



HAL
open science

L'expérience de violence dans le secteur de la santé : le vécu de professionnels dans le Nord de la France

Cécile Carra, Déborah Ridel

► To cite this version:

Cécile Carra, Déborah Ridel. L'expérience de violence dans le secteur de la santé : le vécu de professionnels dans le Nord de la France. *Déviance et Société*, 2017, 41 (3), pp.447-479. <10.3917/ds.413.0447>. <hal-03384437>

HAL Id: hal-03384437

<https://hal.science/hal-03384437v1>

Submitted on 10 Dec 2021

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

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



HAL Authorization

L'expérience de violence dans le secteur de la santé : le vécu de professionnels dans la Nord de la France

Cécile CARRA
Université d'Artois

Déborah RIDEL
Université d'Artois

Article publié dans *Déviance & Société, Médecine et Hygiène*, 2017, 41 (3), pp.447-479.

Introduction

La violence dans le secteur sanitaire se dit de plus en plus fortement en préoccupation politique, institutionnelle et professionnelle. Un sentiment d'aggravation du problème s'est développé depuis une vingtaine d'années, accompagné d'une multiplication de mesures institutionnelles¹. En 2012 est créé l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Il répertorie, en 2013, 12 432 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens effectués par 353 établissements du secteur sanitaire et médico-social (contre 11 000 signalements en 2012)². Au-delà de ce secteur, la violence au travail se constitue en problème social au niveau international : elle est ainsi qualifiée de fait de société à l'échelle mondiale par Chapell et Di Martino (2000) et relève selon l'OMS (2002) d'un défi planétaire.

La réalisation d'une enquête de victimation, demandant aux professionnels de santé les violences qu'ils avaient subies, a permis de repérer les situations dans lesquelles elles s'inscrivent, à en définir les formes et la fréquence, ainsi que les enjeux. Au-delà de la diversité des situations et de la disparité des faits, il s'agira de comprendre les dimensions structurantes d'une expérience de violence au travail. L'expérience s'analysera à partir du vécu du professionnel qui sera réinscrit dans les rapports sociaux de travail. Nous émettons l'hypothèse que les déclarations de victimation constituent non seulement la manifestation d'un vécu éprouvant mais qu'elles sont aussi expression d'une identité professionnelle et moyen pour peser sur les rapports sociaux au sein de l'organisation.

Avant de présenter l'analyse empirique, nous exposerons le cadre théorique et méthodologique de cette recherche. Nous montrerons la spécificité de cette recherche (partie 1) en référence aux grandes approches existantes dans le domaine de la violence au travail (1.1.) pour appréhender la violence (1.2.) et l'analyser (1.3.) à partir du traitement de données recueillies grâce à une enquête de victimation (1.4.) L'analyse de données se réalisera dans une seconde partie et permettra de faire émerger les figures que prend la violence dans l'expérience professionnelle (2.1.), le fondement normatif des tensions et des conflits qui structure les relations de service (2.2.) et les enjeux sous-jacents à la dénonciation de la violence (2.3.).

Accéder au vécu des professionnels

Les grandes perspectives développées pour appréhender la violence au travail

Cette préoccupation pour la violence est intégrée au vaste domaine de la sécurité et de la santé au travail ; elle est traitée tout particulièrement, à partir des années 2000, au prisme de cette « nouvelle catégorie sociale » des risques psychosociaux (RPS) (Lhuillier, Giust-Desprairies, Litim, 2010). Les approches disciplinaires y sont multiples et les fondements théoriques pluriels. On peut cependant identifier deux grandes tendances pour appréhender le phénomène. La première se caractérise par une approche objectiviste et normative. Il s'agit de

¹ En France, notamment : Circulaire n° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence ; circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés ; protocole d'accord entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé et protocole national signé le 12 août 2005 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur ayant pour objet de favoriser un rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre, modifié et complété par celui du 10 juin 2010.

² ONVS : <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>. Consulté le 20/6/2016. L'ONVS succède à l'Observatoire National des Violences Hospitalières, créé en 2005.

rechercher les facteurs de risque pour la santé afin de déterminer les niveaux d'exposition des travailleurs dans un objectif de prévention ou de réparation. C'est en particulier le cas des enquêtes épidémiologiques qui s'appuient sur des modèles comme ceux de Karasek et Theorell (1990) ou de Siegrist (1996) recherchant les facteurs de stress associés aux personnes ou à l'organisation du travail.

Une autre grande tendance consiste à appréhender le phénomène à partir de ses effets sur le salarié et sa santé, physique³ et mentale. Ce sont alors les termes de mal-être (Le Goff, 2000), malaise (Hirigoyen, 1998), harcèlement moral ou harcèlement psychologique (voir *infra*, I.2.), ou encore de *burn out* (Freudenberger, 1974, 1987), qui sont mobilisés, s'inscrivant de manière dominante dans une approche psychologique. Les recherches sur la souffrance au travail (impulsées avec Dejours, 1998, 2000) voient une explosion récente des productions débordant le champ des RPS, et, pour un certain nombre, voulant s'en démarquer. Le sous-titre de l'ouvrage de Clôt (2010) est, à cet égard, significatif : « Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux ». Ces travaux veulent interroger le sens donné au travail et, les valeurs et les normes des individus en lien avec celles produites par les entreprises.

La violence, une notion relative et normative

La littérature s'inscrivant dans ces grandes tendances ne s'est pas développée à partir de la construction scientifique d'un objet « violence ». Les travaux sur les RPS mobilisent cependant ce terme dans des définitions empiriques ou qui se veulent opérationnelles, comme celle donnée par l'INRS⁴ :

« Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face,
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...) »⁵.

Les recherches se sont structurées de manière dominante autour du stress au travail (voir Davezies, 2001) – la violence étant considérée comme source ou effet du stress – ou, en rapport avec des formes spécifiques de violence – en référence au stress – comme le harcèlement moral au travail (Hirigoyen, 1998) ou le harcèlement psychologique (*mobbing*, Leyman, 1990, 1996) qui a pris une place prépondérante dans les travaux les plus récents. Poilpot-Rocaboy définit cette dernière forme à partir des critères suivants : « **répétition d'un agissement hostile, son impact sur les conditions de travail et la destruction psychologique de la personne, l'absence d'élément intentionnel** obligatoire et de **lien d'autorité formel** mais l'existence d'un **déséquilibre des pouvoirs**. » (Poilpot-Rocaboy, 2010, 12⁶).

La violence – dont le terme n'apparaît pas dans la définition ci-dessus – tente néanmoins de se construire en objet, à partir des années 1990. La diversité des formes de violence, de ses causes et de ses effets, rend cependant difficile l'exercice de définition. Cette dernière fait

³ Nous n'évoquerons pas ici la vaste littérature relevant de la biologie et des TMS (Troubles musculosquelettiques).

⁴ INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité, créé en 1968 et succédant à l'INS (Institut National de la sécurité), créé en 1947.

⁵ Source : INRS.fr, consulté le 30/6/2016.

⁶ La mise en forme respecte le texte original.

encore l'objet de nombreux débats, notamment entre les partisans d'une définition objective et ceux qui en défendent une définition subjective. La mesure objective veut restreindre la violence à ses aspects les plus directs. Elle ne se réduit cependant pas à la violence au sens strict, c'est-à-dire la violence physique comme atteinte directe aux personnes, mais comprendra également les menaces et les comportements abusifs comme dans la définition de Wynne et *al.* (1997) qui fait référence en Europe : « Tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé » (*in* Di Martino, Hoel, Cooper, 2003, 3). La définition s'élargit également aux risques. La violence est alors pensée en termes d'exposition et, plus largement, de risque d'exposition (voir Gheorghiu, Moatty, 2011), risques déterminés dans le champ de la santé publique.

