aux urgences ophtalmologiques, sur vos attentes envers l'hôpital s'agissant de la prévention des violences, et sur votre perception des différentes interventions mises en œuvre par le programme de prévention, à l'issue de celui-ci.

Sauf opposition de votre part, toutes ces données seront traitées de façon anonyme et confidentielle dans le respect du secret médical. Les entretiens seront enregistrés au moyen d'un dictaphone. Une fois retranscrite de façon anonyme, les supports d'enregistrement seront détruits et constitueront les seuls documents conservés. Les noms de personnes et de lieux (hôpitaux, services) seront remplacés par des codes dans les retranscriptions. L'anonymat sera respecté durant l'analyse des données, la publication des résultats et l'archivage des retranscriptions.

La conduite et l'enregistrement des entretiens ainsi que leurs retranscriptions et leurs analyses seront effectués par des membres de l'équipe de recherche n'appartenant pas au service des urgences ophtalmologiques ni à l'hôpital Édouard Herriot de façon générale (membre de l'équipe de l'étude PREVURGO). À aucun moment, les membres du service des urgences ophtalmologiques de l'hôpital Édouard Herriot (médecins et encadrement) n'auront la possibilité d'accéder au contenu intégral des entretiens. En revanche, ils seront associés à la phase d'interprétation des résultats agrégés et anonymisés afin de valider la compréhension des chercheurs ayant procédé aux analyses.

Votre participation à cette étude est totalement volontaire et ne sera pas rémunérée. Si vous refusez d'y participer, vous n'en subirez aucune conséquence et vous n'aurez pas à en préciser les raisons. A tout moment vous pourrez choisir d'interrompre cette étude.

Si vous deviez quitter l'étude ou si vous avez des questions sur les entretiens, vous pourrez vous adresser directement au Dr Jean-Baptiste Fassier au 04 72 35 75 34 (membre de l'équipe de l'étude PREVURGO appartenant à l'UMRESTTE – Domaine Rockefeller – 69373 LYON cedex 08).

Nous garantissons que toutes les données vous concernant recueillies dans le cadre de cette recherche resteront strictement confidentielles et seront traitées de façon anonyme. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification.

Nous vous remercions pour votre aide dans la réalisation de ce projet.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Les membres de la cellule de coordination
Etude PREVURGO

Date :

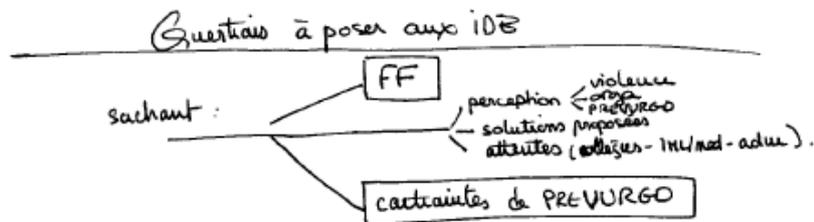
Signature de l'agent :

Signature de l'investigateur :

Suite au comité de pilotage du 23 avril 2012

- Questions:
- qui inclure dans les entretiens ?
↳ commencer par inf + Aides soignants
(puis : agents adm ? ASH ?...)
 - ds le guide d'entrevue :
 - vécu
 - les attentes / quelles solutions ?
 - quel logiciel de retranscription ?
 - qui va retranscrire ?

27 septembre 2012 : suite aux observations



① Personnelles :

- âge, situation familiale, enfants
- ttb actuels ?
- parcours prof : anciens services, date d'entrée (choix / volonté), savoir pour l'avenir (à qt échéance).
- formations au lien avec gestion conflit ?
- statut prof : tps partiel / plein, jour / nuit

② Votre travail :

- ce que vous aimez ^(satisfaction) : activité, urg, équipe, rythme, st. isolé
- ce que vous n'aimez pas et pourquoi
- relations au sein de l'équipe, avec IHU/med, avec cadre
- est-il reconnu ?
- comment vous y sentez-vous ? quel avenir pro ?

③ Situations critiques :

- quels st les FF ? ^{locaux} ^{organisations} ^{patients...}
- donner un exemple
- votre ~~st~~ attitude / réaction
- votre ressenti
- ↳ vos propositions
- ↳ avez-vous déjà consulté (MT, med du T, psycho, P) + ttb / labac / OH ?

④ Conséquences et attentes :

- déclaration ? registre, ENNOV, orale, AT, dépôt de plainte ; 45h
- débriefing ? informels entre vous, avec cadre, med... st st ou non
- soutien ? collègues, cadre, med, institution ?
- gestion par les hiérarchie / institutions : recours sur décla ?

⑤ Attentes de PREVURGO :

- quel accueil ?
- quelles attentes ?
- comment se sentent-ils ?
- comment se sentent-ils ?
- comment se sentent-ils ?

confronter les sol° imposés par PREURGO
et la théorie du problème du pnt de vue des
acteurs (et non de la science)

(ql st les causes du pheno et ql
st les sol° qu'on peut apporter).
les attentes envers les med, les instances
est-ce qu'il y a 1 écart?

1^{er} octobre 2012 : seconde réunion de mise en commun des observations des trois
chercheurs

Les représentations de la violence ds 1 perspective
individuelle, intra psychiq.

("qu'est-ce qui leur fait violence")
pèse le + de la palette de comportements
incivils.

1/ Savoir si on peut déterminer ce qui les pousse à signaler
(= à quel moment se situe la transgression
= seuil).

2/ Déclat au AT ou dépôt de plainte?

3/ Ont-elles déjà recouru à de l'aide et sous ql forme
(med Travail, MT, institution).

4/ Comment l'organisation impacte sur le travail.

- Paroles qui atténuent
formation à gestion du conflit et techniques de désescalade.

la réaction des IDE a une interaction

savoir si les IDE st capables d'identifier cette évolution de la
situation et comment elles s'adaptent, ql st leurs stratégies

- Est-ce qu'elles parlent entre elles? élaborent des stratégies

Octobre 2012 : notes pendant l'entrevue d'aide-soignante

- difficulté à dire les insultes.
- pleure en racontant 1 épisode d'insultes par l'accompagnante qui elle reconnaît depuis longtemps
- manque de respect "éto. société" "me"
- aime ce qu'elle fait = s'occuper des autres "me"
- ne réfléchit pas à l'organisation, renvoie ça au chef de service, ne fait pas partie de ses missions "ma", "n'a", "peu"

Mai 2013 : notes pendant l'analyse des données : élaboration des catégories

- Venir en aide...
1. Lieu entre autre répartition / définition des rôles
entre glissement / interrupto / surcharge de T
entre culpabilité / insécurité
 2. caractéristiques . med :
 - manque d'accessibilité
 - communication patient
 - clarification de la délégation des tâches ?

« On a l'impression que les choses se font sans avoir été explicitées avec la formation nécessaire » (=pouvoir d'organisation du travail)

à poser
Questions Sullerot : ~~on a l'impression~~

(Stratégie < face au travail / face à la violence)
 4. Articulation des tâches médicales avec les tâches paraméd
Verbatim(s) → idée(s)

Code 02.03 : problèmes au travail

Propositions de sous-thèmes

(avec la lecture de 2 ASD et 2 IDE)

1. Sous-thèmes « certains » :

- **Adéquation de la tâche à la personne** (= rapports sociaux de Gollac) = manque de formation = fiche de poste inadaptée
- **Glissement de tâche** : soit car non effectuée par les autres (de grade différent), soit du fait de l'organisation actuelle du travail
- **Conflit de valeurs / souffrance éthique** (Gollac) avec notion de travail empêché, frustration etc...

2. Sous-thèmes « fourre-tout » à redéfinir :

- Risque de changement non maîtrisé de la tâche (Gollac) / charge de travail / polyvalence / interruption de tâche / organisation du travail

3. Sous-thèmes à discuter pour les classer ailleurs (dans les facteurs généraux du code 06.00) :

- **Effectif** (06.03)
- **Attente** : avec entre autres, estimation et ordre de passage (06.16)
- **Manque de reconnaissance** (06.12)
- **Signalétique** (06.02) et information plus générale sur le pav C (notamment internet)

4. segments pas assez nombreux pour faire un sous-thème :

- Evolution sociétale avec patients de plus en plus exigeants : pas terrible dans le code « origine des patients » ? ou alors, créer un « exigence émotionnelle » ?

- On rajoute un sous-thème "seul" = équipe réduite.
poste, unique.

- pour "accessibilité" médecin" → tps médical
(+ de mo ophtalmo)
activité libérale

en l'absence de l'astreinte et équipe réduite

perméable AR CHUS
bloc / med absents
praveir RDV
avis senior
praveir en ville

Annexe 7 : Fiches de signalement de violence aux urgences ophtalmologiques

Cette annexe a été supprimée pour permettre la reproduction et la diffusion de cette thèse sur l'Internet.

