



# Directives : Comment affronter la violence au travail



Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de photocopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil International des Infirmières. Cependant de courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source en soit indiquée.

Copyright © 2007 par le Conseil International des Infirmières (CII),  
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 92-95040-87-2

Impression: Imprimerie Fornara

**Directives :**  
**Comment affronter la violence au travail**

INTRODUCTION	3
DÉFINITIONS	4
LA VIOLENCE COMME RISQUE PROFESSIONNEL	5
LES RÉACTIONS IMMÉDIATES À LA VIOLENCE	8
L'IMPACT DES AGRESSIONS ET DE LA VIOLENCE	10
LES RÉACTIONS APRÈS L'INCIDENT	12
LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL	16
<i>La structure sociale</i>	16
<i>Le contexte juridique</i>	16
<i>Les problèmes cliniques</i>	17
<i>Le contexte organisationnel</i>	18
<i>L'environnement physique</i>	22
<i>La compétence du personnel</i>	23
<i>La position de l'ANI</i>	24
COMMENT AFFRONTER LA VIOLENCE	26
LE HARCÈLEMENT SEXUEL	30
LA POSITION DU CII	31
RÉFÉRENCES	32

## INTRODUCTION

L'augmentation de la fréquence des agressions et autres actes de violence dans les établissements de soins de santé interfère avec la fourniture de soins de qualité et porte atteinte à la dignité du personnel de santé et à la confiance qu'il a en lui. Les associations nationales d'infirmières (ANIs) ont déjà bien cerné ce problème; elles ont montré l'impact négatif qu'il peut avoir sur la vie professionnelle et personnelle de leurs membres et sont en train d'appliquer des stratégies visant à faire disparaître ce risque professionnel majeur.

Les directives qui suivent - et qui viennent compléter la **Prise de position du CII sur les Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier** (rév. 2006) - ont pour objectifs:

1. de faire le point sur la fréquence et l'impact des agressions et de la violence à l'encontre du personnel infirmier;
2. de rappeler quelles sont les réactions possibles des infirmières\* à ce type d'incidents;
3. de déterminer les principaux facteurs de sécurité qui interviennent sur le lieu de travail;
4. de proposer des stratégies pour affronter la violence au travail, pour la réduire ou l'éliminer.

---

\* Le terme 'infirmière' est utilisé aussi bien pour les hommes que pour les femmes par mesure de simplification rédactionnelle, la version originale anglaise ne présentant pas de problème quant au genre.

### ■ DÉFINITIONS

Les principaux termes utilisés dans ces directives sont définis comme suit:

<i>Agression</i>	Comportement humiliant, dégradant ou autre qui indique un manque de respect pour la dignité et la valeur d'une personne. <sup>1</sup>
<i>Harcèlement sexuel</i>	Tout comportement de nature sexuelle, non désiré, non réciproque et importun, qui est agressif à l'encontre de la personne concernée et qui revient à menacer, humilier ou gêner cette personne. <sup>2</sup>
<i>Violence</i>	Comportement destructif envers autrui.
<i>Violence au travail*</i>	Incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris lors des déplacements depuis ou vers son lieu de travail, et incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé. <sup>3</sup>

\* D'après la Commission européenne

## LA VIOLENCE COMME RISQUE PROFESSIONNEL

La violence au travail prend diverses formes, parmi lesquelles les agressions verbales, les agressions physique et l'homicide.

La fréquence des actes de violence à l'encontre du personnel infirmier devient source de graves inquiétudes lorsque l'on établit des comparaisons avec d'autres professions. Déjà en 1990, lors d'une étude réalisée en Pennsylvanie (Etats-Unis), 36% des infirmières questionnées travaillant dans les services d'urgence déclaraient avoir été agressées physiquement au moins une fois au cours des 12 derniers mois, alors que pendant la même période 6% seulement des délégués à la liberté sous surveillance avaient été victimes d'agressions physiques.<sup>4</sup>

Plus récemment en Suède, le nombre des cas signalés de violence au travail était beaucoup plus élevé dans le secteur de la santé (24%) que dans d'autres secteurs tels que le commerce de détail, l'éducation, les transports, la banque ou la police (4%-7%).<sup>5</sup> Ce phénomène a longtemps été perçu comme propre aux pays industrialisés. Or, des recherches approfondies menées par le Programme commun OIT/CII/OMS/ISP de lutte contre la violence au travail ont montré qu'il s'agit, en fait, d'un véritable défi mondial atteignant des proportions épidémiques. Les attaques verbales, l'intimidation et le harcèlement sexuel sont parmi les formes les plus fréquentes de violence; ces incidents sont ressentis comme tout aussi traumatisants que les agressions physiques.<sup>6</sup> La violence au travail est nocive au point que les infirmières la citent de plus en plus souvent comme motif de leur abandon de la pratique active. Aiken estime que l'augmentation de la violence du fait des patients et de leurs familles dans les établissements de santé est stimulée par un sentiment général de frustration et d'insatisfaction vis-à-vis de la qualité des soins

reçus. Ce comportement compromet la paix du cadre de travail et contribue aux forts taux d'épuisement des infirmières.<sup>7</sup>

Les patients et leurs familles tendent à être responsables des actes de violence physique commis dans le cadre professionnel; les collègues et la hiérarchie sont souvent responsables des taux inacceptables de violence psychologique. Plus de la moitié des membres du personnel de santé consultés disent avoir vécu au moins un incident de violence physique ou psychologique dans l'année précédant l'enquête : 76% en Bulgarie; 67% en Australie; 61% en Afrique du Sud; 54% en Thaïlande et 47% au Brésil. Les ambulanciers, les infirmières et les médecins indiquent souffrir des taux de violence les plus importants. La reconnaissance de la violence au travail comme facteur important de troubles liés au stress post-traumatique est l'une des principales conclusions des enquêtes réalisées dans les pays étudiés. Entre 40% et 70% des victimes signalent des niveaux élevés de stress post-traumatique.<sup>8</sup> La corrélation entre la violence et le stress est particulièrement importante à la lumière des hauts niveaux de stress enregistrés au niveau mondial dans les institutions de soins de santé.