C'est finalement une définition élargie de la violence qui s'est imposée au niveau international, comprenant une gamme considérable de comportements, allant des actes juridiquement répréhensibles⁷ aux « comportements à risque » (comprenant notamment les addictions) en passant par les « comportements agressifs », les « comportements anti-sociaux », les « agissements hostiles » ou encore les « comportements abusifs », estompant la frontière avec les comportements acceptables⁸. Cette approche ne permet pas de trouver de terme à la liste des comportements et des situations à retenir. C'est que les difficultés de définition de la violence ne cessent de renvoyer aux normes et aux rapports aux normes (Michaud, 1999).

À l'instar des tenants d'une approche subjectiviste, on peut intégrer cette dimension plutôt que de tenter de la réduire, prendre acte de la relativité et de la normativité de la notion de violence et construire une définition à partir du vécu de l'individu. C'est la perspective dans laquelle nous nous inscrivons. Nous ne considérons donc pas la violence comme un donné, un objet *sui generis* ; la violence relève d'une expérience et passe par une procédure de qualification par l'individu (Claverie, Jamin, Lenclud, 1984). Nous définissons donc comme violence ce qui est qualifié comme tel par les acteurs concernés. Définir la violence en reprenant les qualifications opérées par les acteurs permet d'intégrer le caractère socialement construit de la violence (Carra, Faggianelli, 2011). Cette approche permet d'appréhender les différences de perception. Ce qui est ressenti comme violent par le professionnel de santé, peut passer inaperçu aux yeux de l'utilisateur qui peut en revanche vivre des formes de violence que le soignant sous-estime. De la même manière, les perceptions peuvent varier d'un individu à l'autre et ces variations expliquent, autant que les faits eux-mêmes, que l'un se déclare victime de violence et l'autre non. Cette approche permet de prendre en compte à la fois des faits et leur perception, et de rendre compte de la situation au sein de laquelle se construit un vécu de violence. Ce vécu se structure en fonction de normes – sociales, culturelles, professionnelles, institutionnelles. Nous faisons l'hypothèse que les normes professionnelles sont structurantes dans la qualification de situations comme violentes par les professionnels de santé.

Une double problématique des relations de service et des rapports sociaux de travail

Ce vécu s'inscrit dans un rapport social usager/professionnel de santé qui a institutionnellement beaucoup évolué depuis les lois, décrets, circulaires et textes

⁷ ... comme, par exemple, le harcèlement sexuel (Art. 222.33 du Code Pénal).

⁸ Les comportements abusifs sont ainsi définis comme des comportements s'écartant d'une conduite raisonnable et impliquant un recours excessif à la force physique ou à la pression psychologique (Chapell, Di Martino, 2000).

réglementaires sur la place donnée à l'utilisateur visant à en faire un acteur du système de soins. Ce processus a abouti à la création d'une charte du patient hospitalisé⁹ en 1995 (renouvelée en 2006) et à la prise en compte des droits des malades et la qualité du système de santé à travers la loi du 4 mars 2002. En 2005, la loi dite Leonetti légifère sur le droit des patients et la fin de vie en abordant les questions d'euthanasie et d'acharnement thérapeutique. Enfin, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, dite HPST, de 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vise, quant à elle, à garantir un égal accès des personnes à des soins sûrs et de qualité.

Dans un contexte général se caractérisant par des transformations des entreprises de service plaçant les usagers dans une position plus favorable, ceux-ci tendent de plus en plus à peser sur le travail des professionnels, mobilisant les capitaux sociaux et culturels dont ils peuvent disposer (Jeantet, 2003). L'interaction usagers/professionnels produit un service mais aussi potentiellement du conflit, du rapport de force (dimension mise en perspective dès les années 1980 et 1990 avec les travaux de Ogien, 1986 ; Corcuff, 1996 ; Monjardet, 1996). « Chaque acteur poursuit des intérêts qui ne sont pas nécessairement convergents, et, chacun détient ses propres ressources, même inégales, pour infléchir le cours de la relation. De sorte que le pouvoir est une dimension inhérente aux relations de service. » (Jeantet, 2003, 195).

La relation de service est davantage que la question des interactions entre professionnels et usagers. Elle prend forme dans des organisations du secteur sanitaire et médico-social qui connaissent un accroissement du rythme des réformes dans la période récente, réforme à la fois d'ordre économique, organisationnel et professionnel : loi hospitalière de 1991, ordonnances "Juppé" de 1996, plans "Hôpital 2007" puis "Hôpital 2012", loi "Bachelot", loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (2009), loi 2016 de modernisation du système de santé. Leurs effets sur l'évolution de la place de l'utilisateur n'en constituent qu'une des dimensions, la partie émergée de l'iceberg — faisant référence à des politiques affichées de « modernisation du service au nom de l'utilisateur » (Strobel, 1993 ; Weller, 1998). Elles ont toutes pour objectif la maîtrise des dépenses de santé, adoptant pour ce faire, des outils du nouveau management public (NPM), comme la mise en place progressive d'une tarification à l'activité (T2A) ou encore le regroupement de services hospitaliers en "pôles" financièrement responsables. L'analyse des relations entre réformes et travail hospitaliers, permet d'en faire émerger les effets, en particulier, en termes d'accroissement des inégalités de santé et d'intensification du travail (Sainsaulieu, 2007, Belorgey, 2010, Gheorghiu, Moatty, 2013). Ces réformes et leurs effets sur le travail provoquent des mécontentements, favorisant la constitution de mouvements de protestation « renouvelés dans leur intensité et dans leur mode d'expression » (Belorgey, 2010, 303).

Inscrire l'analyse de la violence dans une problématique de la relation de service et des rapports sociaux de travail permet d'articuler dimensions subjective et objective, la violence étant à la fois épreuve pour l'individu et révélateur de rapports sociaux. Nous faisons l'hypothèse que les déclarations de victimation ressortent non seulement d'un vécu éprouvant mais constituent également une tentative pour peser sur les rapports sociaux de travail au sein de l'organisation.

⁹ ... insérée dans l'annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

Réalisation d'une enquête de victimation auprès des professionnels de santé

Parce que la violence est « aussi difficile à définir qu'elle est aisée à identifier » (Michaud, 2002, 669), parce qu'elle est socialement construite et subjectivement vécue, nous laisserons donc l'enquêté l'identifier. La violence sera ainsi définie non pas de manière décontextualisée à partir de catégories pré-définies mais à partir des qualifications opérées par les enquêtés. Pour évaluer les violences, le point de vue des victimes apparaît aujourd'hui fortement privilégié au niveau international. Dans le champ de la délinquance, il fait l'objet de recueils à grande échelle grâce aux enquêtes de victimation. L'enquête de victimation consiste à appréhender les transgressions ou les infractions du point de vue de la victime. En cohérence avec la définition retenue de la violence, nous avons adopté cette démarche, demandant aux individus, ce dont ils se déclarent être victimes. Ce sont les professionnels du secteur sanitaire et médico-social qui sont au cœur de cette enquête.

L'enquête a été réalisée en 2014-2015 dans le Nord/Pas de Calais. Sur un sujet aussi délicat à étudier que la violence, l'accès au terrain a été facilité grâce à une cohorte de cadres de santé en formation qui ont servi d'intermédiaires pour la constitution d'un échantillon aléatoire. S'ils ont facilité une ouverture du terrain, il convient cependant de souligner le refus de participer à l'enquête de la part de cinq EHPAD, deux services de psychiatrie, quatre services d'urgence, et deux centres hospitaliers. Après accord des directions, cadres supérieurs et cadres de santé, les questionnaires ont été déposés au sein des services. Une fois complétés, ils étaient mis sous enveloppe par les enquêtés et déposés dans une urne scellée, puis récupérés par les étudiants.

Au total, 25 établissements/services ont participé à l'enquête et 444 questionnaires auto-administrés ont été recueillis dont 105 en psychiatrie, 109 aux urgences, 88 en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), et 63 en médecine (voir tableau 9 en annexe), types de services, unités ou établissements qui réalisent au niveau national le plus de signalements auprès de l'ONVS¹⁰.