Annexe 8 : Nombre de segments associés aux principales catégories d'analyse

Lecture : la notion de conflit de valeurs dans son travail personnel a été associée à 17 segments de texte (verbatim) identifiés dans 10 documents (répondants) différents

| Code | Sous-codes | Segments | Documents |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|----------|-----------|
| 1. Conflit de valeurs | | | |
| | Travail personnel | 17 | 10 |
| | Travail des autres | 9 | 4 |
| 2. Exigences émotionnelles | | | |
| | Imprévisibilité | 1 | 1 |
| | Exigences et attentes du public | 84 | 22 |
| | Peur de l'échec/erreur | 12 | 4 |
| | Sentiment d'impuissance ou injustice | 22 | 12 |
| | Patients agréables/reconnaissants | 12 | 9 |
| Q02.00_ Organisation du travail | | | |
| | 0.DIVERS | 16 | 6 |
| | 1. Répartition des tâches | 27 | 9 |
| | 2. Glissement de tâches | 13 | 7 |
| | 3. Interruption de tâches | 16 | 8 |
| | 4.Charge de travail | 42 | 16 |
| | 5.Consultation non urgente | 14 | 9 |
| | 6.Equipe réduite | 28 | 13 |
| | 7.Temps médical réduit | 28 | 13 |
| | 8. Coopération / Collectif | 60 | 16 |
| | Entraide | 10 | 7 |
| | Outils & espaces de régulation | 17 | 9 |
| | Travail isolé | 7 | 6 |
| | Bonnes relations | 33 | 19 |
| | Clivage & conflits | 20 | 7 |
| | 9.Information des patients | 50 | 21 |
| | Q02.01_W_descr° | 57 | 23 |
| | Q02.02_W_plaisir | 43 | 21 |
| | Q02.03_W_PB | 152 | 24 |
| | Q02.04_W_relations | 0 | 0 |
| | Q02.04_orignal | 67 | 21 |
| | Q02.05_W_avenir | 8 | 7 |
| | Q02.06_W_passé | 14 | 12 |
| | Q02.07_W_passé_oph | 9 | 8 |
| | Q02.08_IHL_encadrement | 12 | 5 |
| Q03.00_Actes de violence & incivilités | | | |
| | 1.Demandes répétées | 24 | 14 |
| | 2.Incivilités | 34 | 20 |
| | 3.Vulgarités | 8 | 4 |
| | 4.Déni de reconnaissance | 15 | 9 |
| | 5.Insultes | 33 | 16 |
| | 6.Menaces verbales | 6 | 5 |
| | 7.Gestes agressifs | 33 | 17 |
| | X. Mécanismes de défense | 23 | 13 |
| | Xi.Fréquence AVI | 8 | 6 |

| Code | Sous-codes | Segments | Documents |
|---------------|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Q06.00 | _facteurs_généraux | 29 | 16 |
| | Q06.01_locaux | 47 | 20 |
| | Q06.02_signalétique | 29 | 17 |
| | Q06.03_équipe | 29 | 17 |
| | Q06.04_horaires | 18 | 12 |
| | Q06.05_nuit | 5 | 5 |
| | Q06.06_jour | 16 | 13 |
| | Q06.07_période | 25 | 17 |
| | Q06.08_pathologies_patients | 36 | 18 |
| | Q06.09_accompagnants | 21 | 17 |
| | Q06.10_charges_administratives | 28 | 19 |
| | Q06.11_soutien_collègues | 17 | 11 |
| | Q06.12_soutien_organisation | 0 | 0 |
| | Q06.12_autre | 17 | 13 |
| | Q06.12_chef_service | 13 | 8 |
| | Q06.12_cadre | 29 | 13 |
| | Q06.12_original | 33 | 19 |
| | Q06.13_système_alerte | 33 | 19 |
| | Q06.15_stratégies & procédures | 125 | 23 |
| | Q06.16_attente_passage | 54 | 19 |
| | Q06.17_étiquettes | 69 | 21 |
| Q07.01 | _réactions personnelles | | |
| | pensées et émotions | 0 | 0 |
| | "ne pas tout prendre" | 2 | 2 |
| | Inquiétudes | 4 | 3 |
| | Emotions négatives | 16 | 6 |
| | Empathie | 8 | 4 |
| | Comportements | 0 | 0 |
| | Cas par cas | 3 | 1 |
| | Humour | 3 | 2 |
| | Explications | 12 | 8 |
| | Recadrage | 15 | 7 |
| | Contrôle de soi / de la situation | 16 | 10 |
| | Passivité | 8 | 7 |
| | Limites personnelles | 16 | 9 |
| | Demande d'aide | 1 | 1 |
| | Q07.01_reac°_perso_ORIG | 77 | 21 |
| | Q07.02_réac°_orien° | 6 | 5 |
| | Q07.03_compréhensible | 38 | 20 |
| | Q07.04_inexcusable | 7 | 5 |
| | Q07.05_décla°_violence | 36 | 20 |
| | Q07.06_décla°_AT | 10 | 10 |
| | Q07.07_décla°_plainte | 18 | 14 |
| | Q07.08_décla°_utilité | 10 | 8 |

| Code | Sous-codes | Segments | Documents |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-----------|
| Q08.00_retours d'experiences_incidents | | | |
| | Q08.01_discu°_indiv | 20 | 15 |
| | Q08.02_disc°_equipe | 19 | 13 |
| Q9.00. Questions délicates | | | |
| | Q09.01_danger_physique | 26 | 20 |
| | Q09.02_dignité | 24 | 16 |
| | Q09.03_diff_durée | 13 | 10 |
| | Q09.04_affecte+ | 7 | 6 |
| Q10.00. Equilibre professionnel | | | |
| | Q10.01_tenir_durée | 11 | 10 |
| | Q10.02_sati°W | 8 | 8 |
| Q11.00 Retentissement sur la santé | | | |
| | Q11.01_RETENT_SANTE | 42 | 23 |
| | Q11.02_pb_santé | 10 | 5 |
| | Q11.03_arret_W | 6 | 6 |
| | Q11.04_tabac_autres | 7 | 7 |
| | Q11.05_consult° | 15 | 13 |
| | Q11.06_consult°_psy | 2 | 2 |
| | Q11.07_ttt | 16 | 15 |
| | Q11.08_ttt_CAM | 4 | 4 |
| | Q11.09_retent_famille | 23 | 16 |
| Q12.00_Retentissement sur le travail | | | |
| | Q12.01_retent_moti° | 10 | 9 |
| | Q12.03_retent_invest | 11 | 9 |
| | Q12.04_retent_patients | 8 | 6 |
| | Q12.05_retent_coll | 3 | 2 |
| | Q12.06_avenir | 13 | 11 |
| Q13.00_SUGGESTIONS | | | |
| | Q13.01 Information & signalétique | 22 | 14 |
| | Q13.02 Locaux | 17 | 11 |
| | Q13.03 Personnel | 40 | 19 |
| | Q13.04 Equipe | 4 | 3 |
| | Q13.05 Réduire l'attente | 11 | 8 |
| | Q13.06 Organisation | 34 | 13 |
| Q14.00_ATTENTES | | | |
| | | 27 | 20 |

Annexe 9 : Verbatims des sous-catégories de codage pour les « Actes de violence et incivilités »

Vulgarités

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDE\IDE.06 | Elle est venue à deux reprises me redemander. La troisième fois, elle est rentrée comme une furie dans le bureau en me disant "au lieu de vous branler les couilles là, à ne rien faire, vous feriez mieux de vous occuper de moi". Ça, ça m'a sciée. |
| IDE\IDE.06 | Une fois, il y a une jeune qui était assise par terre dans le couloir. Je lui dis "s'il vous plaît Madame, je vais vous demander de bien vouloir vous lever". Elle me répond "Oui, mais j'en ai marre...". Je lui dis "vous avez des places assises en salle d'attente, je suis allée voir, il y a plein de chaises libres". Au moment où je disais ça, il y a son copain qui est sorti des toilettes et il m'a incendiée. "Qu'est-ce que vous venez nous faire chier..." |
| IDE\IDE.06 | "Vous avez pas fini de nous faire chier" ou quelque chose comme ça. "Vous feriez bien mieux de faire votre boulot plus que de venir nous emmerder". Que des mots, des trucs comme ça. J'avais mis textuellement ce qu'il m'avait dit sur le DRDV parce qu'en principe je mets entre parenthèses (Elle rit). |
| IDE\IDE.06 | Vous avez déjà été victime d'insultes à caractère sexuel ? Répondant : Non. Enfin, l'autre fois "au lieu de vous branler les couilles...". Textuellement ! Ça m'a sidérée ! Le soir, quand je suis rentrée, j'ai dit ça à mon mari. Il m'a dit "ce n'est pas possible !" (Elle rit). Intervieweur : Vous en avez rigolé ensemble, le soir, finalement ? Répondant : Oui. Mais sur le moment... Une jeune en plus ! Je me suis dit "mais quel avenir ils ont ces jeunes ?". Ce n'est pas possible d'être aussi impoli, aussi irrespectueux". Je n'aurais pas pu concevoir ça de la part de mes enfants. Ah non, ce n'est pas possible ! |
| IDE\IDE.08 | ils disent « na na na ! Vous me faites na na na ! Et je suis pas venu aux urgences pour des papiers ! » Ils ne comprennent pas. Interviewer : Vous me faites quoi ? Enfin, je vous prie de m'excuser, pour moi ce serait important dans le cadre de l'étude. Répondant : Oh ben c'est clair, c'est « Vous me faites chier », voilà. « Vous me faites chier », « vous m'emmerdez ». « Moi je suis pas venu aux urgences pour », « je viens aux urgences et c'est pas pour aller faire des papiers ». « Mais vous pouvez au moins m'inscrire pour au moins faire ci ou ça ». |
| ASD\ASD.02 | Ils reviennent vers vous ? Répondant : Vers nous. Pour, qu'on les enregistre, et là on peut les enregistrer jusqu'à 17 h, 17 h 30. Et après ils vont directement aux urgences. Interviewer : Et donc là, quand vous leur dites, « il faut repartir aux étiquettes » ? Répondant : Ben des moments : « Fais chier ! ». Je suis désolée, mais... Interviewer : Ils râlent ? Répondant : Avec un petit sourire. Oui, ils râlent. |
| ASD\ASD.04 | Les mots qui sont utilisés ? Je sais plus qu'est-ce qu'ils ont utilisé. Quelquefois des mots très difficiles. Très très difficiles, vous voyez, des mots très difficiles, où ils augmentent le ton. Moi, la chose que je remarque le plus, ils augmentent le ton, et euh, ils vont bombarder les choses. |
| ASD\ASD.04 | Je ne sais plus de quoi elle a traité ma cadre, et en quelques temps, elle a dit « ben toutes les deux, je vous ai mis dans mon cul ! Dans mon cul ! ». |