Alors qu'auparavant ce genre d'incidents intervenait surtout dans certains services hospitaliers - salles d'urgence et salles de psychiatrie -, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Selon de récentes études, "les services de médecine générale ont remplacé les services de psychiatrie à la seconde place pour la fréquence des agressions". Cette tendance à une augmentation de la violence en général se retrouve dans tous les établissements de santé, que ce soit dans les zones rurales, dans les zones urbaines périphériques ou au cœur même des cités.

Bien qu'il soit vrai que des infirmiers aient également été victimes d'agressions et de violence au travail, ce

n'est qu'un phénomène relativement récent, moins fréquent que pour les infirmières mais tout aussi intolérable.

Des études réalisées pour le Programme commun ont montré que la violence psychologique est un phénomène généralisé, les agressions verbales étant les plus souvent évoquées. Au Brésil, 39,5% des personnes interrogées avaient été victimes d'agression verbale pendant l'année écoulée; 32,2% en Bulgarie; 52% au sein du complexe de santé et 27,4% dans les hôpitaux portugais; 40,9% au Liban et jusqu'à 67% en Australie.

La deuxième préoccupation concerne les intimidations et le mobbing, deux formes de violence subies par 30,9% des personnes interrogées en Bulgarie; 20,6% en Afrique du Sud; 10,7% en Thaïlande; 23% au sein du complexe de santé et 16,5% dans les hôpitaux portugais; 22,1% au Liban; 10,5% en Australie et 15,2% au Brésil. Jusqu'à une date récente, le profil type de la violence au travail consistait en incidents graves mais isolés. Ces dernières années cependant, l'attention des observateurs a été attirée par une violence à répétition, composée d'incidents relativement mineurs pris isolément mais qui, cumulés, prennent une tournure beaucoup plus sérieuse. L'intimidation ou le mobbing, qui sont devenus préoccupants depuis une dizaine d'années seulement dans les pays en voie de développement, étaient auparavant pour ainsi dire inconnus dans ces pays. Les résultats des analyses par pays ont mis en évidence, pour la première fois, la dimension inquiétante de ces deux formes de violence psychologique dans le monde en développement et dans les pays en transition.<sup>9</sup>

Le harcèlement sexuel, qui constitue une forme d'agression particulière des infirmières, prend des proportions alarmantes. Des études ont mis ce phénomène en évidence: par exemple, 64% des infirmières interrogées

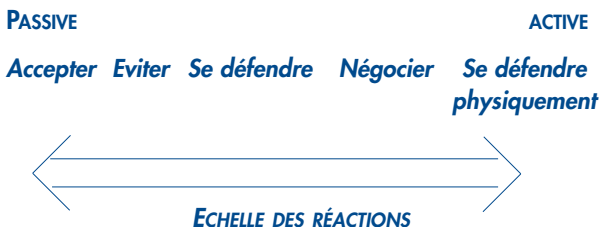
en Inde<sup>10</sup>, 90% en Israël<sup>11</sup> et 74% au Japon<sup>12</sup> ont déclaré en avoir été victimes. Les chiffres sont similaires à ceux des pays hautement industrialisés: 69% au Royaume-Uni, 48% en Irlande et 76% aux Etats-Unis.<sup>13</sup> Il est important que le harcèlement sexuel ne soit pas considéré comme une succession de faits isolés. L'expérience prouve qu'en fait, le harcèlement, lorsqu'il n'est pas signalé, a tendance à devenir plus grave au fil du temps.

## ■ LES RÉACTIONS IMMÉDIATES À LA VIOLENCE

La réaction immédiate et individuelle des infirmières est en général dictée par:

- leur personnalité;
- les mécanismes acquis (conscients ou inconscients);
- l'environnement physique; et
- ce que la société attend d'elles (au point de vue culturel et professionnel).

Les réactions immédiates peuvent aller d'une attitude très passive à une action très ferme (voir tableau 1). Les infirmières acceptent trop souvent passivement les agressions et la violence comme "faisant partie de leur travail" - attitude parfois malheureusement partagée par le public et par les responsables du système judiciaire. En 1986, un juge qui présidait un tribunal ayant à statuer sur une affaire dans laquelle deux infirmières poursuivaient un patient qui les avait agressées, a considéré que "consentir à travailler dans cet endroit (un hôpital psychiatrique) équivalait à consentir à se faire agresser".<sup>14</sup>

**Tableau 1. RÉACTIONS IMMÉDIATES A LA VIOLENCE**

Pour éviter la violence, de nombreuses infirmières ignorent les agressions dont elles sont victimes, comme l'ont indiqué environ 30% des infirmières qui ont répondu à une enquête réalisée au Canada. Parmi ces infirmières, 25 à 35% ont déclaré que cette attitude leur avait été utile.<sup>15</sup> Mais il est certain que ce type de réaction interfère avec la relation infirmière/patient et qu'il faut en étudier sérieusement les conséquences.

La même enquête a montré que la défense verbale était la réaction adoptée par la plupart des infirmières ayant répondu, et que cette attitude permettait de prévenir d'autres violences (sauf dans les établissements de soins de longue durée ou de soins personnels). L'enquête a également prouvé - ce qui est encore plus intéressant - que l'utilité de la réaction adoptée, quelle que soit cette réaction, dépendait dans une large mesure de la catégorie ou du type d'établissement et de patient impliqué.

La négociation ou la résolution du différend étaient utilisées par une majorité d'infirmières, et ce dans tous les types d'établissements de soins de santé; c'est dans les secteurs de la psychiatrie, des soins ambulatoires et des soins communautaires que ce type de réaction est estimé le plus utile.

## L'IMPACT DES AGRESSIONS ET

### DE LA VIOLENCE

C'est la défense physique qui est la réaction la moins fréquente. Toutefois, 80% des infirmières ayant adopté ce système de réaction le considèrent comme efficace.