La population enquêtée est constituée à plus de 90 % de personnels soignants répartis majoritairement en deux catégories : infirmiers (59,2 %), la première profession de santé en termes d'effectifs en France (DREES, février 2016)¹¹ et aide-soignants (30,3 %)¹², auxquels s'ajoutent des cadres de santé. A l'image des professionnels du secteur, les femmes sont surreprésentées (78,8 % dans cette enquête). Les tranches d'âge les plus présentes sont les 21-27 ans (21,8 % de la population enquêtée), les 28-34 ans (21,2 %) et les 35-41 ans (18 %) (voir tableaux 10 et 11 en annexe).

Le questionnaire est composé de 55 questions – 25 questions fermées et 30 questions ouvertes – dont le cœur porte sur la victimation : les situations vécues personnellement comme violentes dans le cadre professionnel durant l'année écoulée, les circonstances, les réactions de l'enquêté lors du déroulement de la situation, l'interprétation qui en est donnée, l'intervention éventuelle d'autres personnes, les suites institutionnelles et judiciaires et enfin, les conséquences pour l'enquêté de cette victimation. Cette série de questions est complétée

¹⁰ Selon le dernier rapport ONVS (2014), la psychiatrie représente 24,22 % des signalants, les urgences, 14,17 %, la médecine, 9,40 %, et les EHPAD, 9 %. Les statistiques présentées dans ce rapport sont calculées sur l'ensemble des rapports d'incidents remontés par les établissements français du secteur sanitaire et médico-social. Ces remontées sont recommandées par le ministère de la santé mais ne relèvent pas d'une obligation institutionnelle, tout comme la réalisation d'une fiche d'événement indésirable dépend d'un choix réalisé par le professionnel concerné par l'incident.

¹¹ Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire Adeli recense 638 200 infirmiers en activité en France dont 87 % de femmes et, près d'un praticien sur cinq ayant moins de 30 ans (17 %).

¹² D'après l'enquête Emploi, les aides-soignants seraient plus de 400 000 en exercice début 2014.

par trois autres séries en lien avec l'organisation (service, unité ou établissement), le métier et les usagers. La dernière partie du questionnaire permet de recueillir des données sur les caractéristiques sociologiques des enquêtés. Une quarantaine de minutes a été nécessaire pour le compléter.

Le nombre important de questions ouvertes a permis de recueillir des verbatim à partir desquels nous avons procédé à des recodages au plus près du discours des acteurs. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel Le Sphinx IQ¹³ à partir duquel ont pu être constitués des ensembles d'énoncés basés sur les réponses aux questions ouvertes sur la victimation permettant d'identifier des thèmes et des intensités lexicales. Le traitement qui en est issu est utilisé notamment, dans cet article, pour faire le lien entre classifications et verbatim, dans l'objectif d'ancrer les catégorisations réalisées par les chercheurs dans les qualifications opérées par les enquêtés, et de le rendre visible. Cette analyse permet d'identifier les spécificités des situations dans lesquelles les violences s'inscrivent, la récurrence des formes qu'elles prennent, l'identification des enjeux qui sous-tendent ce type d'interactions. Nous ne prétendons donc pas rendre compte de l'exhaustivité d'une réalité, ni en présenter une image représentative, mais nous nous donnons pour objectif de mettre en perspective des régularités sociales dans la structuration d'une expérience de violence.

Résultats et discussion

Quelle(s) figure(s) de la violence se dessine-t-il lorsque l'on dépasse une logique factuelle et catégorielle d'appréhension de la violence (partie 2.1.) ? Quels sont les éléments qui pèsent sur la définition de la situation, non seulement en termes de perception ou de sens mais aussi en termes d'action, et donc de « contexte » (Strauss, 1992) dans lequel se déroulent ces actions ? Pour identifier ces éléments, nous étudierons, dans un premier temps, le contexte de la relation de service (2.2.), puis celui de l'organisation au sein de laquelle elle s'inscrit (2.3.) qui conduira à un questionnement transversal sur les logiques en présence (logiques profanes, professionnelles, organisationnelles) et ce qu'elles produisent dans la construction d'une expérience de violence des professionnels.

La victimation : une dimension significative de l'expérience professionnelle

Peut-on identifier des spécificités dans les situations vécues comme violentes par les professionnels de santé ? Peut-on repérer des formes récurrentes ? Qui est mis en cause ? Quelle est la fréquence de ce phénomène ? Comment les enquêtés qui déclarent avoir subi des violences y réagissent-ils ? Quelles suites donnent-ils à l'affaire ? L'objectif de cette partie est donc de caractériser ce qui relève de la violence pour les professionnels en l'appréhendant tant à partir des faits que de leur vécu en situation.

Une violence se cristallisant dans la relation usagers/professionnels

Lors de l'année de référence, un peu plus de 40 % des enquêtés disent ne jamais avoir subi de violence. Ils sont bien plus nombreux à déclarer des victimations : 57 %. Parmi ces derniers, un sur cinq déclare avoir subi quatre victimations ou plus (voir tableau 1¹⁴).

¹³ La présente recherche est menée avec le soutien technique et logiciel de la société Le Sphinx (www.lesphinx.eu)

¹⁴ Précisions sur la construction des tableaux : "obs" signifie que le pourcentage est calculé sur le nombre d'observations qui représente le nombre d'enquêtés. Lorsque la question permet une réponse multiple, le total des pourcentages peut être supérieur à 100 %. Lorsqu'il y a réponse multiple, le logiciel n'indique pas le total des pourcentages. Tous les résultats présentés correspondent à un calcul prenant en compte les non réponses. Tous les calculs ont été réalisés à partir des observations, soit 444 pour la population totale, et 253 pour la sous-population des victimes.

Tableau 1 : Fréquence de victimation durant l'année écoulée

Tri à plat des réponses à la question : « Depuis un an, dans le cadre de l'exercice de votre fonction, estimez-vous avoir vécu personnellement des situations violentes (qu'elles qu'en soient la forme et les personnes impliquées) ? »

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	12	2,7
Jamais	179	40,3
1 fois	55	12,4
Entre 2 et 3 fois	104	23,4
Plus de 4 fois	94	21,2
Total	444	100,0

Ces premiers résultats montrent la prégnance de la violence dans l'expérience des professionnels de santé enquêtés, une grande majorité déclarant y avoir été confrontée et, un sur cinq à répétition. Les auteurs mentionnés sont à près de 79,8 % des usagers/patients (à titre comparatif, ils sont 72 % selon les données ONVS de 2013). Les proches d'usagers sont évoqués loin derrière (13,8 %) suivis par les personnels (13,4 %) (voir tableau 2).

Tableau 2 : Les agresseurs

Tri à plat des réponses à la question : « Dans la situation que vous avez décrite ci-dessus, par qui vous êtes-vous senti agressé ? »

(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	6	2,4
Usager/Patient	202	79,8
Proche d'usager	35	13,8
Personnel	34	13,4

Les professionnels de santé déclarant des victimations mettent donc massivement en cause les usagers. Les données recueillies sur les circonstances de victimation montrent qu'elles se sont déroulées quasi exclusivement pendant le temps de travail (seuls 1,5 % des enquêtés disent qu'ils ont été agressés en arrivant ou en partant du travail ou à un autre moment) et dans le service ou l'établissement (seuls 3,4 % mentionnent l'extérieur). Plus précisément, les lieux le plus souvent évoqués sont : la chambre du patient (43,2 % des réponses), le couloir (20,1 %) et l'accueil (12,2 %). La violence se construit ainsi au cœur de l'activité professionnelle et se cristallise dans la relation usagers/professionnels.