Déni de reconnaissance

-
- ASD\ASD.02 Interviewer : D'accord. Et cette agressivité, là justement, vous avez un exemple d'incident qui, qui a mal tourné, ou qui vous a marquée ? Que ce soit au téléphone, ou à l'accueil.
Répondant : Au téléphone, ça m'est rarement, depuis que je suis là, ça m'est arrivé, mais pas d'une agressivité dans ce sens, vraiment méchante, comme j'ai pu en voir. Au téléphone, j'ai pu tempérer, j'ai pu calmer la personne, le recadrer. Et à la limite, une fois, un monsieur m'avait dit « Mais vous servez à rien », parce que je n'accédais pas à ce qu'il demandait. Parce que je ne pouvais pas. Ce n'était pas possible. Je lui ai dit « Ben écoutez, Monsieur, si vous le dites, d'accord, excusez-moi, maintenant j'ai du travail, je vous laisse. ». Et j'ai raccroché. Poliment, mais sans..., voilà. Sans envenimer les choses.
- Interviewer : Vous avez vécu ça comment, après ? Une fois que vous avez raccroché ?
Répondant : Ben, sur le coup ça ne me faisait rien. Parce que je me dis quand même, Bonté Divine, mais ça veut dire quoi ça ? Voilà, les gens sont frustrés, il faut qu'ils se déchargent. Je le comprends, mais on'y est pour rien.
-
- IDE\IDE.01 Interviewer : Vous arrivez à hiérarchiser les comportements qui sont plus ou moins graves, qui sont conflictuels et vous passez dessus ou au contraire, comme l'insulte que vous avez pu subir ? Il y a d'autres insultes dont vous faites les frais régulièrement mais vous ne pouvez plus ?
Répondant : Quand j'entends dire un jeune, téléphoner dans le couloir devant mon nez et qu'il le faisait exprès... Ce jour-là, j'avais des brancards de partout, j'avais des grands-mères à emmener aux toilettes, j'étais toute seule encore une fois et devant mon nez, il disait « Non, mais de toute manière, il y a une infirmière qui ne fout rien, c'est bien une fonctionnaire ! » mais moi, je faisais comme si je n'écoutais pas, ça me laisse mais de marbre, ça.
- Interviewer : Donc, pour vous, quand il vous dit être une fonctionnaire, c'est une insulte ? Vous l'avez perçu comme une insulte ?
Répondant : Non, ça m'a laissée de marbre. Enfin ce qu'ils disent... Vous vous rendez compte ? Enfin, je ne réponds pas à ce genre de provocations parce que c'est ce qu'ils veulent, que l'on réponde, et après cela dégénère.
-
- IDE\IDE.07 C'est « A quoi vous servez, vous ne servez à rien, vous vous promenez,... ».
-
- IDE\IDE.07 On dit que l'on est fainéant : « Mais qu'est-ce que vous foutez ? »
-
- IDE\IDE.08 Quand on fait leurs dossiers on est assises, quand on fait les mutations, on est assises, et donc vous en avez certains qui vont vous remonter toute une salle d'attente, en vous disant : « Ouais, nous on poireaute pendant 1 h, et il y en a qui sont assis ! ». voilà. Ca ça m'est déjà arrivé hein. Il n'y a pas longtemps d'ailleurs. C'est-à-dire que les gens, ils sont capables de vous retourner une salle d'attente en disant « Vous vous rendez compte, nous on attend depuis je ne sais pas combien de temps, eux ils sont assis ! ». Ils ont l'impression qu'on ne fait rien quoi ! Ils ont vraiment l'impression qu'on ne fait rien certaines fois.
-

IDE\IDE.09 Interviewer : Est-ce que, dans une perspective un peu plus, un peu plus grave, vous avez déjà été confrontée à des insultes ?
Répondant : Des insultes, bon on se fait traiter de fonctionnaires...

Interviewer : C'est une insulte ? Dans quel sens ?
Répondant : Je ne sais pas si... Bien, pour moi oui. C'est... Bien, Je ne sais pas.
« Fonctionnaire », quand les gens nous traitent de fonctionnaires, c'est qu'on ne fait rien, quoi. C'est... Alors que, je sais... C'est vrai que c'est..., c'est un petit peu... en fait. Oui, maintenant qu'on le dit, c'est nous qui interprétons, mais bon, quand les gens nous traitent de fonctionnaires ça veut bien, ils veulent bien nous dire quelque chose quoi. Quand ...

Interviewer : Et à votre avis, qu'est-ce que c'est ?
Répondant : Bien, c'est justement qu'on ne fait rien. Mais le problème, c'est que des fois ils nous voient pas ... quand on... Bien là, là, je peux vous donner un exemple récent. Un soir à 20 h, donc on a été amené à faire un petit acte chirurgical en salle de pansements, donc. Je ne sais pas si vous avez vu les locaux en bas. Donc on a le couloir des urgences et la salle de pansements, donc, est carrément dans un autre couloir. Du coup, on ferme tout, et comme on n'est que 2, donc le médecin et moi, on va en salle de pansements, et tout est fermé. Et, donc, cet acte a duré environ ½ h - 3/4 d'h. Pendant ce temps donc, les gens, on a beau marquer « soins en cours » sur les portes, ils ne voient personne, en fait. Voilà. Et à cette heure-là, c'est souvent qu'arrivent plein de gens qui s'amoncellent devant les portes, pour qu'on leur dise pourquoi ils sont là, quoi. Et donc, quand on est sortis de cet acte-là, il y a un monsieur qui m'a dit : « Oui, vous foutez quoi et tout ? Ça fait trois quarts d'heure que vous êtes enfermés dans cette salle, vous êtes des vrais fonctionnaires ! » Enfin, voilà, donc on ne peut pas discuter, parce que ça part en ininterrompu. On attend qu'il se calme, et après on explique qu'on faisait un acte, comme c'était marqué sur les portes quoi. Mais bon, c'était assez véhément, voilà. Et ce n'est pas vieux là. Ha ! Ha ! Ce n'est pas vieux.

Interviewer : Mais vous l'avez entendu plusieurs fois ?
Répondant : On était en train de boire... On était en train de boire le café, en fait, dans la salle des pansements je pense, c'est ce qu'il pensait, j'en sais rien.

IDE\IDE.09 Vous l'avez entendu plusieurs fois, « fonctionnaire » ?
Répondant : Ah oui. Oui. Oui, oui.

Interviewer : Et vous ? Est-ce que ça vous affecte ?
Répondant : Bien oui. Mais Je ne sais pas pourquoi, en fait. Parce que c'est vrai que c'est péjoratif quoi. Mais nous aussi, quand on va, par exemple, aux impôts, on se dit... Des fois, on voit les gens, en fait on a l'impression qu'ils ne travaillent pas. Mais je pense que c'est un petit peu dans ce que pensent les gens en France quoi. Malheureusement.

Interviewer : Est-ce que vous diriez que vous vous sentez atteinte dans votre identité professionnelle ?
Répondant : Bien oui, parce qu'en fait, je pense que... oui, les gens ils ne se rendent pas compte du travail qu'on fait aux urgences. Donc, ils ne se rendent pas compte de tout ce qu'on fait, et de tout ce qu'on prend en charge tout au long de la journée. Bon, c'est vrai que les ¾ du temps, ils nous voient assis au bureau, ou avec le médecin, mais c'est vrai qu'ils se rendent pas compte du travail qu'on fournit quoi.

Interviewer : Du coup, qu'est-ce que vous ressentez dans ce décalage entre l'intensité et l'ensemble des tâches que vous faites, et une personne qui vous traite de fonctionnaire, qu'est-ce que vous ressentez ?
Répondant : Eh bien, (sourir)... Oui, c'est ça, une incompréhension de la part des gens quoi, en fait. Je ne sais pas comment dire, on a envie de se défendre, quoi ! Parce que bon, non, on ne faisait pas rien quoi ! C'est..., c'est une non-reconnaissance en fait.

IDE\IDE.11 Et, le soir, il y a un patient, qui m'a dit, alors que j'en pouvais plus, « de toutes façons, vous foutez rien, vous êtes une bande de fonctionnaires, c'est bien connu ».

IDE\IDE.11 Non, des fois on se fait traiter de tous les noms, ou d'incompétente, qu'on ne comprend rien, que de toute façon on ne sert à rien, que... Voilà, moi, je ne relève même pas, je veux dire...