Le recours à une intervention physique est controversé, et ce essentiellement pour des considérations d'ordre éthique et juridique. Si pour les infirmières la principale réaction à une agression physique est censée être l'auto-défense, de nombreuses infirmières n'en sont pas moins réticentes à l'idée de recourir à ce système; tout cela ne va d'ailleurs pas sans une certaine ambiguïté. Par exemple, 70% des infirmières questionnées dans le cadre d'une enquête réalisée en Ontario ont estimé qu'il est inadéquat de réagir physiquement à un comportement violent même lorsque l'on a reçu une formation d'auto-défense. Mais plus de la moitié de ces mêmes infirmières (56%) se sont déclarées favorables à une formation à l'auto-défense, car il s'agit selon elles d'une bonne stratégie pour réduire la violence au travail.<sup>16</sup>

## L'IMPACT DES AGRESSIONS ET DE LA VIOLENCE

L'impact de la violence physique, des agressions verbales et du harcèlement sexuel est d'autant plus préoccupant que la fréquence de ces phénomènes ne cesse de s'accroître. Voici quelques-unes des conséquences de tels actes:

- choc, incrédulité, culpabilité, colère, dépression, crainte irrépressible;
- blessures physiques;
- élévation des niveaux de stress;
- troubles physiques (par ex. migraine, vomissements);
- perte d'amour-propre, atteinte à la confiance que l'on a dans ses compétences professionnelles;
- reproches à soi-même, auto-condamnation paralysante;

- impressions d'impuissance et d'être exploitée;
- troubles sexuels;
- comportement d'évitement susceptible de porter atteinte à la bonne exécution des tâches confiées et donc de réduire la qualité des soins fournis;
- effet négatif sur les relations interpersonnelles;
- satisfaction au travail compromise;
- absentéisme;
- perte de moral pour le personnel, diminution de son efficacité;
- augmentation du taux de rotation du personnel infirmier;
- angoisse des patients, du personnel et des proches.

Il ne faut pas minimiser l'impact des agressions verbales: leurs conséquences sont semblables à celles des agressions physiques. Elles ont notamment de graves répercussions sur la fourniture des soins. La recherche démontre qu'un taux important de rotation du personnel infirmier est lié aux agressions verbales, de nombreuses infirmières choisissant de quitter la profession après en avoir été victimes. Ces départs d'infirmières qualifiées ne font bien entendu qu'augmenter le stress imposé à des services dont les effectifs sont devenus insuffisants.

La violence est destructrice par nature; elle a un important impact négatif sur les observateurs aussi bien que sur les victimes. Il a été prouvé que même des collègues proches qui n'ont pas été témoins de l'évènement traumatisant présentent eux aussi des symptômes de réaction au stress post-traumatique.<sup>17</sup>

Ces incidents laissent des traces difficilement oubliables aussi bien à long terme qu'à court terme. Une étude a montré que 18% (11/61) des infirmières victimes d'agressions physiques de la part de patients continuaient à souffrir de troubles traumatiques modérés à graves six semaines après l'évènement. Le

suivi à long terme a permis de constater que 16% de celles qui avaient répondu en souffraient encore un an plus tard (4/25).<sup>18</sup> Ces résultats sont confirmés par les études de cas menées dans les pays par le Programme commun OIT/CII/OMS/ISP. Il est donc évident que la violence blesse les infirmières à la fois personnellement et professionnellement, qu'elle porte atteinte à leur vie même ainsi qu'à la qualité de leur contribution au bon fonctionnement des services de santé.

De plus, la violence à l'encontre des infirmières affaiblit la capacité de la profession à recruter de nouveaux éléments et à retenir les infirmières qualifiées.

Les congés-maladie et les pertes de productivité sont deux effets secondaires fréquents des accidents et des maladies du travail. «Les infirmières soumises à un grand stress et vulnérables connaissent un taux d'absentéisme et d'incapacité supérieur à celui de pratiquement toutes les autres professions. Cet état de fait perturbe les soins, complique la planification du travail et est très coûteux pour le système de santé.»<sup>19</sup> Les problèmes de sécurité personnelle ne sont pas seulement dissuasifs en termes d'entrée dans la profession infirmière; ils se traduisent aussi par des absences temporaires de la place de travail. Ce phénomène tend à surcharger encore les collègues, avec un impact négatif sur la qualité des soins. Le traitement des accidents et maladies professionnels se révèle aussi fort coûteux. Des fonds importants sont ainsi détournés du recrutement et de la rétention d'un nombre suffisant d'infirmières.<sup>20</sup>

## LES RÉACTIONS APRÈS L'INCIDENT

Lorsque l'acte violent a été perpétré, c'est bien entendu le traitement des blessures, s'il y en a, qui a la priorité. Mais qu'elles aient ou non besoin d'un traitement, les infirmières ont en général tendance à choisir parmi l'une des réactions suivantes:

- **L'évitement** Il s'agit d'éviter le problème ou d'éviter l'auteur de l'acte violent. L'interférence avec l'exécution des tâches devient alors évidente et il n'est plus possible de résoudre le problème.
- **Le déni** Il est fréquent que la victime ne parle pas de l'évènement traumatique. Il n'est alors pas possible de résoudre le problème. De plus, il y a un risque que l'infirmière adopte un comportement inadéquat.
- **La discussion** La victime discute officiellement de l'incident avec les membres de l'équipe de santé, sa famille et/ou ses amis. Une étude a montré que c'est à la discussion avec les membres de l'équipe de santé que les infirmières ont le plus souvent recours, et que ce système est considéré comme utile pour empêcher que ne se reproduisent des actes de violence. Les infirmières interrogées ont fait savoir qu'elles ne considéraient pas comme utile, au niveau de la prévention, de discuter avec leur famille et/ou leurs amis.
- **Le rapport** On estime que seul un cas sur cinq est officiellement signalé. La plupart des infirmières qui dénoncent de tels incidents estiment ne pas être prises suffisamment au sérieux et considèrent que cet effort n'en vaut pas la peine. Afin d'éviter de donner une mauvaise image de l'établissement aux futurs patients, les employeurs exercent de fortes pressions pour le retrait de ce type de rapport, au lieu

de faire en sorte que les intéressées puissent signaler facilement tout incident violent, sans aucune dissuasion cachée ni menace de représailles.