Un quotidien professionnel émaillé d'incidents

Le traitement des verbatim recueillis en réponse à la question qui suivait la déclaration de victimation : « Que s'est-il passé ? (Décrivez la situation violente qui vous a le plus marqué et qui a eu lieu durant cette période) » a permis de construire des catégories s'ancrant dans les

déclarations des professionnels. Violences verbales, menaces, violences physiques relèvent d’une terminologie utilisée par les enquêtés de manière significative. A ces catégories s’ajoute celle d’“agressivité” ; le terme “agressif” constitue en effet l’occurrence la plus citée dans l’ensemble des énoncés (83 occurrences pour 70 observations) après celle de “violences physiques” (171 occurrences pour 107 observations) et de “violences verbales” (123 occurrences pour 97 observations). Le terme “menaces” apparaît 48 fois pour 38 observations et se situe donc en quatrième place. Une catégorie “autres” a également été ajoutée, cette dernière ayant pour particularité de regrouper des déclarations s’inscrivant moins dans le registre de la victimation directe que dans celui du témoignage¹⁵.

Les résultats de cette catégorisation apparaissent dans le tableau 3 : 39,5 % des enquêtés font état de violence physique, 38,3 % de violences verbales. Les menaces regroupent 13,8 % des enquêtés, précédées par les catégories “agressivité” (18,2 %) et “autres” (16,2 %).

Tableau 3 : Les types de violence

(Recodage à partir de la question ouverte : « Que s’est-il passé ? (Décrivez la situation violente qui vous a le plus marqué et qui a eu lieu durant cette période) »)

(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	13	5,1
Violences physiques	100	39,5
Violences verbales	97	38,3
Aggressivité	46	18,2
Autres	41	16,2
Menaces	35	13,8

L’analyse factorielle des correspondances (AFC) ci-dessous (figure 1) permet d’étudier l’association entre des variables nominales, ici les catégories selon lesquelles sont ventilées les situations de violence (selon la classification apparaissant sur la figure 3) d’une part, et les verbatim issus des énoncés (qualifications réalisées par les enquêtés) d’autre part. Le pourcentage de variance cumulé par les deux facteurs atteint 74 % et restitue ainsi les trois-quarts de l’information. En faisant apparaître les modalités qui sont statistiquement liées, l’AFC montre une violence débordant largement la transgression de normes pénales, s’élargissant à de multiples incidents : des violences physiques aux morsures, griffures crachats – « *la nuit lors d’un change de résident sur le petit matin, un monsieur qui avait une protection saturée, s’est débattu violemment en nous rentrant ses ongles fortement dans les bras et donnant des coups de pieds* » (obs. 187) ; des violences verbales au manque de respect – « *Injonctions verbales, irrespect, menaces en plein secteur de soins* » (obs. 38) –, sur fond d’agressivité ; “Agressif”, “Agression”, “Agresser” constituent ainsi des occurrences parmi les plus citées (respectivement 83, 38 et 25 occurrences dans l’ensemble des énoncés) et sont en lien avec les catégories de “violences physiques”, “violences verbales” et “agressivité” – « *Un patient qui sonne lors des transmissions avec l’équipe de jour. Un temps de réponse un peu long et le patient qui dès mon entrée dans sa chambre m’agresse en disant qu’il attend depuis 1h et qu’il aurait pu avoir un problème grave* » (obs. 104).

¹⁵ Ces déclarations sont intéressantes en ce sens qu’elles montrent que le sentiment de violence peut se construire par victimation indirecte.

ou prise de médicament, non coopérant à l'admission » (Obs. 46), usager qui peut alors décider de partir « contre avis médical ». Ces spécificités permettent de comprendre qu'aucune suite ne soit notée à la question. Ces éléments permettent par conséquent de consolider la significativité de l'ensemble des résultats obtenus à cette question.

Tableau 4 : Suites données à l'affaire

(Recodage à partir de la question ouverte « Quelles ont été les suites données à l'affaire ? »)
(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	61	24,1
Aucune suite	84	33,2
Suite administrative	40	15,8
Suite médicale/patient	36	14,2
Suite judiciaire	32	12,6
Autres	12	4,7

“La définition d'une situation” (Thomas, 1923) comme violente montre que les significations sociales de la violence ne sont pas inhérentes à un objet “violence” pris en lui-même, indépendamment des acteurs. Ces significations se construisent au cours d'interactions. Ainsi en est-il de la violence en milieu de santé qui se construit massivement, au sein des interactions entre professionnels et usagers, dans le prolongement d'interactions ordinaires dans une situation structurée par des tensions.

Si cette première partie empirique permet de dévoiler les figures de la violence dans le secteur sanitaire et médico-social, il convient maintenant de cerner les éléments permettant de comprendre les éléments qui pèsent sur la définition de la situation. Faut-il y voir un lien avec le sexe – dans un lien hypothétique entre victimation et féminisation des métiers – ou encore l'âge, l'ancienneté dans le métier ou encore dans l'établissement ou le service – dans un lien entre victimation et expérience ? Aucune corrélation significative n'apparaît cependant avec la victimation. Si la violence se construit en fonction de normes, il convient alors d'interroger ces normes dans la construction sociale de ce phénomène.

Des tensions s'inscrivant dans les écarts aux normes professionnelles

Quelles sont les significations données aux situations par les professionnels ? L'étude des explications données aux incidents permet d'éclairer le fondement normatif du processus social de qualification de la violence.

Définitions de situation et significations

Interrogés sur le déroulement des faits vécus comme violents et leur interprétation, les professionnels évoquent, comme première cause de l'incident – et loin devant les autres causes mentionnées – la pathologie du patient (28,9 %). Plus loin apparaissent les exigences de l'usager ou sa personnalité (15 %), puis l'alcoolisation et plus largement les addictions (13,4 %) et le refus de soin (11,9 %). Apparaissent ensuite des explications relatives à

l'organisation et aux conditions de travail, qui, avec le temps d'attente trop long et la prise en charge inadaptée représentent 19,7 % des réponses (voir tableau 5).

Tableau 5 : Explications données aux victimations

(Recodage à partir de la question ouverte : « Comment expliquez-vous ce qui s'est passé ? »)
(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	39	15,4
Pathologie du patient	73	28,9
Exigences/personnalité	38	15,0
Alcoolisation/addictions	34	13,4
Refus de soin	30	11,9
Autres	20	7,9
Organisation/conditions de travail	19	7,5
Temps d'attente trop long	17	6,7
Prise en charge inadaptée	14	5,5
Angoisse, souffrance	14	5,5

L'analyse factorielle des correspondances ci-dessous (figure 2) réalisée à partir du croisement des éléments d'explication contextuelle et des éléments d'explication sur l'auteur de l'incident (selon les qualifications opérées par les enquêtés) et les causes données à l'incident (selon la classification apparaissant sur le tableau 5), met en lumière trois nuages de points distinguant fortement les enquêtés sur les réponses mentionnées. Le pourcentage de variance cumulé par les variables atteint 52 %, restituant ainsi plus de la moitié des informations. Les contributions les plus fortes sur l'axe 1 relèvent des modalités « pathologie du patient » et « organisation/conditions de travail ». L'axe 2 se structure en fonction de la modalité « pathologie du patient » et « alcoolisation/addictions »

Sur l'axe 1, l'organisation du travail – massivement liée aux conditions de travail – est évoquée comme cause d'une prise en charge déficiente ou inadaptée, entraînant des incidents avec les usagers. Ainsi, les professionnels évoquent la « surpopulation » de leur service, ou encore le « manque de personnel » : « *C'était une période de congé, donc nous avons une surcharge de travail, ce qui a créé des tensions* » (obs. 354). La victimation se construit pour cette sous-population dans une organisation qui ne permet pas aux professionnels de réaliser une prise en charge adéquate : « *La patiente s'est sentie abandonnée car j'avais trop de travail pour aller la voir dans sa chambre. Elle a manifesté son angoisse et sa frustration de cette façon* » (obs. 425).