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDE\IDE.12 | <p>Mais beaucoup, beaucoup verbal, et voilà. (soupir).</p> <p>Interviewer : C'est quoi, c'est des insultes, ou ... Répondant : C'est des insultes, c'est, oui c'est..., enfin, c'est des urgences...</p> <p>Interviewer : « Vous ne foutez rien... ». (Rires) Répondant : Oui, c'est ça quoi.</p> |
| IDE\IDE.12 | <p>On a même des fois « De toute manière, vous foutez rien ». Voilà. (Rires).</p> <p>Interviewer : C'est un nouveau truc sur les fonctionnaires. Répondant : Oui. Oui, oui, oui, voilà, ce genre de trucs. On ne relève pas, de toutes manières, hein, on les laisse râler. Ou quand on va..., parce que quand on va dilater les gens dans les salles d'attente, du coup, ils voient quelqu'un sortir, donc là ils en profitent, hein : « Na, na, na, na, ça fait 3 h que je suis là, hein ! Eh bien les urgences, hein ! ». On met les petites gouttes dans les yeux, on repart, on n'a pas relevé, on n'a rien dit, puis voilà. Ce n'est pas grave.</p> |
| IHL\IHL.03 | <p>Et qu'est-ce qu'elle m'a dit ? C'était des agressions verbales, elle disait qu'on ne faisait rien.</p> <p>Interviewer : Pourtant elle était déjà venue ? Répondant : Oui, elle connaissait.</p> <p>Interviewer : Des insultes ? Répondant : Oui qu'on, qu'on faisait rien, et ça n'avancait pas. Et sur un ton vraiment agressif.</p> |
| IDE\IDE.07 | <p>Enfin, les gens ne comprennent pas que l'on ne veut pas les recevoir parce que l'on n'a pas de place, qu'on ne s'occupe pas des lunettes, « Mais à quoi vous servez ? », « A rien ! ».</p> |
| IDE\IDE.07 | <p>Ah oui. Il y a quoi, il y a 15 jours : « Pourquoi vous êtes payée ? Vous êtes une espèce de pute, vous venez juste chercher votre paye ». Voilà, c'est agréable...</p> |
| IDE\IDE.03 | <p>Alors que s'ils nous voient, pareil, s'ils nous voient attendre, alors ils ont l'impression qu'on attend, parce qu'on est devant l'ordi, on saisit des codes, donc moi ça m'est déjà arrivé ...</p> <p>Intervieweur : Pour faire les cotations ? Répondant : Voilà, « Ah ben oui pour ce que vous avez à foutre... » Oui, ben non ben écoutez, si vous croyez que je fais rien tant mieux, mais ce n'est pas le cas... Voilà.</p> |

Insultes

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASD\ASD.01 | <p>Intervieweur : Quand vous dites « on a ramassé » ça veut dire quoi, il peut y avoir des insultes ? Répondant : Ouais, des insultes.</p> <p>Intervieweur : Vous-même, vous avez déjà été insultée ? Répondant : Non, jamais.</p> <p>Intervieweur : Là sur les 6 mois, vous n'avez pas eu... Répondant : Non.</p> |
| ASD\ASD.01 | <p>Ils vous insultent pas, quoi ? Il n'y a pas de mots d'insultes ? Répondant : Non, je n'ai jamais eu d'insultes. Après, je les comprends, quand ils attendent.</p> <p>Intervieweur : Ils peuvent mal parler sans que ça aille aux insultes personnelles ? Répondant : Ils peuvent, moi j'ai des collègues qui se sont fait insulter de connes et tout.</p> <p>Intervieweur : Vous, ça ne vous est pas arrivé ? Répondant : Non.</p> |

| | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASD\ASD.02 | <p>Bien j'ai vu ma collègue, une fois, qui s'est fait insulter par un patient parce que, on l'avait baladé à droite, à gauche, parce qu'on ne comprenait pas exactement son..., sa demande. Et puis à un moment donné, il s'est énervé, il a voulu prendre un rendez-vous au secrétariat, et il l'a insultée, mais...</p> <p>Interviewer : Qu'est-ce qu'il lui a dit ? Répondant : Qu'est-ce qu'il a dit ? Il a parlé en turc, enfin en langue étrangère, et puis, il a été très vulgaire : « Je vais t'enculer ! » quoi. Excusez-moi du terme, mais...Voilà.</p> |
| ASD\ASD.02 | <p>Oui, mais voilà. C'est de ce style. Et puis j'ai aussi une Interne qui, un jour, s'est fait traiter de sale pute. Parce que, il voulait un arrêt de travail, que l'Interne ne pouvait pas donner parce que ce n'était pas...</p> <p>Interviewer : Ce n'était pas justifié.. Répondant : Voilà. Et ça, ça lui a pas plu, donc il, il a commencé à l'insulter, et il est parti : « Sale pute ! ».</p> |
| ASD\ASD.02 | <p>Et vous-même, vous avez déjà été insultée ? Répondant : Ecoutez, jusqu'à présent, non.</p> <p>Interviewer : Non, pas sur l'année de votre présence. Répondant : Ou alors, je n'ai pas entendu, ou, ... Non.</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>Intervieweur : Et les gens qui sont les plus agressifs, sous quelle forme est-ce que ça peut s'exprimer ? Répondant : C'est verbal ! Ils nous insultent de tous les noms d'oiseaux...</p> <p>Intervieweur : Qu'est-ce que vous avez entendu comme noms d'oiseaux ? Répondant : (Elle rit). "Allez vous faire foutre" et plus vulgaire que ça...</p> <p>Intervieweur : Allez-y, peut-être que ça vous choque un peu de les répéter ? Répondant : Oui parce que je n'ai pas l'habitude de parler comme ça. Souvent, comme ils disent dans la rue : "fils de pute" ou "fille de pute", des trucs comme ça... Voilà... Des mots encore plus grossiers.</p> <p>Intervieweur : Ça vous embêterait de les dire ? Répondant : Oui...</p> <p>Intervieweur : C'est important pour l'étude vous savez.. Répondant : Ah bon ? Et bien "va te faire enculer" ! Ce sont des mots comme ça qu'on entend, la vulgarité totale ! Et ça, moi, je n'admets pas. On essaie de garder notre calme mais des fois... On les fait sortir du bureau. Ce n'est pas tout le temps, ce n'est pas tous les patients, mais ça arrive, ça nous arrive souvent, ces injures. C'est vraiment insulter les gens, alors qu'on fait notre travail et on a du mal à supporter ça.</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>Le pire que j'ai eu c'était une personne vraiment très sympathique au premier abord. Je m'en étais souvent occupée. Elle prenait les rendez-vous pour sa mère et un jour, quand on ne pouvait pas donner de rendez-vous parce qu'on n'avait pas encore les plannings, elle m'a vraiment insultée de tous les noms. Là, ça avait été dur (Elle a des sanglots dans la voix).</p> <p>Intervieweur : Parce que vous aviez tissé un lien avec elle ? Répondant : Oui, parce que je la trouvais sympa.</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>Ce jour là, elle m'a vraiment insultée et elle est allée continuer auprès de mes collègues. Je ne sais pas ce qu'elle a dit sur moi mais c'était vraiment méchant</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>Et donc, n'ayant pas pu obtenir de réponse positive, elle est partie sur le couloir, et en faisant ces quelques pas, elle est tombée sur Monsieur JACQUET, au hasard, comme ça. Elle a dit des mots insultes, de je sais quel..., je sais plus trop de quoi.</p> |
| IDE\IDE.01 | <p>il a m'a dit « enculée de ta mère » (enfin un nom comme ça...) et là, j'ai complètement suffoquée, mais complètement suffoquée !</p> |
| IDE\IDE.01 | <p>Donc les cas qui peuvent vraiment vous faire réagir ? Répondant : C'est l'insulte qui me touche moi</p> |

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDE\IDE.02 | <p>Intervieweur : D'accord. Mais vous avez déjà eu des insultes ? Répondant : Je ne crois pas ici, non. A « N » oui, souvent, mais ici non.</p> <p>Intervieweur : Non ? Répondant : Hum.</p> <p>Intervieweur : Ça ne vous marque pas particulièrement ? Répondant : Non.</p> <p>Intervieweur : D'accord. Donc ici, les incidents, vous en avez d'autres exemples ? Des choses qui vous auraient quand-même marquée, pesée ? Répondant : Je réfléchis un petit peu mais... Après c'est des trucs légers c'est pas...</p> |
| IDE\IDE.06 | <p>Il vous avait insultée directement, à dire des gros mots contre vous directement ? Répondant : Exactement !</p> <p>Intervieweur : Qu'est-ce qu'il avait utilisé comme autres mots ? Ce n'est pas par curiosité, c'est pour l'étude... Répondant : Oui je sais mais bon, vous savez, on a tellement eu de "pauvre conne" ou des choses comme ça...</p> <p>Intervieweur : Ça vous arrive souvent... Répondant : Ah oui, alors ça.</p> |
| IDE\IDE.07 | <p>C'est vrai que je suis bien enveloppée et la fois où je me suis fait traiter de grosse conne... Intervieweur : C'est régulier ? Répondant : Oui.</p> |
| IDE\IDE.07 | <p>Est-ce que vous vous souvenez d'un incident, on va dire le dernier incident qui vous revienne en mémoire ? Répondant : Je vous dis que c'est ce coup de fil qui m'a... En plus, comme je me faisais insulter j'ai coupé la communication et la personne m'a retéléphoné tout de suite derrière pour continuer à m'insulter.</p> <p>Intervieweur : Aux urgences ? Répondant : Oui.</p> |
| IDE\IDE.08 | <p>Est-ce que, vous-même, vous avez déjà dû faire face à des insultes ? Répondant : Oh oui !</p> <p>Intervieweur : Oui. C'est un oui qui vient du fond du cœur. Répondant : Oh oui ! Oh oui oui, non mais c'est...</p> |
| IDE\IDE.08 | <p>Donc là, par contre, effectivement, il y a certaines fois des insultes, oui ça arrive, des noms d'oiseaux</p> |
| IDE\IDE.08 | <p>Intervieweur : En terme de noms d'oiseaux, est-ce que vous pourriez dire ce que vous avez déjà entendu, ou ce qui est le plus habituel ? Répondant : J'en sais rien, mais bon, c'est « Ouais, t'es une connasse, je viens là, je viens aux urgences et vous me renvoyez faire des papiers. Vous, vous êtes là à rien foutre, vous pourriez vous occuper de moi ». Enfin voilà, c'est un peu dans ce genre-là quoi.</p> |
| IDE\IDE.08 | <p>Intervieweur : Ah ah ! Chaque week-end, vous êtes confrontée à des insultes ? Répondant : Non. Pas chaque week-end. Mais, souvent.</p> |
| IDE\IDE.09 | <p>Et donc, quand on est sortis de cet acte-là, il y a un monsieur qui m'a dit : « Oui, vous foutez quoi et tout ? Ça fait trois quarts d'heure que vous êtes enfermés dans cette salle, vous êtes des vrais fonctionnaires ! »</p> |
| IDE\IDE.11 | <p>des fois on se fait traiter de tous les noms</p> |
| IHL\IHL.02 | <p>Mais non, je n'ai pas, j'ai jamais été, j'ai jamais été insultée enfin, non, non.</p> |