- ***Le conseil***

L'impact positif des services de conseil a été confirmé aussi bien par les victimes de la violence que par les personnes indirectement impliquées dans l'incident et encore très peu de services sont disponibles ou accessibles. Pour résoudre plus facilement les problèmes dûs aux conséquences de la violence, des techniques spéciales ont été mises au point afin que les infirmières puissent mieux raconter ce dont elles ont été victimes et témoigner. Quant aux techniques combinant le contrôle des pulsions émotives et l'éducation psychique, elles semblent beaucoup faciliter l'instauration d'une meilleure stabilité émotionnelle. Dans ce domaine, les conseils doivent avoir pour but de favoriser l'acceptation, le respect et la compréhension de l'autre; de le rassurer et le soutenir; d'encourager l'évacuation des impressions ressenties; de fournir des conseils et d'assurer un suivi suffisant". Par ailleurs, il est souvent utile de donner aussi des conseils juridiques, afin de s'assurer que les droits de toutes les personnes concernées soient correctement interprétés au cas où l'affaire serait portée devant les tribunaux.

- ***Les poursuites judiciaires***

Bien que les infirmières ne soient pas juridiquement tenues de tolérer des comportements abusifs, elles ne

poursuivent que rarement leurs agresseurs devant les tribunaux. Lorsqu'un patient commet un acte de violence, le poursuivre est souvent considéré comme indigne d'une bonne professionnelle et contraire à l'éthique. Les infirmières se reprochent souvent à elles-mêmes de ne pas avoir été capables de faire face au comportement agressif d'une autre personne et se sentent mal préparées à défendre leurs droits professionnels et juridiques devant un tribunal. Or le fait de traîner l'agresseur en justice peut faire partie du système de guérison de la victime et constitue un moyen d'obtenir une juste indemnisation. Mais ce procédé n'est toutefois pas valable dans tous les cas; par exemple, un patient psychotique n'est pas considéré comme juridiquement responsable de ses actes.

Selon le Programme commun OIT/CII/OMS/ISP, la dénonciation des incidents violents est une condition nécessaire pour toute réaction efficace. Or, trop souvent, les procédures sont déficientes, les enquêtes nécessaires ne sont pas diligentées, les coupables ne sont pas poursuivis et la victime se sent frustrée de la manière dont l'incident a été traité. Ce type de réactions et l'absence de soutien aux victimes entraînent une sorte de loi du silence: les victimes de la violence au travail choisissent de ne pas dénoncer les incidents estimant que cette démarche sera inutile, se sentant humiliées ou craignant des conséquences négatives pour elles-mêmes.

Dans la majorité des cas, on constate qu'il n'existe pas de politique spécifique de réponse aux cas de violence sur le lieu de travail. Cette carence constitue un obstacle majeur au traitement efficace de la

violence au travail, comme l'ont montré quantité d'enquêtes menées au niveau national.<sup>21</sup>

### ■ LA SECURITE AU TRAVAIL

L'employeur est tenu de fournir un milieu de travail sûr et les salariés sont en droit de l'exiger. La sécurité au travail dépend de différents facteurs qui doivent tous être étudiés avec soin, après quoi l'on pourra prendre les mesures les plus appropriées pour obtenir le meilleur niveau de sécurité possible. Ces facteurs sont les suivants :

#### ***La structure sociale***

Traditionnellement, nombreuses sont les cultures qui acceptent secrètement la violence physique, le harcèlement sexuel ou les agressions verbales à l'encontre des femmes. Les plaintes formulées par les infirmières ont fréquemment été minimisées, ridiculisées ou considérées comme inutiles compte tenu de la 'nature humaine'. La violence à l'encontre des infirmiers apparaît moins fréquente mais n'est en aucune façon plus tolérable. De fortes pressions sont exercées sur les victimes - hommes ou femmes - afin qu'elles se taisent. Le fait que les cas de violence signalés soient trop peu nombreux a empêché la mise au point de stratégies efficaces qui auraient permis d'éliminer, ou du moins de réduire, la violence au travail. Il faut que le respect de la vie privée et de la dignité de chacun soit intégré dans les normes sociales et les codes de comportement.

#### ***Le contexte juridique***

Comme nous l'avons déjà mentionné, le fait de travailler dans le secteur de la santé est parfois considéré dans les milieux judiciaires comme une acceptation, par avance, d'être agressé. Il faut donc adopter une législation permettant de garantir les droits de tous (y compris du personnel de santé) à la sécurité au travail.

Une législation traitant spécifiquement des problèmes de sécurité permettrait d'imposer un certain nombre de dispositions aux employeurs, de mettre en place des mécanismes pour surveiller l'application de ces dispositions et de prendre des mesures disciplinaires en cas de non respect de la législation en vigueur. Cette législation pourrait par exemple exiger des hôpitaux qu'ils procèdent à une évaluation des niveaux de sécurité, qu'ils analysent les incidents signalés, qu'ils préparent un plan en vue de corriger les déficiences constatées, qu'ils imposent une formation spéciale à certains employés exposés à des risques importants ou responsables de secteurs ou de tâches difficiles, et qu'ils punissent quiconque intervient dans le processus consistant à signaler un acte de violence ou une agression. La législation pourrait également aggraver les peines encourues pour toute agression (verbale ou physique) contre le personnel de santé.

### ***Les problèmes cliniques***

La recherche n'a pas encore permis de trouver un instrument fiable permettant de prévoir les actes de violence potentiels. Un certain nombre d'études ont cependant prouvé la validité de la théorie selon laquelle le personnel de santé court davantage de risques d'agressions lorsqu'il a affaire au petit pourcentage de patients qui ont déjà des antécédents de comportement violent; ce sont en effet ces patients qui sont responsables de la majorité des incidents. Il est intéressant de relever que le fait de s'être comporté de manière violente au cours des dernières heures constitue un très bon indice de prévision des futures agressions dans les services d'urgence.

Une étude<sup>22</sup> a d'ailleurs montré que la transmission d'informations sur les patients ayant des antécédents de comportement agressif ou perturbateur avait permis de réduire de 91% les agressions contre le personnel.

Les critères les plus utiles pour avertir de la possibilité d'un acte agressif immédiat sont les changements susceptibles d'intervenir dans le système nerveux autonome du patient. La transpiration, le rougissement du visage, le changement de taille des pupilles des yeux, la tension musculaire figurent parmi les principaux indices utilisés par les infirmières. Les autres signaux avertisseurs sont notamment une voix trop forte, un poing et/ou une mâchoire serrés, et le fait d'arpenter les couloirs à vive allure. Les infirmières doivent apprendre à évaluer ces indices de loin et à faire confiance à leur instinct.