Du côté négatif de l'axe, ce sont les pathologies qui apparaissent massivement comme source d'incidents : « *Cela s'explique par le simple fait que les passages à l'acte réguliers de ce patient font partie de sa pathologie* » (obs. 355) ou encore « *Patient dément qui ne se rend pas compte des actes commis, pathologies* » (obs. 305). Prendre en charge une personne « agitée » ou « désorientée », un patient avec une « pathologie psychiatrique » ou une « personne âgée » souffrant d'« Alzheimer » est considéré comme une « *difficulté inhérente à l'exercice de notre profession* » (obs. 361) ; l'agression liée à la pathologie conduisant à une réaction calme, le professionnel se disant « *compréhensif face à la pathologie* » (obs. 340). La victimation apparaît ici comme un risque inhérent au métier.

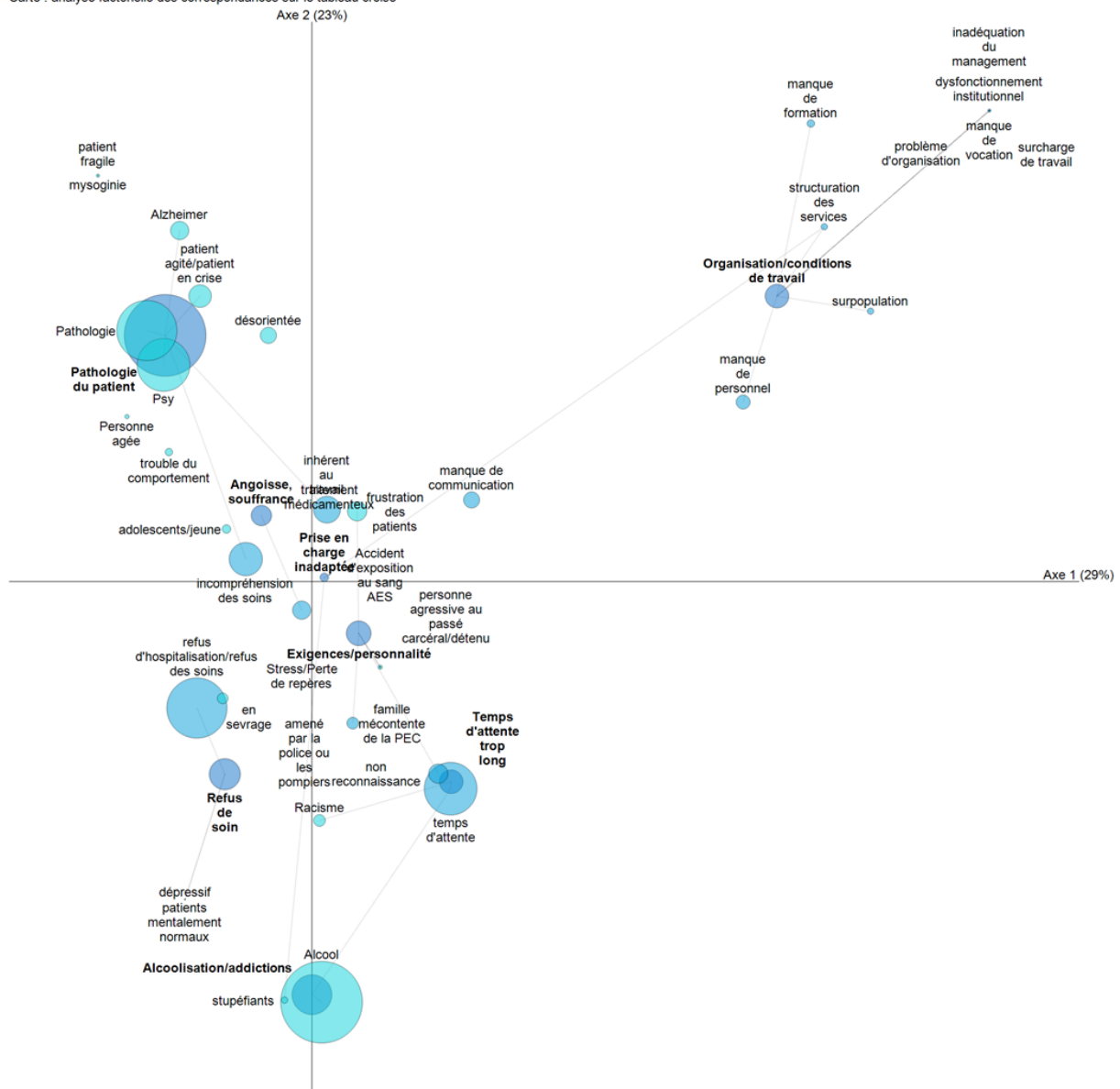
On retrouve le poids de la modalité « pathologie du patient » sur l'axe 2. Celui-ci, en opposant cette sous-population à celle mentionnant l'alcoolisation et les addictions, comme cause des violences subies, fait apparaître un rapport différencié aux patients en fonction du type de pathologie, les pathologies vues comme relevant de la responsabilité des patients apparaissant fortement stigmatisées, et leurs comportements vécus comme d'autant plus inacceptables¹⁷. Le refus de soin, autre cause mentionnée dans la victimation, apparaît également du côté négatif de l'axe 2. Le processus social de désignation de la violence se construit ici dans l'écart au rôle attendu de la part du malade, malade qui, selon les professionnels de santé, doit être responsable de sa santé et coopératif : « *La personne qui m'a agressé, a senti une forme d'insistance (dans ce que je lui demandais), a refusé de fait, a dépassé toute forme de collaboration : "Pétage de plomb" et m'a agressé et chassé du secteur de soin* » (obs. 38) ou encore : « *Patient raciste (non compliant dans les soins), tempérament du patient* » (obs. 333).

¹⁷ Cintas (2013, 23) montre que les soignants considèrent l'agression comme non-intentionnelle si le patient est en « délire » et comme intentionnelle lorsqu'il s'agit d'un toxicomane pour obtenir des substances.

Figure 2 : Explications : classifications et qualifications¹⁸

éléments d'explication contextuelle / Rec-explications p = <0,01 ; Khl2 = 224,88 ; ddl = 112 (TS)
 Elements d'explication sur l'auteur de v / Rec-explications p = <0,01 ; Khl2 = 282,63 ; ddl = 140 (TS)

Carte : analyse factorielle des correspondances sur le tableau croisé



La victimation s'inscrit ainsi dans un rapport aux normes, normes qui relève significativement d'un registre professionnel. Elle est d'abord lue comme un risque inhérent au métier du fait de la pathologie du patient ; elle est aussi mise en cause de l'organisation quand elle ne se montre pas capable de donner les moyens d'une prise en charge adéquate du patient. Enfin, elle est dénonciation du comportement de l'utilisateur, laissant apparaître des conflits de perspective travaillant les relations de service.

¹⁸ Les modalités superposées au centre de l'AFC sont les suivantes : « inhérent au travail » et « traitements médicamenteux ».

Relations de service et conflits de perspective

C'est à Goffman que nous devons le concept de relation de service (*service relationship*) dans son ouvrage *Asiles* publié en 1961 où il décrit une relation tripartite entre l'utilisateur en demande d'aide, le professionnel à qui l'on demande de résoudre le problème et la réalité qui pose problème et sur laquelle le professionnel doit agir. Selon Goffman, la particularité même de la relation de service qui la distingue des autres relations interpersonnelles réside dans la notion de réparation (*tinkering*) et de problème à résoudre. Ainsi l'utilisateur est en demande d'aide et accorde théoriquement sa confiance au professionnel qui va la lui apporter. Dans une situation idéale, cette relation tripartite basée sur la confiance fait office de cadre général de l'action. Cependant, comme le souligne Hughes, « les bénéficiaires et les prestataires de service voient la situation dans une perspective fondamentalement différente » (Hughes, 1996, 96). Dès lors, le « drame social du travail »¹⁹ dans toute relation de service relève d'une différence situationnelle qui peut être cause de conflits.