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IHL\IHL.02 | <p>Intervieweur : Est-ce que, pour revenir sur les incivilités et parfois des actes violents. Tout à l'heure, vous avez dit que vous aviez entendu une infirmière se faire insulter en bonne et due forme ; est-ce que vous vous souvenez des insultes en question ?</p> <p>Répondant : ça devait être un truc du genre, excusez-moi du terme mais « Salope ». Non, je crois qu'il lui a dit « Espèce de connasse ».</p> <p>Intervieweur : ça, c'est des noms d'oiseaux qu'il vous arrive d'entendre ?</p> <p>Répondant : Non, franchement, honnêtement, autant quand j'ai travaillé à « N » oui, des trucs comme ça j'en ai entendu, autant, ici, c'était vraiment la première fois que j'ai entendu un type... Bon ça s'est très vite arrêté, elle a fermé la porte et elle a dit « ça suffit » et il est parti. Et elle, elle m'a dit « De toute façon c'est monnaie courante ». Mais honnêtement, en 6 mois de stage, j'ai entendu une fois et pourtant je n'ai pas été absente non plus ; j'ai pris 3 semaines de vacances, étalées un peu dispatchées, donc j'ai été assez présente. Dans tout ça, je n'ai pas entendu, non je n'ai pas entendu. Pas à des médecins, en tout cas, jamais en consultation, jamais.</p> |
| IHL\IHL.05 | que j'étais une salope |
| IHL\IHL.05 | Et après il y a vraiment le côté avec les agressivités verbales, comme je vous dis, se faire traiter de salope le matin, il y a mieux pour finir sa garde. |
| IHL\IHL.04 | Oui, des noms d'oiseaux. |
| IHL\IHL.07 | Des insultes ou, je ne sais pas, quelqu'un qui claque la porte. Répondant : Non |
| IHL\IHL.07 | <p>Les incidents les plus graves, vous estimez que c'est quoi ?</p> <p>Répondant : Les insultes.</p> <p>Interviewer : Les insultes ?</p> <p>Répondant : Je ne me souviens plus trop de l'histoire, mais il me semble qu'un des patients des urgences avait insulté mon infirmière et du coup je lui avais demandé de partir. J'avais mis un mot au surveillant médical, mais c'était insulter genre il lui avait hurlé dessus, il était très violent verbalement</p> |
| ASD\VASD.02 | <p>dès qu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent, ça y est, c'est, pffff ! ...</p> <p>Interviewer : C'est quoi ?</p> <p>Répondant : Et ça, je ne connaissais pas ce côté-là. Eh bien ça part, voilà. Je t'insulte, t'es qu'une conne !</p> |
| ASD\VASD.05 | <p>Est-ce que, est-ce qu'il y a eu parfois des cas où on vous a insultée, enfin...</p> <p>Répondant : Oh ben, c'est souvent, oui. Souvent. Le plus dur, c'est quand on commence la journée, parce qu'après on a encore toute la journée à faire derrière.</p> <p>Interviewer : Oui. C'est..., c'est quoi le genre d'insultes, euh ?</p> <p>Répondant : Oh, « connasse », ou on nous insulte en Arabe souvent. Une fois on avait... un médecin qui parle Arabe, et qui l'a reprise, elle ne s'y attendait pas !</p> |
| IDE\IDE.07 | Quand on se fait traiter de pute ou de salope au téléphone même si on n'a pas les mêmes personnes en face, c'est dur. |
| IDE\IDE.07 | Ah oui. Il y a quoi, il y a 15 jours : « Pourquoi vous êtes payée ? Vous êtes une espèce de pute, vous venez juste chercher votre paye ». Voilà, c'est agréable... |
| ASD\VASD.04 | <p>Ce sont des injures à connotation sexuelle ? Ou pas nécessairement ?</p> <p>Répondant : Oui. Oui : « Nique ta mère ». Vous voyez, ces... ce mot, je suis même gênée de le répéter, parce que...ce sont des mots si violents, que ça ne peut pas sortir comme ça.</p> |

Menaces verbales

-
- ASD\ASD.02 Donc vous, vous n'avez pas eu de, de menace, enfin, vous avez déjà été physiquement menacée ici ou pas ?
Répondant : Non.
-
- ASD\ASD.04 Et 5 minutes après, elle est revenue de nouveau, en courant, en courant : « C'est quoi votre nom ! C'est quoi votre nom ! ». Vous voyez. Notre nom il est là, hein ! Je lui dis « Qu'est-ce que vous avez besoin de mon nom ? Vous n'avez pas besoin de mon nom. Mon nom m'appartient, donc si vous avez quelque chose..., une réclamation à faire, vous faites un courrier. On saura qui c'est, il n'y a pas besoin des noms ». Voyez. Elle a pris les noms. En partant, qu'est-ce qu'elle a dit : « Tu verras ce que je vais faire de toi ! ».
-
- ASD\ASD.05 Une fois il y a eu une altercation avec un médecin, hein ! Mais bon...
- Interviewer : C'est-à-dire ? Il n'était pas d'accord avec le médecin, ou... ? Il n'était pas d'accord avec ce que lui disait le médecin, ou... ?
Répondant : Oui. Apparemment. Ben, il y a une fois, une interne est passée par la fenêtre pour sortir, elle ne pouvait pas passer par la porte, hein !
- Interviewer : Pourquoi ? Parce qu'elle...
Répondant : Parce qu'elle devait partir... Je pense qu'elle avait fini, et qu'elle partait. Elle s'est enfuie par la fenêtre, hein !
-
- IDE\IDE.02 Il y avait deux dames qui se sont pris la tête en salle d'attente. Notamment il y en a une qui venait pour un problème de vue. C'était un problème de fatigue oculaire donc ça n'avait rien à voir avec les urgences. Mais je venais d'arriver donc je ne savais pas trop... Et j'ai du appeler les gardes parce que ça montait vraiment.
- Interviewer : C'est à dire ?
Répondant : Et bien les deux dames commençaient à... J'ai cru qu'elles allaient se...
- Interviewer : Ah, mais entre elles ?
Répondant : Oui entre elles. Et moi j'étais enceinte donc je ne me suis surtout pas mêlée de la situation. Enfin, j'ai essayé un peu de calmer le jeu mais je ne me suis pas interposée.
- Interviewer : D'accord. C'est-à-dire qu'elles râlaient toutes les deux...
Répondant : Oui, elles allaient limite se taper, vraiment c'était...
- Interviewer : Mais elles ne sont pas arrivées ensemble ? C'était deux personnes totalement différentes ?
Répondant : Ah non, mais elles n'étaient pas d'accord parce que... Je pense qu'elles discutaient de la situation, mais elles n'étaient pas d'accord.
-
- IHL\IHL.05 c'était sur la nuit, ça a du arriver vers 23h minuit des brouettes, qui avait un tout petit corps étranger. Donc procédure classique, on enlève, on fait la déclaration en accident de travail, il a son traitement, il repart et donc le matin il revenait à l'accueil à 8h précise. J'étais en bas parce que je terminais de ranger les dossiers avant de partir. Donc je le revois, il me revoit, il me dit : « ah vous m'avez pas fait d'arrêt de travail, et je lui dis « non mais monsieur, désolé mais pour ça il n'y a pas d'arrêt de travail. » Donc là j'ai eu toutes les insultes du monde, que toute ma famille allait mourir, qu'on allait tous mourir
-
- ASD\ASD.04 Voilà, ou « Je viens, je te casse la gueule ». Vous voyez. Là, c'est par téléphone, vous voyez ; nous, on donne les rendez-vous.
-

Gestes agressifs

-
- ASD\ASD.02 Interviewer : Ah, vous aviez fait déjà dans votre ancien service. D'accord.
Répondant : Voilà. Mais bon, c'était une autre, une autre gestion de violence qu'on avait à D2. Ce n'était pas comme ici. Là c'est... Par moments, j'ai vu, même une fois je me suis interposée, parce que, il y avait eu des, comment dire, des consultants qui étaient venus, et apparemment il y avait des conflits privés. Et le soi-disant père était venu pour récupérer son fils, dont la mère était venue en consultation, et ils se sont battus vers, ...
- Interviewer : Dans le couloir ?
Répondant : A l'extérieur. Vous savez, là où il y a la salle de, comment on appelle ça ? Où ils attendent, la salle d'attente. Il y a la porte vitrée, et ils se sont, ils ont commencé à se battre là. Moi j'ai vu ça, je voyais tout un attroupement, j'ai dit « mais qu'est-ce que... ? », et de voir le..., le monsieur taper son ex, enfin, je me suis interposée.
- Interviewer : Et comment vous avez fait ?
Répondant : Ben, je me suis mis au milieu. Puis j'ai été aidée par un Interne.
- Interviewer : Vous avez pris un coup ?
Répondant : Non. J'aurais pu. Mais je, je n'étais pas dans cette optique. Je ne pouvais pas tolérer qu'un homme frappe une femme. Parce que ça ne se fait pas déjà à la base. J'aurais pu prendre un coup, puisqu'après on m'a dit « Mais t'es folle, elle avait un couteau, un cutter, et tout ». Bon, moi je suis arrivée au moment où, ...
- Interviewer : Oui, ça heurtait vos convictions quoi.
Répondant : Ah oui, non non, ça ne se fait pas ça ! Ça ne se fait pas ! On a des litiges, on les règle. Bon, là apparemment c'était assez, un couple spécial. Mais bon, non. Pis le petit qui, enfin, qui était pas loin, attendez... Et puis les gens qui...
- Interviewer : Donc ils étaient en fait sortis du service quand même.
Répondant : Oui, mais tous les gens regardaient. Personne n'osait, bon y avait le Docteur JACQUET, apparemment, j'ai su après, parce que je suis arrivée un petit peu, après, on va dire, qui s'était interposé, mais tout le monde regardait. Ils... Vous savez, comme ces bandes de gamins, quand deux jeunes se battent ? Ben ça faisait ça. Moi ça, ça m'a mis hors de moi, je, non, ça se fait pas. Et puis c'était non-personne..., non-assistance à personne en danger, enfin.
- Interviewer : Et ça s'est terminé comment alors ?
Répondant : Eh bien écoutez, ...
- Interviewer : Quand vous vous êtes interposée, il s'est calmé tout de suite, ou ?
Répondant : L'Interne, un Interne qui est venu m'aider, donc, on a réussi, parce que c'est vrai qu'ils étaient bien, bien énervés. Le..., le papa, et ben écoutez, il s'est un peu mis en retrait, la dame elle était complètement hystérique. Donc lui, il est parti. Et puis bon, on a essayé de calmer le jeu. Ensuite, elle, elle prenait une crise un peu d'hystérie. On a appelé les gardes, qui entre temps sont venus tout doucement, et après ils l'ont emmenée, au SAMU.
-
- ASD\ASD.02 Des gens à l'accueil qui gesticulent un peu trop, qui s'énervent, ...
Répondant : Eh bien non, parce que justement, j'essaye de tempérer, ...
-
- ASD\ASD.03 Il y en a un qui a levé la main et j'avais eu peur quand même, toute seule dans le bureau.
- Interviewer : "Levé la main" de quelle façon ?
Répondant : Comme s'il voulait me frapper mais il ne l'a pas fait. C'est le geste, le geste est là !
- Interviewer : Est-ce que vous vous souvenez des circonstances ? C'était il y a combien de temps ?
Répondant : Ça fait déjà deux ou trois ans parce que ça n'arrive pas tous les jours, heureusement.
- Interviewer : Oui. Et ça, c'était dans le bureau ?
Répondant : Oui.
-