La majorité des blessures dues à des incidents violents qui ont fait l'objet d'une étude ultérieure ont été occasionnées alors que l'infirmière essayait de contenir la violence du patient, ce qui montre bien la nécessité de mettre au point des techniques de contrainte plus appropriées et/ou de maintenir les effectifs à un niveau suffisant. De plus, l'établissement employeur devrait instituer un certain nombre de protocoles et procédures en matière de contrainte chimique et médicale, mais aussi en matière d'isolement ou d'internement, et ce en tenant compte à la fois des justifications thérapeutiques et des droits du personnel de santé et du patient.

### ***Le contexte organisationnel***

La politique générale officielle d'un établissement et son type de gestion ont une grande influence sur l'ambiance de travail et sur le contexte pratique dans lequel les infirmières exercent leurs tâches. La sécurité au travail, notamment, dépend beaucoup de l'importance que l'établissement accorde à la sécurité et à la dignité des personnes.

Les types de gestion traditionnels impliquant une attitude 'paternaliste' envers les infirmières ont conduit de nombreuses infirmières à se sentir à la fois dépendantes et sans soutien réel, d'où un sentiment de culpabilité lorsqu'elles ne parviennent pas à faire face correcte-

ment à la situation en cas d'incident violent - ce qui encourage l'attitude consistant à punir la victime. En fait, il faut que la direction de l'établissement émette un message fort et cohérent indiquant qu'il n'y aura absolument aucune tolérance envers les agressions, le harcèlement sexuel et la violence sur le lieu de travail. Cette position, qui doit se traduire par des directives et des procédures écrites et claires - comprenant notamment un mécanisme permettant aux victimes de déposer plainte confidentiellement - doit se retrouver dans le code de conduite à respecter par l'ensemble du personnel.

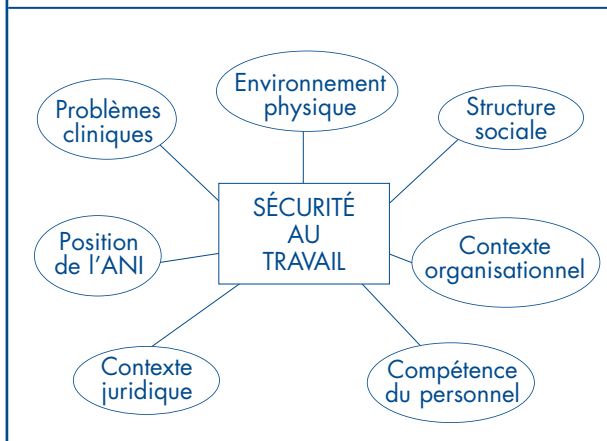
Voici quels sont les principaux éléments sur lesquels doit s'appuyer le contexte organisationnel d'un établissement pour éviter au maximum tout problème de violence:

- la direction doit s'assurer que tous les membres du personnel connaissent bien leur droits, leurs devoirs et leurs responsabilités juridiques;
- chacun doit savoir que la violence ne sera tolérée en aucun cas;
- la mise au point de la politique de sécurité doit se faire sur une base pluridisciplinaire (c'est-à-dire en consultation avec toutes les catégories de personnel, et pour toutes ces catégories: personnel administratif, infirmier, médical, de sécurité, auxiliaire et d'entretien);
- les décisions concernant l'admission de patients violents et leur sortie doivent être prises conjointement par le médecin et l'infirmière;
- les facteurs de risque pour la sécurité doivent être régulièrement évalués afin d'identifier les problèmes éventuels et de mettre au point des stratégies pour les résoudre;
- la direction doit organiser des cours de formation continue sur la façon de faire face aux risques professionnels, y compris la violence, et permettre au personnel de prendre suffisamment de temps sur ses heures de travail pour pouvoir y assister (voir aussi le chapitre sur *La compétence du personnel*);

- le niveau des effectifs doit être déterminé de manière à assurer la sécurité du personnel, car il est prouvé que des effectifs insuffisants et temporaires sont associés à une augmentation de la violence dans les services de santé;
- la qualité des soins et la compétence du personnel doivent être maintenues à un niveau optimal;
- le personnel insuffisamment qualifié doit toujours être placé sous la responsabilité et la supervision constante du personnel diplômé, à qui il doit rendre compte;
- au sein de l'équipe de santé, l'équilibre des différentes compétences doit répondre aux besoins des patients;
- le personnel doit être autorisé à adopter des procédures de sécurité au travail et à organiser son travail en conséquence;
- les cadres doivent être autorisés à faire preuve d'une certaine souplesse de manière à ce que les règles et les politiques en vigueur ne soient pas interprétées par les patients comme des contraintes intolérables;
- des fonds suffisants doivent être affectés à l'application et au maintien des mesures de sécurité (c'est-à-dire à la sécurité du personnel, à un éclairage adéquat, à des alarmes, à des téléphones, au gardiennage des parkings);
- les structures d'appui (par ex. les services médicaux, les mécanismes permettant le dépôt confidentiel des plaintes, les services de conseils avec des équipes chargées de questionner les victimes et de leur faire raconter l'incident - ces équipes devant comprendre des professionnels de la santé mentale) doivent être facilement accessibles à tous les employés de l'établissement;
- il faut clairement définir les responsabilités dans l'application des stratégies permettant de gérer la situation avant et après l'incident;

- la politique des transports doit prendre en compte les risques pour la sécurité du personnel;
- le transport et la gestion des patients entre les différents services ou unités doivent être rationalisés et leurs modalités doivent être claires pour toutes les personnes concernées. L'on a notamment constaté que de longues attentes en salle d'urgence et l'incapacité d'obtenir les services ou les explications nécessaires sont des facteurs de violence;
- les activités et les lieux à haut risque doivent être identifiés et des solutions doivent être trouvées pour remédier aux difficultés qui leur sont propres (par ex. lieux de stockage de stupéfiants, fonctions impliquant la manipulation d'argent liquide);
- des politiques spéciales doivent être adoptées pour les employés qui travaillent 'sur le terrain' et qui sont exposés à des risques particuliers. Par exemple, compte rendu périodique à la base, visites par deux pour les lieux à haut risque, appui de la police pour certaines missions, directives écrites permettant de savoir si l'on doit rester ou partir dans une situation à haut risque.