Les réponses décrivant les situations de victimation donnent à voir ces différences de perspective. Le verbatim suivant est significatif à cet égard : « *Un patient arrive avec les pompiers. Le patient ne comprenait pas que l'on devait faire le dossier administratif avant d'être pris en charge cliniquement. Le patient a été agressif physiquement et verbalement, [il] a même refusé les soins après en nous disant qu'il était anormal de faire le dossier administratif avant sa prise en charge. [J'ai éprouvé un] sentiment de frustration et de non reconnaissance de la fonction* » (obs. 16). La résistance du patient à la logique administrative de prise en charge fait violence au professionnel qui est censé être l'expert de la situation. En ce sens, elle constitue une épreuve professionnelle.

Une source de conflit récurrente s'inscrit dans la différence de temporalités, l'urgence ressentie comme telle par l'utilisateur devant se plier aux temporalités institutionnelles et professionnelles de prise en charge. La célèbre métaphore du garagiste de Hughes illustre bien ce décalage de définition de situation : « votre urgence est sa routine » (Hughes, 1996, 95). Ce décalage peut être source d'incompréhension. Cette incompréhension – associée ici à l'alcoolisation – est évoquée dans les verbatim pour expliquer la production de violence : « *La fille d'un patient nous a sauté à la gorge (alcoolisé) ; nous avons dû la mettre dehors de force ; je me suis défendue (moyen de défense pour ne pas me faire frapper) après beaucoup d'explications* » ; l'analyse de la situation étant la suivante : « *non compréhension du diagnostic de la maladie de son papa, alcool +++* » (obs. 25).

C'est aussi l'exigence des usagers qui est évoquée comme cause de la dégradation des interactions : « *un époux et sa femme viennent en pleine nuit pour céphalées de Madame. Il s'agit de la 3^{ème} fois en 3 jours que la patiente vient au SAU. L'époux exige d'être vu tout de suite. Il hurle sur le personnel en semi lourd et menace l'interne. Fugue du service et menaces verbales, a voulu frapper et a foncé sur mon collègue ; pas de notion d'urgence de la part de l'accompagnant ; ras le bol de la prise en charge multiple de son épouse (impatiente)* » (obs. 1). Ce qui est dénoncé, c'est une relation de service qui semble prendre les formes d'un rapport de servitude (Jeantet, 2003), rapport vivement rejeté : « *nous aimerions une*

¹⁹ « Le drame social du travail » fait référence à la connaissance et l'élaboration du contenu du travail qui n'est pas connu du "grand public" ; les secrets du métier, les codes sociaux propres à une relation de travail spécifique, les "bricolages" quotidiens pour exécuter une tâche sont autant de caractéristiques du travail des professionnels qui savent décrire et décoder les didascalies propres à l'exercice de leur travail. Dans le cadre des relations de service, le fait que l'action qui lie le professionnel et l'utilisateur soit réalisée à de maintes reprises par le professionnel pour qui cette action n'a pas de secret et qu'elle soit subie par un usager qui n'en connaît ni les tenants ni les aboutissants, tend à définir la relation de travail sous l'angle d'une situation théâtrale (*drama* en anglais pouvant faire référence en français à ce qui est théâtral).

reconnaissance de notre métier, nous ne sommes pas des esclaves » (obs. 183) ou encore « *On est à leur service mais pas leur serviteur* » (obs. 375).

Que les violences soient lues comme résultant de l'incompréhension de la prise en charge ou relevant des exigences des usagers, l'analyse des situations fait apparaître des conflits de perspective (Freidson, 1984) et des intérêts divergents s'inscrivant dans des logiques qui se confrontent. La divergence d'intérêts apparaît également avec le degré de « compliance²⁰ » ou « d'observance » des patients, notion développée à partir des perspectives médicales « que l'on peut définir comme l'écart entre le comportement d'une personne malade (dans la prise de médicament, le suivi des régimes, les modifications du style de vie) et le point de vue médical » (Carricaburu, Ménoret, 2004, 102). La « non-observance » des patients apparaît sur la figure 2 dans la modalité « refus de soin » et plus encore dans celle « d'alcoolisation/addictions » ; elle fait plus largement référence au respect des instructions médicales, celui-ci semblant conditionner la qualité des relations avec l'utilisateur : « *Le rapport avec les familles est de plus en plus difficile, ils sont de plus en plus demandeurs et de moins en moins à l'écoute des consignes ou autres* » (obs. 262). La « non-observance » du patient et de sa famille est, elle aussi, analysée comme une incapacité à comprendre les diagnostics et les instructions médicales. Elle détermine simultanément le niveau d'acceptabilité du patient : « *Lorsque le patient est acceptable, les relations sont bonnes* » (obs. 47). La « non-observance », lue par le professionnel comme comportement irresponsable, est vécue comme violence par le soignant, voyant son expertise remise en cause dans une confrontation entre logique professionnelle et logique profane, dans un contexte où l'utilisateur voit ses droits s'accroître, notamment sur les décisions médicales.

Les jugements moraux, au cœur de la notion d'observance, font apparaître l'image du « mauvais » malade qui pèse sur la relation de service. Vega montre que « les patients dérangeants sont ainsi souvent : celles et ceux qui empêchent les professionnels de conserver une distance émotionnelle et/ou de mobiliser des savoirs normalisés, celles et ceux qui font ressurgir leur vie sociale pendant les soins et/ou qui revendiquent souvent sinon des savoirs, au moins une autonomie remettant cette fois directement en cause la suprématie, l'universalité des savoirs professionnels » (Vega, 2007, 42).

La figure du mauvais patient bascule dans la figure de l'utilisateur illégitime dans la confrontation entre logique médicale et logique d'assistance, l'alcoolisation du patient y contribuant fortement : « *un patient alcoolisé mais bien conscient de ses actes qui a pris une chaise dans le box et a voulu me la casser sur la tête. Heureusement que mon collègue était là et a pu me pousser pour l'éviter. Le patient trouvait le temps long et en avait assez. Il voulait avoir une chambre et à manger. J'ai laissé mes collègues prendre la suite et n'ai plus voulu m'occuper de lui* » (obs. 57). Dans la division du travail social, structurant très fortement le secteur sanitaire et médico-social, la prise en charge de ces usagers relève du « sale boulot », c'est-à-dire « ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques » (Hughes, 1971, 81).

Au final, la victimation prend la forme d'une « tension confrontationnelle » (Collins, 2004), naissant de la confrontation de logiques – individuelle, familiale, administrative, médicale ou encore d'assistance – s'actualisant par des incidents répétés constituant autant de ruptures à la « routine professionnelle » (Hughes, 1996).

²⁰ Le mot « compliance » issu de l'anglais « *to comply with* » signifiant « soumettre, suivre conformément » peut se traduire en français par le terme « observance » ou « observance thérapeutique ». Par la suite, nous utiliserons dans le texte, les termes de « non-observance » pour désigner le comportement des patients qui ne se conforment pas aux prescriptions et indications des professionnels de santé.

Expression victimaire et demande de reconnaissance professionnelle

La qualification de situations comme violentes fait prendre la mesure du vécu des professionnels en situation et des relations éprouvantes entre usagers et professionnels qui s’y déroulent. Pour autant, le traitement des données conduit à ne pas en rester au seul niveau d’analyse de la relation de service. Tout d’abord, les relations avec les usagers apparaissent massivement bonnes. Pour 64,2 % des répondants, les relations avec les usagers apparaissent « plutôt bonnes » et, pour 24,8 %, “très bonnes”, même si ceux-ci sont mis en cause dans les déclarations de victimation. Seuls 4,5 % des enquêtés qualifient leurs relations de “plutôt difficiles”. La ventilation des réponses à la question “Comment qualifieriez-vous vos relations avec les usagers” a d’autant plus de poids que cette question est placée, dans le questionnaire, à la suite de la série de questions sur la victimation (avec un taux de non réponse de 6,5 %)²¹. Il n’existe par ailleurs pas de corrélation statistique significative entre la victimation et la qualité des relations avec les usagers. Ensuite, il n’existe pas de corrélation entre la victimation et les souhaits professionnels. Enfin, les données recueillies grâce aux questions ouvertes débordent très largement ce premier niveau d’analyse, interrogeant l’organisation, le fonctionnement institutionnel et le rôle de la hiérarchie, montrant simultanément que les relations de service ne peuvent être déconnectées du reste du fonctionnement de l’organisation ; elles s’inscrivent en effet dans des rapports sociaux de travail. Dans ce contexte, la dénonciation de la violence peut être analysée comme une tentative pour peser sur les rapports sociaux de travail au sein de l’organisation.