ASD\ASD.03 Je reviens sur cette personne qui a "levé la main". Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous avez ressenti ?

Répondant : Non. Je sais que j'ai eu très peur et après c'est passé.

Intervieweur : Vous vous êtes sentie physiquement menacée ?

Répondant : Oui. Quand quelqu'un lève la main parce qu'il est mécontent et que vous êtes assise derrière un bureau, on se sent menacé là !

Intervieweur : A ce moment là, qu'est-ce que vous avez fait ?

Répondant : J'ai haussé le ton et je lui ai dit de sortir du bureau. Il est sorti et il est parti en claquant la porte. J'ai eu peur parce que c'était un monsieur...

Intervieweur : Un monsieur de quel âge ?

Répondant : Entre trente et quarante ans...

ASD\ASD.05 Des gens qui en viennent aux coups, des choses comme ça, vous avez vu ça ? Ou des bousculades, ou je sais pas...

Répondant : Ils cassent le matériel.

Intervieweur : Ils cassent le matériel ?

Répondant : Hum, hum.

Intervieweur : Ah bon ?

Répondant : Il y en a un qui avait cassé la vitre, aux urgences. Le bureau infirmier, il y a une porte vitrée, une petite vitre, il y en avait un qui avait cassé la vitre.

Intervieweur : Dans le bureau des Infirmières, là ?

Il y en a un qui avait cassé la vitre, hein !

ASD\ASD.05 De toutes façons, les gens sont agressifs, hein ! L'autre fois, regardez, un couple. Ils devaient pas être ensemble, mais la dame était venue avec un couteau, pour frapper son mari, à la consultation ! Oui, hé, hé, hé !

Intervieweur : Ah bon ?

Répondant : C'est ça !

Intervieweur : C'est-à-dire, le..., il était blessé à cause de ça, ou c'est...

Répondant : Je ne sais pas, il y a quelqu'un qui avait dû voir, qui avait appelé les gardes entre-temps, mais...elle était venue avec un couteau et personne n'avait fait attention...

Intervieweur : Avec un couteau ! Il y a quand même pas eu des armes, euh, des armes à feu, des trucs comme ça ?

Répondant : Non. Non, ben ouais.

Intervieweur : Non non. J'espère que non, hein !

Répondant : Ah non !

ASD\ASD.05 Interviewer : Ah oui ?
Répondant : Je sais plus ce que c'était, mais j'ai cru qu'il allait me taper dessus. Bon, au moins, il ne parlait pas, mais bon.

Interviewer : C'était quoi, un homme ? ...
Répondant : Oui, c'était un homme oui. Mais bon, c'était il y a quelque temps.

Interviewer : Un patient, ou un...
Répondant : Oui, ça devait être un patient, oui. Parce que... Et quand..., vous savez notre euh..., comment ils appellent ça ? Notre banque, elle est haute chez nous... Il y a des infirmières qui pourraient la faire couper plus basse, quelque part, bien contente qu'elle soit aussi haute, hein ! Parce que...

Interviewer : Ah oui. Hé, hé ! Parce qu'ils vous attraperaient, ou... non ?
Répondant : Des fois, c'est sûr...

Interviewer : Et qu'est-ce qui... c'était quoi le...
Répondant : Oh ben, je me rappelle plus, ça fait déjà quelques temps.

Interviewer : Un truc pour le dossier, ou..... ils n'avaient pas les papiers.
Répondant : Je ne sais plus. Un truc comme ça.

Interviewer : Et là, à ce moment-là, vous avez reculé, non ou...
Répondant : Oui, enfin je sais plus ce que j'avais fait, mais je n'étais pas..., non, j'ai pensé qu'il allait...

Interviewer : Pas à l'aise. C'est sûr.
Répondant : Oui.

IDE\IDE.01 Donc les cas qui peuvent vraiment vous faire réagir ?
Répondant : C'est l'insulte qui me touche moi et puis, c'est s'il y a une violence, s'ils cassent une porte, s'ils tapent contre la porte...

IDE\IDE.02 Oui, il y a un patient qui venait pour des lunettes, je me souviens, pareil... Et en fait il râlait parce qu'on ne pouvait pas le prendre. « Oui, je vais porter plainte, oui ceci, oui cela »... Et puis il m'a balancé ses étiquettes et il est parti. Alors là on se disait « est-ce qu'il va revenir, est-ce qu'il...? »

Intervieweur : Avec violence ? Le ton ?
Répondant : Oui il était assez violent. Oui, le ton et puis les étiquettes qu'il vous balance comme ça.

Intervieweur : Il gesticulait ? Il faisait des gestes en même temps ?
Répondant : Oui.

IDE\IDE.05 Moi, je n'ai jamais eu de problème important. Je n'ai jamais eu de gens qui soient vraiment agressifs.

IDE\IDE.08 Moi il y en a un, il n'y a pas longtemps, qui m'a jeté sa planche d'étiquettes à la figure, parce que je lui disais qu'il fallait attendre, qu'on le faisait patienter, et quand il a vu qu'il y avait un peu de monde en salle d'attente : « Oui, ben moi je file aux urgences, c'est pas pour attendre, donc je vais ailleurs ! ». Voilà, et il vous balance la fiche d'étiquettes.

IDE\IDE.09 Donc c'est souvent, en général c'est souvent des cris, ça commence souvent par des cris, une conversation très forte, avec des..., des gestes un petit peu, dans tous les sens, quoi !

Interviewer : Des gestes des bras ?
Répondant : Oui, des gestes des bras, oui. Oui, oui.

Interviewer : Donc c'est des gens qui parlent très fort, qui s'agitent physiquement.
Répondant : Voilà, oui.

IDE\IDE.09 C'est régulièrement que les gens comme ça, parlent fort, s'agitent ?
Répondant : Oui.

Interviewer : Et vous diriez quoi ? Une fois par semaine ? Plus ou moins ?
Répondant : Bien pas une fois par semaine, parce que c'est vrai que, nous déjà, on fait les urgences une fois par semaine, voire 2 fois par semaine, donc c'est, pour nous qui sommes pratiquement aux urgences, mais une fois tous les 15 jours, oui. Tous les 15 jours ou 3 semaines, facile. Voilà.