Tableau 2: **Facteurs décisifs pour la sécurité**



### *L'environnement physique*

Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour réduire les éléments constitutifs de l'environnement physique qui accentuent le stress et sont susceptibles de déclencher la violence. Jusqu'ici, cette approche a surtout été appliquée dans les hôpitaux et les dispensaires, mais elle peut l'être aussi dans d'autres types d'établissements de soins de santé. Voici quelques exemples de mesures souhaitables:

- assurer la sécurité de l'accès au lieu de travail (arrivée et départ du personnel et des patients);
- réduire le nombre des multiples accès publics à l'hôpital et aux quartiers privés du personnel;
- faciliter le transit des visiteurs en installant une seule entrée principale à leur intention;
- placer des services de sécurité à l'entrée principale, près des zones principales de déplacement des visiteurs et près des services d'urgence;
- faire en sorte que les parkings réservés au personnel soient les plus proches possible du lieu de travail;
- fournir un éclairage suffisant et efficace;
- faciliter l'orientation des patients dans l'établissement;
- installer des zones d'accueil spacieuses et tranquilles, avec suffisamment de place pour le personnel;
- installer des toilettes publiques;
- choisir des couleurs qui n'encouragent pas les agressions;
- faire en sorte que le personnel puisse observer et surveiller les zones d'accueil;
- éviter que les patients et les visiteurs ne s'ennuient, et ce en leur proposant des activités (par ex. de la lecture, une ou plusieurs télévisions);
- choisir un mobilier, des installations et des appareils qui ne puissent pas être utilisés comme

armes. Les stylos, les stéthoscopes, les fils et les chaises peuvent devenir dangereux dans des situations de violence;

- avoir une climatisation adéquate;
- installer des systèmes d'alarme en cas de violence, et ce aux endroits où ils seront le plus efficace;
- bien séparer les salles de traitement des zones publiques;
- fournir au personnel un équipement de communication adéquat;
- utiliser des détecteurs de métaux pour vérifier que les visiteurs n'apportent rien qui puisse être dangereux.

### ***La compétence du personnel***

Il a été prouvé que les insuffisances de formation du personnel sont l'un des facteurs qui contribuent à l'augmentation de la fréquence des agressions. Trois études différentes ont montré qu'une formation du personnel à la gestion des comportements agressifs permettait de réduire de beaucoup les dommages causés par les actes violents.

L'attitude du personnel est importante pour la façon de traiter la violence. Il faut que les infirmières cessent de se faire des reproches à elles-mêmes lorsque ce genre d'incident intervient. Elles doivent ouvertement reconnaître que la violence et le harcèlement sont intolérables sur le lieu de travail et ne plus accepter que de tels incidents se reproduisent. Il est absolument essentiel d'adopter une attitude de 'tolérance zéro' si l'on veut mettre au point des politiques véritablement efficaces dans ce domaine et pouvoir les appliquer consciencieusement. Pour être complet, un cours de formation à la sécurité devrait notamment porter sur les éléments suivants:

- l'évaluation du niveau du risque en fonction des antécédents connus;

- les droits et responsabilités juridiques et éthiques du personnel de santé et de la direction;
- la politique et les procédures adoptées par l'employeur en ce qui concerne les patients agressifs (en matière de prévention, de gestion et de suivi);
- les causes médicales/psychiatriques/sociales du comportement agressif;
- les facteurs susceptibles de déclencher la violence dans un établissement de soins de santé;
- le cycle de l'agression;
- les méthodes permettant de reconnaître qu'un acte de violence est imminent;
- les techniques permettant d'interrompre l'escalade de la violence;
- les techniques de résolution des différends;
- les techniques de communication, celles permettant d'avoir une plus grande confiance en soi et celles permettant à la victime de raconter efficacement l'incident en tirant profit de cet effort;
- les techniques de contrainte médicale et physique;
- la gestion des problèmes et l'analyse des facteurs d'intervention après que l'incident ait eu lieu.

Vous trouverez des informations plus détaillées sur les stratégies pour réduire la violence dans le secteur de la santé dans les Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé (voir [www.icn.ch/sewworkplacef.htm](http://www.icn.ch/sewworkplacef.htm)). Un manuel du formateur est également téléchargeable (en anglais seulement) sur: [www.icn.ch/SEW\\_training\\_manual.pdf](http://www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf)

### ***La position de l'ANI***

Les associations nationales d'infirmières (ANIs) doivent répondre aux préoccupations de leurs membres en favorisant et en encourageant l'adoption de politiques permettant aux infirmières d'atteindre leurs objectifs professionnels et personnels et de pratiquer leur profession dans un milieu de travail sûr. Les positions officielles et officieuses prises par l'ANI et ses dirigeantes auront un impact majeur sur les comportements

adoptés par les infirmières, leurs collègues, les employeurs, le législateur et le grand public.

Dans le cadre de ses différents programmes d'activité, l'ANI peut:

- publier une prise de position sur les agressions et la violence à l'encontre du personnel infirmier;
- susciter une prise de conscience dans les milieux concernés: communauté infirmière, personnel de santé en général, autorités, public, etc.;
- publier des directives sur "la façon de faire face à la violence au travail";
- accompagner ou aider les victimes, soit immédiatement après l'incident soit sous forme de suivi individualisé, sur les lieux mêmes du travail et durant les différentes étapes de la procédure consistant à rendre compte officiellement de l'incident ou à chercher à obtenir une indemnisation;
- éduquer le public en matière de prévention de la violence;
- contribuer à faire en sorte que les infirmières se dotent d'une nouvelle culture professionnelle dans le cadre de laquelle elles n'aient plus tendance à se faire des reproches à elles-mêmes lorsque survient un incident impliquant des actes de violence;
- fournir des conseils sur les programmes de cours de soins infirmiers afin de renforcer l'image de la profession et le respect par tous du droit des infirmières à la dignité et à la sécurité personnelles;
- mettre sur pied des cours de formation continue sur la violence et la façon d'y faire face;
- publier des bibliographies sur le thème de la violence;
- fournir des conseils aux membres victimes d'actes de violence (conseils d'ordre émotionnel, physique, juridique);

### LA VIOLENCE

- à l'inverse aussi, fournir des conseils aux membres qui font preuve d'un comportement violent (conseils d'ordre émotionnel, physique, juridique);
- fournir un appui en matière de statistiques et d'historique des comportements, afin de contribuer à la mise au point de politiques efficaces contre la violence;
- exercer des pressions/réaliser des opérations de relations publiques/mettre sur pied des réseaux en faveur des politiques susceptibles d'éviter ou de faire disparaître la violence;
- sauvegarder les droits des infirmières à la sécurité au travail;
- contribuer à la mise au point de méthodes de travail permettant de fournir des soins de qualité, de maintenir les effectifs infirmiers à un niveau suffisant et de favoriser et encourager des types de comportement plus sûrs.