Une demande de soutien social

La violence fait l’objet de très peu de renvois hors les murs des services ou des établissements enquêtés, que ce soit au niveau de la police (32 cas, voir *supra* Tableau 4), ou même de l’ONVS (27 fiches d’évènements indésirables). Cependant, la violence apparaît très parlée au sein du milieu professionnel et de l’organisation (voir tableau 6). 78,3 % des enquêtés disent avoir informé leurs collègues, 63,2 % leur hiérarchie et 41,1 %, le médecin. N’en avoir parlé à personne n’est mentionné que par 8 enquêtés (3,2 % des enquêtés).

²¹ Malgré la vigilance dans la structuration du questionnaire et la formulation des questions, les questions qui précèdent pèsent en effet toujours sur les réponses aux questions qui suivent. Le fait qu’il s’agissait de la victimation, elle-même impliquant les usagers, a en effet sans doute pesé sur les réponses à la question sur les relations avec les usagers, en leur donnant une tonalité plus négative que si cette question avait été posée avant.

Tableau 6 : Avez-vous informé quelqu'un de ce qui s'était passé ?
(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en%)
Non-réponse	5	2,0
Collègues	198	78,3
Hierarchie	160	63,2
Médecin	104	41,1
Police	34	13,4
Autres	26	10,3
Usagers/proches	14	5,5
Non, personne	8	3,2

Si le sentiment de satisfaction est dominant (36,2 % « plutôt satisfaits » et 22,3 % « satisfaits »), la suite donnée à l'affaire laisse cependant plus de 30 % des professionnels avec un sentiment d'insatisfaction plus ou moins marqué (« plutôt insatisfaits » : 15,1 % et « insatisfaits » : 15,1 %) ; le taux de non réponse s'élevant à 11,3 % des enquêtés. L'attente d'un soutien social professionnel et institutionnel apparaît dans la corrélation très significative entre le type de suites donné à l'affaire et le degré de satisfaction exprimé par les enquêtés ayant déclaré avoir été victimes (voir tableau 7). Même s'il convient d'être prudent sur l'interprétation des résultats au vu du pourcentage de non réponse, l'insatisfaction apparaît cependant liée à la non prise en compte de la situation au sein du service ou de l'établissement ; précisons que la première des suites mentionnée est celle de l'absence de suite : 33,2 % des enquêtés (voir tableau 4).. Les insatisfaits sont très significativement sur-représentés parmi les victimes qui disent qu'aucune suite n'a été donnée à l'affaire (27,4 % contre 15,1 % en moyenne). Les « plutôt satisfaits » sont très significativement sur-représentés parmi les enquêtés qui disent qu'une suite administrative a été donnée (52,5 % contre 36,2 % en moyenne).

Tableau 7 : Appréciation du traitement selon les suites données à l'affaire

	Non-réponse		Satisfaisant		Plutôt satisfaisant		Plutôt insatisfaisant		Insatisfaisant		Total	
	Nombre de réponse	Citations (en %)	Nombre de réponse	Citations (en %)	Nombre de réponse	Citations (en %)	Nombre de réponse	Citations (en %)	Nombre de réponse	Citations (en %)	Nombre de réponse	Citations (en %)
Non-réponse	19	26.0	16	21.9	24	32.9	6	8.2	8	11.0	73	100
Suite judiciaire	3	9.4	6	18.8	11	34.4	7	21.9	5	15.6	32	100
Suite administrative	2	5.0	8	20.0	21	52.5	5	12.5	4	10.0	40	100
Suite médicale/patient	1	2.8	10	27.8	16	44.4	9	25.0	0	0.0	36	100
Aucune suite	5	6.0	19	22.6	24	28.6	13	15.5	23	27.4	84	100

$p < 0.01$; $\text{Khi}^2 = 47.05$; $\text{ddl} = 16$ (TS)
La relation est très significative.

L'analyse factorielle des correspondances qui suit (figure 3) fait apparaître les verbatim des enquêtés lorsqu'ils précisent les raisons de leur insatisfaction. L'axe 1, qui restitue à lui seul 73 % de l'information, se structure en fonction du degré de satisfaction des enquêtés. La proximité des modalités rend visible le lien statistique entre insatisfaction et absence de suite donnée à l'affaire ; cette insatisfaction s'accompagne d'une forte expression émotionnelle : mal-être, sentiment de frustration, déception, lassitude, démotivation, jusqu'à l'anxiété et

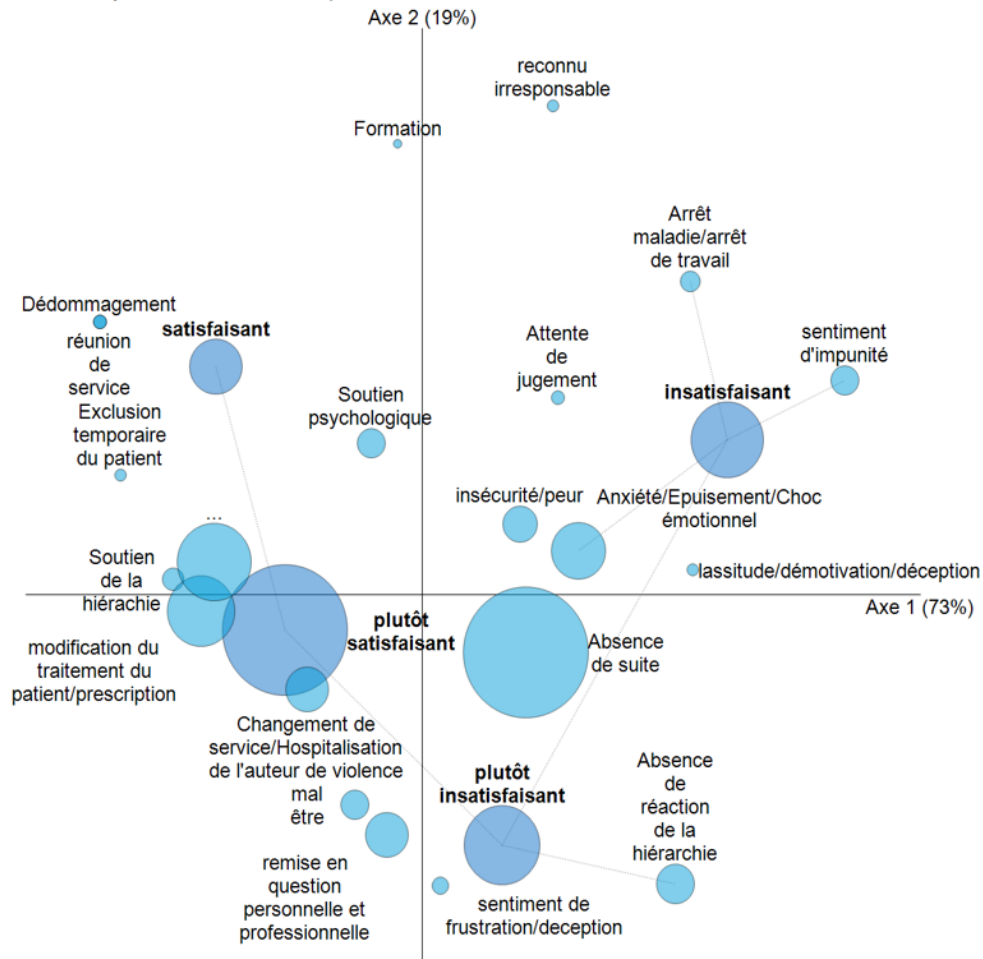
l'épuisement. Ces sentiments s'accompagnent d'un retrait du travail, qui va du désinvestissement jusqu'à l'arrêt de travail. Le soutien professionnel (réunion de service, réflexion sur les pratiques et l'organisation du travail), et le soutien hiérarchique et médical (s'actualisant par une évolution de la prise en charge médicale ou administrative du patient) pèsent en revanche très favorablement sur le sentiment de satisfaction.