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDE\IDE.11 | Voilà, moi je n'ai jamais eu de gestes agressifs. Quelquefois, les gens se mettent très proches, pour vous impressionner, évidemment. Mais je n'ai jamais eu de gestes agressifs, ça je ne sais pas comment je réagis, par contre. |
| IDE\IDE.12 | Et voilà. Il a déboulé, et il m'a fait hyper peur. Je pense que c'est la première fois où il m'a..., où j'ai eu peur, peur oui, vraiment. Parce que, là, il était vraiment très énervé. Parce qu'après, les gens, souvent, ils nous crient dessus, ou ..., mais... Interviewer : Physiquement ils... Répondant : Oui, Non. Voilà. On le sait...Il y a une fois où j'avais été obligée d'appeler l'interne en disant « J'le sens pas bien. Viens, parce que moi je suis toute seule au milieu, là » ; puis, ils étaient plein, mais, mais lui là, enfin c'est de le voir débouler si vite là, j'ai... voilà. Voilà, ça m'a surprise, et ... Voilà. Ça, c'était un bon exemple, c'était il y a pas longtemps en plus. Je pense qu'on me l'a jamais fait celle-là, en plus. (Rires) En général, ils toquent à la porte, et ..., mais là, il a claqué. Il est entré, la porte a claqué, ça m'a surprise, et ah... Il est arrivé en hurlant, donc il y avait quand même trois personnes...qui étaient avec le médecin, dont un monsieur sur le siège, qui était en train de se faire examiner. Enfin bon. C'était moyen. |
| IDE\IDE.12 | Donc j'ai jamais eu de violence physique ; enfin, moi, j'ai jamais eu, parce que j'ai des collègues qui ont, a qui on a cassé la vitre de la porte des urgences, elle est vitrée, elle a éclaté. Interviewer : Et vous ? Répondant : Moi, non, je n'ai jamais vu ça. |
| IDE\IDE.12 | Il y en a qui partent, hein, qui partent en s'énervant, et qui vont balancer les feuilles sur le bureau, et qui s'en vont...et qu'on ne revoit pas. |
| IDE\IDE.13 | Alors, qui ait vraiment dégénéré, moi ça ne m'est jamais arrivé. Enfin, des gens vraiment violents, ça a dû m'arriver si, une fois. Un patient qui a levé la main, j'ai cru que je m'en prenais une. Voilà, parce qu'il avait mal et qu'il fallait qu'il passe avant tout le monde, quoi. Ça, c'est très difficile. |
| IDE\IDE.13 | Intervieweur : Et il y en a qui s'en prennent au matériel aussi ? Répondant : Non, enfin moi ça ne m'est jamais arrivé. En même temps, c'est vrai que dans les salles d'attente, il n'y a pas grand-chose à casser. |
| IHL\IHL.01 | J'ai jamais eu d'altercation physique en fait. |
| IHL\IHL.01 | mais moi personnellement à part des gens qui ont crié en disant que c'était inadmissible ou qui sont partis en claquant la porte, des choses comme ça, on le voit partout ça. |
| IHL\IHL.05 | Et agression physique, je n'en ai jamais eues. |
| IHL\IHL.04 | Une nuit à deux heures du matin quelqu'un qui vient pour du gaz lacrymogène sur le visage. Ce n'était pas vraiment les yeux, parce que dans les yeux il n'avait pas grand-chose. Il se plaignait d'avoir mal, alors je lui ai dit que, sûrement, il avait mal, puisqu'il avait pris du gaz lacrymogène dans les yeux et sur le visage. Interviewer : C'était deux heures du matin ? Répondant : Trois heures du matin. En plus, il était bourré, torse nu. Et du coup ma réponse ne lui a pas plu. Je lui ai dit que, de toute façon, il n'irait pas chercher son ordonnance non plus. Puisqu'il voulait rester à l'hôpital aux urgences en attendant le premier métro. Je lui ai dit que ce n'était pas possible. En plus, on n'a qu'une seule infirmière la nuit et vu que c'était une femme... Du coup, je lui ai dit qu'on n'allait pas le garder et il s'est énervé, il a voulu me taper |
| IHL\IHL.04 | Voilà, il a jeté les trucs dans la salle d'attente, il a tout jeté par terre. Interviewer : Comment ça s'est terminé ? Vous en avez pris une ? Répondant : Non, non je l'ai sorti. Je suis un garçon. |
| IHL\IHL.04 | S'il n'y a pas quelque chose d'urgent et bien il prend un rendez-vous dans un second temps avec un neurologue. Et donc, ça ne lui a pas plu. Elle a cassé sa perfusion, elle a fait exprès de sortir sans rien dire à personne, elle a fait exprès de tomber par terre soit-disant. |

| | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IHL\IHL.06 | <p>Intervieweur : Vous disiez quelqu'un qui tapait les portes ?</p> <p>Répondant : Oui, au mois d'août, il y avait quelqu'un... on a fait appel aux secours, ils sont venus le chercher, ils sont intervenus.</p> <p>Intervieweur : Comment ça s'est passé ?</p> <p>Répondant : Alors moi, j'arrivais, j'allais reprendre la garde, et il y avait beaucoup de retard. On n'avait même pas fini les patients du matin et, en fait, ce patient, il était sur les patients du matin et il a dit que si on ne le prenait pas tout de suite, il allait casser toutes les portes, voilà. Mais, en général, c'est des gens qui partent après. Donc, c'est la preuve qu'ils ne sont pas des vraies urgences. Et que ça peut attendre.</p> <p>Intervieweur : Donc, c'est la sécurité qui est intervenue ?</p> <p>Répondant : Oui, ils sont venus et ils sont intervenus, oui.</p> |
| IHL\IHL.06 | <p>Intervieweur : Est-ce qu'il y a différents niveaux dans les incidents ? Des choses qui arrivent tous les jours ? Des choses un petit peu plus exceptionnelles ?</p> <p>Répondant : Bien oui, les gens qui tapent les portes, c'est très exceptionnel.</p> |
| IHL\IHL.07 | <p>Bousculades, non ?</p> <p>Répondant : Non, non</p> |
| IHL\IHL.07 | <p>il était très violent verbalement et puis, il aurait pu être, je pense, à mon avis, même physiquement violent.</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>Alors comme ils n'arrivent pas à nous joindre, ils viennent sur place et, quand ils arrivent, ils sont mécontents. Et des fois, l'agressivité est là ! Moi-même j'ai eu des personnes qui ont levé la main. Ce n'est pas allé plus loin mais il y a eu le geste.</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>Mais, certaines personnes parlent de façon difficile... des mots très durs à entendre. Il n'y a pas des gestes hein, heureusement, il n'y a pas...</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>En général, assez, ou on fait patienter les gens, les gens veulent bien patienter. Oui oui, je..., on leur explique, et quand on n'arrive pas à faire comprendre, la cadre n'est pas... voilà. Donc patientez, et en général ils patientent. Mais on voit hein, ils font les 400 pas, ils sont..., ils sont prêts à donner un coup sur quelqu'un, Ha, ha, ha, ha, ha !</p> <p>Interviewer : Ah bon. Ils sont énervés ? Ils sont agités ?</p> <p>Répondant : Ils sont agités, oui. Ah oui des fois, même avec notre cadre, qu'on est 3 devant, on ne fait pas le poids, hein !</p> |
| IDE\IDE.09 | <p>Le monsieur, l'autre jour, qui s'est mis à gesticuler et à me crier dessus</p> |

Mécanismes de défense

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDE\IDE.06 | Est-ce qu'on peut prendre un exemple d'un incident qui ne s'est pas très bien terminé ou pour lequel vous seriez allée jusqu'à faire une déclaration ? Répondant : Je ne les ai plus dans la tête maintenant parce qu'on en a tellement. |
| IDE\IDE.07 | es noms d'oiseaux... Interviewer : Ce n'est pas forcément très simple ou forcément agréable à formuler ? Pour l'étude, c'est vraiment très important de savoir tout ce que vous entendez. Répondant : Je n'arrive pas à les dire. Interviewer : Vous n'arrivez pas à vous en souvenir ou à les dire ? Répondant : Un peu les deux. Je crois que je ne veux pas m'en souvenir, en fait. J'essaie de les... Lorsque je vous ai dit les deux derniers, c'est parce que c'est récent. Pourtant, je suis d'un naturel assez cool, je ne suis pas,... Je suis Marseillaise et ce sont des choses, jusqu'à présent, qui ne me portaient pas trop dessus mais là, ça commence vraiment à me peser. |
| IDE\IDE.09 | Interviewer : Toujours au chapitre des noms d'oiseaux, est-ce que vous avez entendu d'autres insultes que « fonctionnaire » ? Répondant : (soupir)... Oui, certainement, mais là comme ça, je ne pourrais pas vous dire précisément. C'est vrai que quand je suis arrivée, j'étais..., les 6 premiers mois, j'avais plein d'exemples, et puis là, en fait, du coup, on laisse couler ; en fait, on est moins..., après le temps, on est moins perceptible, à ce que les gens disent, à leurs moments de revendications. Interviewer : Vous avez baissé votre seuil d'incivilités Répondant : Oui. Oui, oui. Bien oui. Interviewer : Comment est-ce que vous expliquez ça ? Répondant : Bien, parce que c'est un petit peu la monnaie courante tous les jours, donc du coup, bien on fait moins attention. Je pense. Alors que, quand on n'est pas habitué, c'est vrai que quand on arrive ici, au début, c'est pénible quoi, hein. Et là, là, c'est vrai qu'on fait moins attention quoi, quand les gens revendiquent, quand ils viennent nous demander, dans combien de temps ils passent, et pourquoi lui il est passé avant moi, enfin, on..., on est..., on n'y fait moins attention, ça nous prend moins au cœur ; enfin, moi, c'est ce que, ce que je pense, |
| IHL\IHL.01 | je me demande si ce n'était pas Albane qui avait eu ça, mais bon, pour elle, elle va l'oublier, parce que je pense qu'elle doit en avoir des caisses. |
| IHL\IHL.01 | mais moi personnellement à part des gens qui ont crié en disant que c'était inadmissible ou qui sont partis en claquant la porte, des choses comme ça, on le voit partout ça. |
| IHL\IHL.01 | Interviewer : Sur le semestre, là, est-ce que vous auriez un exemple de comportement qui vous aurait plus choqué que d'autres ? Répondant : Non, pas vraiment. Je vous dis, c'est des comportements habituels, qu'on peut voir un peu partout, des gens qui ne sont pas contents d'attendre, des comportements... non... franchement... il vaut mieux demander aux internes plus vieux, je pense qu'ils en auraient à vous dire, moi je peux pas bien vous aider, je suis pas le mieux placé, j'ai pas beaucoup d'expérience dans la mine. |
| IHL\IHL.02 | Et en terme d'incivilités, est-ce qu'il y a des choses qui vous ont frappée ou qui continuent de façon régulière de vous interpeller ? Répondant : Oui, il y a des gens parfois qui ne sont pas très aimables, mais je ne dirais pas que c'est de l'incivilité. Je pense que c'est plus la société qui est comme ça. |

| | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IHL\IHL.03 | <p>Interviewer : Il y a un certain fatalisme, les gens s'habituent, se disent ça fait partie du boulot ?</p> <p>Répondant : Ouais, on est obligé, en fait c'est la... je pense c'est l'image du médecin qui change aussi, c'est plus tout pour le patient, le médecin c'est plus un prestataire de soin maintenant, je trouve qu'il y a moins...</p> <p>Interviewer : De respect ?</p> <p>Répondant : Je n'étais pas là dans les générations d'avant, mais ils nous disent qu'avant c'était plus respecté, un médecin, que jamais on n'aurait, on se serait permis de dire que c'était un incompetent pour des raisons d'attente.</p> <p>Interviewer : Donc là, les gens se lâchent...</p> <p>Répondant : Ouais, mais nous, on est habitués, ça nous choque plus, on se dit, ce n'est pas que ça nous choque plus, mais on n'y prête plus attention.</p> |
| IHL\IHL.03 | <p>Interviewer : Et dans votre expérience, est-ce que vous pourriez me donner un exemple d'incident qui, au contraire, s'est bien passé ?</p> <p>Répondant : Ben tous, à chaque fois ça se finit bien, j'ai jamais eu de catastrophe en garde.</p> |
| IHL\IHL.04 | <p>Du coup, je lui ai dit qu'on n'allait pas le garder et il s'est énervé, il a voulu me taper. Ça, ce n'est pas très grave.</p> |
| IHL\IHL.07 | <p>Non, il y a zéro jour où il n'y a pas de remarques, il y a zéro jour où il n'y a pas d'histoire. Mais bon, je veux dire, ça ne m'atteint plus. La preuve c'est que je m'en souviens pas, mais évidemment tous les jours il y a des histoires, tous les jours...</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>Avec mes problèmes de santé familiaux, je me suis toujours fait une barrière. Ce qui se passe à l'hôpital, ça se passe à l'hôpital et quand j'arrive à l'hôpital, j'oublie ce qui se passe à la maison. C'est mon principe de toujours, c'est comme ça que j'ai pu tenir.</p> |
| ASD\ASD.03 | <p>«il faut oublier sinon on s'en sort pas».</p> <p>Intervieweur : Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez eu du mal à oublier ? Un épisode qui est revenu...</p> <p>Répondant : Oui, on y pense quand même, ça m'est arrivé. C'est tellement méchant, cette vulgarité. Je n'ai jamais supporté les gens vulgaires et c'est vrai qu'il y a un impact quand on vous insulte. On n'aime pas.</p> <p>Intervieweur : Combien de temps ça peut vous empoisonner la tête ?</p> <p>Répondant : On y pense quelques jours, après c'est oublié. Des fois on se dit «ça ne coûte pas cher d'insulter les gens».</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>Des fois, il arrive un moment, pour me protéger, moi aussi j'ai besoin, parce que j'ai une famille, j'ai un travail, je ne suis pas à la veille de ma retraite, j'ai besoin de me protéger. Il arrive un moment, après les mots difficiles, alors qu'ils ne veulent rien entendre, et que j'ai tout expliqué... J'avais l'impression de ne plus entendre, pour entendre ce qu'ils disent, vous voyez. Je me protège en fait.</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>Et les mots qu'il ne faut pas qu'on entende, et souvent on l'entend. Ce sont des mots difficiles, des mots, des insultes, des choses comme ça. Et au téléphone, une fois, j'étais tellement surprise qu'on me dise, que là, je me suis mis à rigoler : « Espèce de..., de..., de... ». Vous voyez de, ben c'est inattendu, je me mets à rigoler, en fait ; la personne était au bout de la ligne, j'ai rigolé, tellement je m'attendais pas à un coup pareil, en fait, de si dur à entendre.</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>j'ai la chance, un petit peu la facilité, si j'ai eu des mots très durs comme ça, je n'oublie pas, parce que je suis quand même vexée, blessée... mais si j'ai quelqu'un qui arrive en face de moi, et que la conversation tourne dans le bon sens, normalement, agréablement, et bien pendant ce temps-là, j'oublie ce que les gens m'ont dit derrière. J'oublie. Mais, par contre, j'en ai pour la journée après, hein. Et j'en ai pour 3 jours après, hein. Tout dépend ce qu'on me dit, hein.</p> |
| ASD\ASD.04 | <p>Moi, je fais un signalement. Et, (soupir), ben j'oublie vous voyez. On n'oublie pas tout, mais les détails, il faut réfléchir et ça revient, vous voyez. Les colères, heureusement, ça ne reste pas accumulé, vous voyez. Non, je ne peux pas.</p> |
| ASD\ASD.05 | <p>Interviewer : Et est-ce que vous pourriez me donner un exemple, justement d'incident, ou d'incivilité, ou d'agression, qui s'est un peu mal terminé ?</p> <p>Répondant : Comme ça, non.</p> <p>Interviewer : Je ne sais pas si vous... Quelque chose qui vous a un peu marquée.</p> <p>Répondant : Comme ça, non. C'est qu'on s'habitue pas, mais on en a tellement que, (soupir). Ça finit par tellement devenir quotidien qu'on n'y fait même plus attention. Qu'est-ce qui est arrivé récemment ?</p> |

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASD\ASD.05 | <p>Vous..., vous disiez un petit peu : « On s'habitue un peu ». Est-ce que vous avez cette impression ? C'est-à-dire que les gens, finalement, quand il y a des gens énervés, ils n'y font pas trop attention, ou...</p> <p>Répondant : Oui. Enfin, oui. Même si on ne s'y habitue pas franchement, on s'habitue quand même, quelque part. Ce n'est pas des façons de travailler normales, quand même !</p> |
| <hr/> | |
| IDE\IDE.02 | <p>Bah oui, je n'allais pas laisser ça comme ça, mais quand c'est une fois de temps en temps, ce n'est pas grave.</p> <p>Intervieweur : Ce n'est pas grave... Ça ne vous dérange pas plus que ça finalement ? Ça ne vous énerve ça...?</p> <p>Répondant : Bon, c'était le matin tôt, j'étais encore... Ça aurait été le soir à 20 heures, je ne sais pas...</p> <p>Intervieweur : Oui, vous étiez encore fraîche...</p> <p>Répondant : Oui.</p> |
| <hr/> | |
| IDE\IDE.04 | <p>Et vous, ça ne vous a pas particulièrement énervée, vexée, mise en colère ?</p> <p>Répondant : Non, parce que maintenant c'est la société de maintenant qui est comme ça. Tout le monde est pressé donc, non, non.</p> <p>Intervieweur : Ça ne vous choque pas ?</p> <p>Répondant : Non.</p> <p>Intervieweur : D'accord, vous passez au suivant et puis voilà.</p> <p>Répondant : Voilà.</p> |
| <hr/> | |
| IDE\IDE.04 | <p>Intervieweur : Et vous avez une nature qui fait que, au suivant c'est oublié ?</p> <p>Répondant : Oui, c'est dans ma nature.</p> |
| <hr/> | |
| IHL\IHL.03 | <p>Et pour vous, je ne sais pas, quand vous avez fini la garde et que vous avez entendu plein d'insultes ou de... vous oubliez, ça se passe comme ça ?</p> <p>Répondant : Alors, il y a des psychotiques, mais les psychotiques, c'est un peu différent, parce que, forcément, ils vont dire des choses, enfin ils sont plus agressifs, parce qu'ils sont malades mentalement aussi, donc non ça ne me touche pas.</p> |

d'AUBAREDE Constance

« Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences ophtalmologiques :
exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant »

pages. 10 tableaux, 1 figure. Thèse de Médecine : LYON 2013 – n°

Résumé :

La violence au travail est un risque psychosocial et a des répercussions avérées sur la santé des travailleurs. Le personnel hospitalier est la catégorie professionnelle la plus touchée. L'étude PREVURGO a pour but de réduire le nombre d'actes de violence et d'incivilités (AVI) commis dans un service d'urgences ophtalmologiques par une série d'interventions.

L'objectif de cette étude, volet qualitatif de PREVURGO, était de décrire la perception des professionnels de santé des situations de violence.

Une méthodologie de recherche qualitative a été adoptée. Les données ont été recueillies par des entretiens individuelles semi-structurées auprès de 27 membres de l'équipe, des observations de terrain et l'analyse de documents. Les entretiens retranscrits ont fait l'objet d'une analyse qualitative thématique de contenu.

Une typologie des AVI a été élaborée en six catégories sur un continuum de gravité croissante. Mais les remarques relatives aux demandes répétées et aux exigences des usagers, non considérées comme des AVI, étaient également omniprésentes dans les témoignages recueillis. L'ensemble de ces actes requéraient de façon permanente des exigences émotionnelles de la part du personnel.

Les répondants adoptaient des stratégies professionnelles d'adaptation comportementale, mais leurs limites personnelles pouvaient être dépassées. Il y avait une sous-déclaration des événements de violence. Les participants avaient un sentiment de faible utilité de ces signalements. Les AVI avaient des conséquences sur leur travail et leur santé. Le personnel interrogé a attribué des causes à ces AVI (durée d'attente, manque de personnel, facteurs dans l'organisation du travail et évolution de la société) et proposé des pistes de solutions.

Les résultats de cette étude ont permis d'évaluer qualitativement les représentations de la violence chez les membres du personnel. Un certain degré de congruence entre les interventions proposées par le programme de prévention PREVURGO et les solutions identifiées par les répondants a été établi. Des pistes de réflexion ont été avancées pour améliorer les conditions de travail du personnel et la prise en charge des patients. Elles concernaient plus particulièrement la construction du collectif du travail, le rôle du service de sécurité et l'agencement des locaux. La construction du collectif de travail était liée à l'articulation des activités médicales, paramédicales et administratives dans l'organisation du travail.

MOTS CLES :

- risques psychosociaux - personnel hospitalier
- violence externe - recherche qualitative
- service d'urgences

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Alain Bergeret

Membres : Monsieur le Professeur Cyrille Colin
Monsieur le Professeur Yves Gillet
Monsieur le Professeur Jacques Orgiazzi
Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Fassier

DATE DE SOUTENANCE : 14 octobre 2013

Adresse de l'auteur : constancedaubarede@hotmail.com