## COMMENT AFFRONTER

### LA VIOLENCE

En nous basant sur les résultats des travaux de recherche précédemment mentionnés, nous sommes maintenant en mesure de faire ressortir un certain nombre de faits marquants:

- la violence est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur au sein de la société
- le personnel de santé en général et le personnel infirmier en particulier sont victimes d'agressions et de violence sur leur lieu de travail;
- les infirmières réagissent de diverses façons aux incidents violents dans lesquelles elles sont impliquées, et ce avec des degrés de réussite très variés;
- la violence est extrêmement destructrice et a un impact négatif non seulement sur la vie profession-

nelle et personnelle des infirmières mais aussi sur la qualité des soins fournis.

Lorsqu'elle aura reconnu la violence au travail comme l'une des principales préoccupations des infirmières et comme un problème professionnel de tout premier plan, l'ANI devra élaborer des stratégies adéquates afin que ce type d'incidents ne se reproduise plus ou du moins qu'il se reproduise moins fréquemment. Nous recommandons les mesures suivantes comme l'une des approches permettant de faire face à l'augmentation continue du nombre des agressions et des actes de violence dont est victime le personnel infirmier sur son lieu de travail.

### **1. Identifier les comportements à risque et les facteurs environnementaux susceptibles de déclencher la violence**

Les facteurs de risque identifiés dont il a été démontré qu'ils peuvent être associés à un comportement violent sont les suivants:

- des antécédents de comportement agressif ou violent;
- un diagnostic de démence;
- une intoxication par la drogue ou l'alcool;
- les caractéristiques de l'environnement ou le traitement lui-même.

Des informations complètes sur ces facteurs doivent être fournies à toutes les personnes susceptibles d'être impliquées dans des incidents violents et à toutes celles qui sont responsables d'un personnel exposé à ce type de risque.

### **2. Prendre des mesures de prévention pour réduire/éliminer les facteurs de risque**

Une fois identifiés les facteurs de risque, il faut élaborer, adopter puis appliquer des stratégies permettant de réduire ces facteurs ou de les éliminer du milieu de travail. Le rôle précis de l'ANI en la

matière dépend bien entendu des différentes parties directement concernées, mais l'association doit avant tout défendre les infirmières, et notamment leur droit à un milieu de travail sûr. C'est d'abord en négociant en faveur de l'adoption et de l'utilisation continue de méthodes de travail plus sûres et de mesures de sécurité et de mécanismes permettant un dépôt de plaintes confidentiel que l'ANI répondra le mieux aux préoccupations des infirmières en ce qui concerne la violence.

Les ANIs doivent s'entretenir avec les responsables des groupes d'employeurs concernés, avec les fonctionnaires de l'administration nationale de la santé et avec les dirigeants des autres organisations compétentes afin de leur faire connaître les préoccupations des infirmières et de leur demander leur aide pour contribuer à l'instauration d'un climat général dans lequel aucun comportement irrespectueux des infirmières et des autres personnels de santé ne serait plus toléré.

### **3. Elaborer des mécanismes de gestion des incidents et les appliquer au moment où la violence intervient**

Pour aider leurs membres lorsqu'ils sont victimes d'actes de violence, les ANIs doivent s'assurer qu'ils sont bien conscients des problèmes en jeu et qu'ils ont appris les techniques de gestion de la violence dans le cadre de leur formation de base ou de cours de formation continue.

### **4. Garantir l'accès de toutes les personnes impliquées à des structures d'appui efficaces**

C'est à l'employeur que revient la responsabilité de mettre des structures de soutien efficaces à la disposition des membres de son personnel victimes d'actes de violence; l'ANI, pour sa part, doit agir en tant que groupe de pression afin de pousser à la mise en place de ce type de services sur le lieu de travail. Lorsqu'il n'existe pas de mécanismes de ce type, c'est au sein de ses propres structures que

L'ANI doit mettre en place ce type de services pour pouvoir satisfaire les besoins de ses membres; elle doit notamment intervenir au cas par cas, immédiatement après chaque incident. Comme les entretiens avec les victimes sont souvent traumatisants pour ces dernières lorsqu'ils ont lieu juste après l'incident, il convient d'accompagner les infirmières concernées tout au long du processus de témoignage et de compte rendu auquel elles sont soumises ultérieurement (par exemple dans le service où elles travaillent, au poste de police, etc...). Le choc dû à l'incident se fait souvent ressentir progressivement au cours des jours qui suivent.

Lorsque les ressources de l'ANI le permettent, elle peut recourir à un avocat pour fournir des conseils et un appui juridique à la victime. Si cela ne s'avère pas possible, l'association peut établir des liens de coopération avec des groupes de femmes bénévoles spécialisés dans ce genre de problèmes (par ex. des centres d'aide aux femmes violées), des groupements professionnels d'avocats ou des facultés de droit susceptibles d'envoyer certains de leurs étudiants de fin d'année fournir des services juridiques sur ces affaires.

Lorsque c'est une infirmière qui est l'auteur de l'acte de violence, l'association doit là aussi fournir conseils et services d'appui, mais d'une autre nature.

## **5. Tenir des statistiques fiables**

Pour identifier les facteurs de risque, analyser les tendances, mettre au point des stratégies de prévention efficaces et évaluer les mesures prises, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur des données statistiques fiables. Pour obtenir ces données, l'ANI peut décider d'entreprendre elle-même des études, de coopérer avec d'autres groupes, de vérifier les données recouvrées et/ou de participer à l'analyse des résultats et à l'élaboration des politiques à suivre.

### **6. Evaluer les actes de violence et la façon dont les infirmières y ont fait face**

Les infirmières concernées - de même, d'ailleurs, que leur ANI et leur employeur - ont besoin d'évaluer la façon dont a été géré le comportement violent ou agressif. Pour que les politiques et les procédures adoptées correspondent le mieux possible à la pratique et aux besoins actuels, il est absolument capital de déterminer continuellement si elles sont bien applicables.

### **7. Faire des recommandations appropriées sur la base des résultats obtenus**

Une fois vérifié que les politiques et procédures choisies correspondent bien aux besoins et qu'elles sont facilement applicables, leur version révisée et les preuves de leur utilité doivent être présentées à toutes les personnes susceptibles de se trouver impliquées dans des incidents violents, et pour ce faire doivent être intégrées dans les codes de comportement et de déontologie.

## ■ LE HARCELEMENT SEXUEL

Le harcèlement sexuel est considéré comme une forme d'agression ou de violence. Il est aujourd'hui largement reconnu que le viol, c'est-à-dire la forme extrême de harcèlement sexuel, est motivé par la recherche du pouvoir et non pas par l'attraction sexuelle. La plupart des techniques de gestion recommandées pour faire face à la violence s'appliquent donc aussi à la gestion du harcèlement sexuel.

Les réactions physiques et émotionnelles au harcèlement sexuel sont très semblables aux réactions à la violence, et ces deux types de réaction tendent à gêner et à punir la victime lorsqu'elle se plaint officiellement. Dans les deux cas, les victimes ont souvent peur de perdre leur emploi.

Tout programme de prévention devrait, pour être complet, comporter une définition claire de ce qu'est le harcèlement sexuel. Il faut aussi instituer des mécanismes permettant aux victimes de déposer plainte en toute confidentialité. Les membres du personnel devraient pouvoir suivre une formation leur permettant de mieux comprendre les politiques à suivre, les procédures d'enquête à engager et les mesures disciplinaires à prendre.

## LA POSITION DU CII

Le Conseil international des infirmières condamne toutes les formes d'agression et de violence à l'encontre du personnel infirmier, y compris le harcèlement sexuel. De tels incidents sont considérés comme des violations du droit des infirmières au respect de leur dignité et de leur intégrité personnelles. Par ailleurs, les actes de violence, lorsqu'ils sont commis dans un établissement de soins de santé, mettent en péril l'efficacité des services fournis aux patients. Si l'on veut pouvoir dispenser des soins de qualité, il faut que le personnel infirmier soit assuré de pouvoir travailler dans un environnement sûr et d'être traité respectueusement.

Une attention toute particulière a été accordée ici à l'élimination des agressions et de la violence à l'encontre du personnel infirmier, car cette catégorie de travailleurs figure parmi les plus exposées à de tels risques. Il convient cependant de souligner que le Conseil international des infirmières condamne tout aussi fermement de tels actes lorsqu'ils sont perpétrés à l'encontre de n'importe quelle autre catégorie de personnel de santé, de n'importe quel salarié ou de manière plus générale, de n'importe quelle personne privée. (Voir [www.icn.ch/psviolence00f.htm](http://www.icn.ch/psviolence00f.htm)).

## RÉFÉRENCES

- 1 OIT/CII/OMS/ISP. 2002. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*, p.4.
- 2 Ibid. p.4.
- 3 Ibid. p.3.
- 4 Mahoney BS. 1990. Doctoral dissertation.
- 5 Chappell D and Di Martino V. 2006. *Violence at Work*, 3<sup>rd</sup> ed. Geneva: International Labour Office.
- 6 Di Martino V. 2002. *Workplace violence in the health sector: Country case studies – Synthesis Report*. Geneva: International Labour Office.
- 7 Aiken LH. 2001. *The Hospital Nurse Workforce: Problems and Prospects* [Electronic version]. Prepared for the Council on the Economic Impact of Health System Change, University of Pennsylvania. [www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf](http://www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf)
- 8 Di Martino 2002.
- 9 Di Martino 2002.
- 10 Anand A. 2006. *Doctors, nurses face sexual harassment at workplace*. India e-news: [www.indianews.com/health/2006/106/27654.htm](http://www.indianews.com/health/2006/106/27654.htm) (accessed 12 Feb 2007).
- 11 Bronner G and Ehrenfeld M. 2003. *Sexual harassment of nurses and nursing students*. *Journal Advanced Nursing* 42(6):637-44.
- 12 Hibino Y, Ogino K, Inagaki M. 2006. *Sexual harassment of female nurses by patients in Japan*. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4): 400-405.
- 13 Gbézo B. 2001. *Health Services: Where danger lurks*. *World of Work* (41), Geneva. International Labour Office.
- 14 Cust K. 1986. *Assault: Just part of the job?* ***The Canadian Nurse***. 82(6), p.19-20.
- 15 Manitoba Association of Registered Nurses. 1989. *Nurse Abuse Report*. Winnipeg, Canada. October 12, p.16.
- 16 Nurse Assault Project Team Executive Summary. 1991. Registered Nurses Association of Ontario.
- 17 Worthington K. June 1993. *Taking action against violence in the workplace*. ***The American Nurse***. p.12.
- 18 Poster EC and Ryan J. 1993. *Nursing staff responses to patient physical assaults*. Presentation at Conference Violence: Nursing Debates the Issues. American Academy of Nursing. Washington.

- 19 Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S, Irvine Doran D, Kerr M, McGillis Hall L, Vzina M, Butt M and Ryan L. 2001. *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system – A Policy Synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, i.
- 20 Kingma M. 2006. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca: Cornell University Press.
- 21 Di Martino V. 2002.
- 22 Drummond DJ, Sparr LF and Gordon GH. 1989. *Hospital violence reduction among high-risk patients*. **JAMA**. 261(17), p. 2531-2534.



**CONSEIL INTERNATIONAL  
DES INFIRMIÈRES**

3, place Jean-Marteau  
1201 Genève, Suisse  
Tél. +41 22 908 01 00  
Fax +41 22 908 01 01

E-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Site internet: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)