Figure 3 : Degré de satisfaction selon les suites données à l'affaire

$p = 0,005$; $\text{Khi}^2 = 92,32$; $\text{ddl} = 60$ (TS)

La relation est très significative.

Carte : analyse factorielle des correspondances sur le tableau croisé



... et de reconnaissance professionnelle

La dénonciation de la violence et de l'absence de soutien social, apparaît simultanément à la demande de prise en compte institutionnelle des réalités du métier ; un des enquêtés exprime ainsi ses attentes en direction de l'établissement : « une vision du terrain réaliste et juste » (obs. 364). Elle est aussi dénonciation des insuffisances de l'organisation pour « bien travailler ». Les réponses données à cette même question : « Quelles sont vos attentes en direction de l'établissement/service quant à l'accomplissement de vos activités professionnelles ? » sont significatives à cet égard (voir tableau 8). Même si le taux de non réponse est élevé et nécessite une prudence quant à l'interprétation des résultats, on peut cependant noter l'expression d'une forte demande de reconnaissance professionnelle (37,2 % des enquêtés) ; les trois catégories qui suivent en constituent la déclinaison : demande de plus de « moyens » (12,6 %), une meilleure « organisation du travail » (11,3 %) et des possibilités d'« évolution de carrière » (10,4 %) (titularisation, formations, possibilité d'évolution). Les attentes en termes de sécurité sont mentionnées par seulement 8 enquêtés (1,8 %) ; précisons que cette question arrive, là aussi, après la série de questions sur la victimation.

Tableau 8 : Attentes en direction de l'établissement/service quant à l'accomplissement des activités professionnelles

(Recodage à partir de la question ouverte)

(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	150	33,8
Reconnaissance	165	37,2
Moyens	56	12,6
Organisation du travail	50	11,3
Evolution de carrière	46	10,4
Autres	22	5,0
Aucune	10	2,3
Sécurité	8	1,8

C'est aussi cette question de la reconnaissance professionnelle et des conditions de travail qui pèse sur le sentiment de considération du métier exprimé par les professionnels. 55,6 % estiment que leur métier n'est pas bien considéré dans la société (« assez mal considéré » : 44,1 % ou pas « pas du tout considéré » : 11,5 %) ; ils sont 39,2 % à estimer qu'il est « bien considéré » et 2,9 % à déclarer qu'il est « très bien considéré » (le taux de non réponse s'élève à 2,3 %). Ce sentiment de considération est très significativement corrélé à la victimation, la fréquence de victimation étant associée à une dégradation du sentiment de considération (voir figure 4).

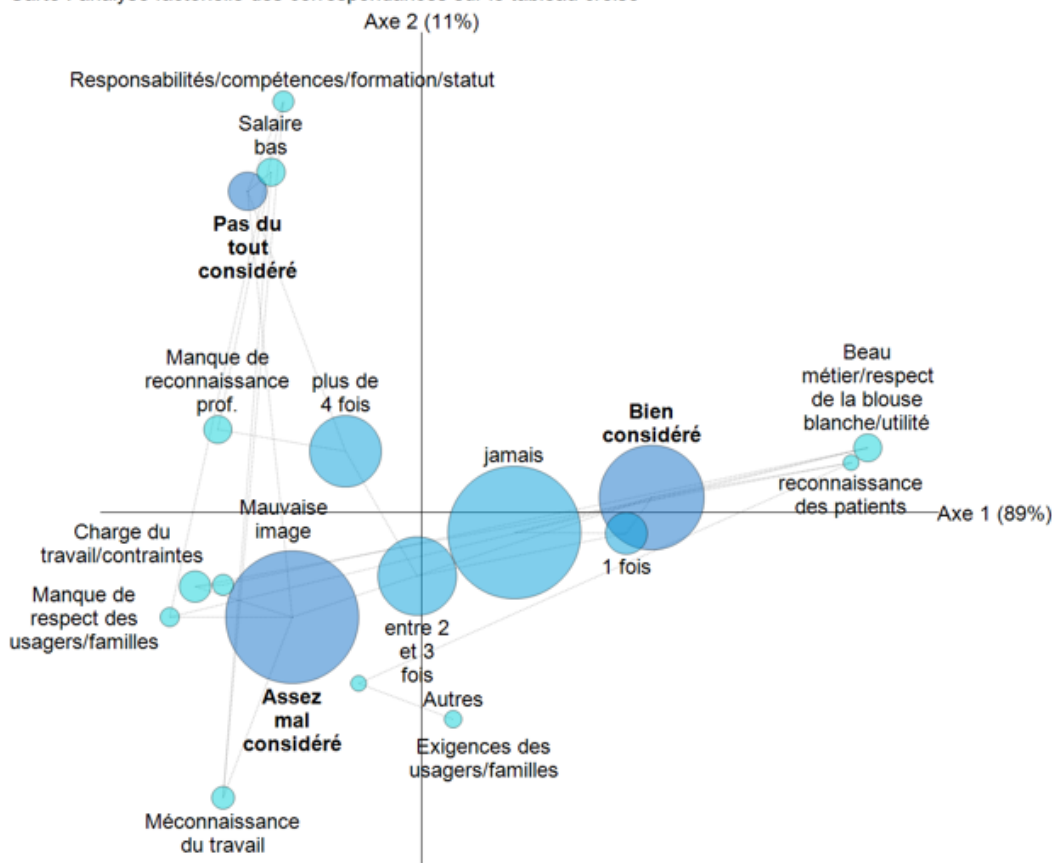
Figure 4: Victimation et considération du métier

reconnaissance_métier_1, victimation, Rec_considération_1

Depuis un an, dans le cadre de l'exercice de votre fonction, estimez-vous avoir vécu personnellement des situations violentes (quelles qu'en soient la forme et les personnes impliquées) ? / Avez-vous le sentiment que, dans la société d'aujourd'hui, votre métier est : $p = <0,01$; $\text{Khi2} = 26,23$; $\text{ddl} = 6$ (TS)

Rec.considération / Avez-vous le sentiment que, dans la société d'aujourd'hui, votre métier est : $p = 0,00$; $\text{Khi2} = 176,01$; $\text{ddl} = 20$ (TS)

Carte : analyse factorielle des correspondances sur le tableau croisé



L'analyse factorielle des correspondances ci-dessus permet également de visualiser les arguments donnés par les enquêtés pour évaluer le niveau de considération du métier. Les professionnels de santé estimant que leur métier n'est pas du tout considéré au sein de la société mentionnent un « manque de reconnaissance professionnel », et un « salaire bas » qui n'apparaît pas à la hauteur de leurs « responsabilités/compétences/formation/statut ». Ces modalités sont en lien avec les enquêtés ayant déclaré 4 victimations ou plus. A l'autre extrémité de l'axe 1, se situent les professionnels qui estiment que leur métier est bien considéré. Ils évoquent l'image d'un « beau métier », le « respect de la blouse blanche » ou encore « l'utilité » du métier ainsi que la « reconnaissance des patients ». Ces modalités sont en lien avec une victimation inexistante ou unique. Entre ces deux extrêmes, se positionnent les autres enquêtés, estimant que leur métier est assez mal considéré, mentionnant à la fois des éléments relevant de leurs conditions de travail – « Charge de travail/contraintes » – et des usagers – « manque de respect », « exigences » – ainsi qu'une « mauvaise image » et une « méconnaissance du métier ». Ces modalités sont à proximité des enquêtés ayant déclaré de 2 à 3 victimations.

Le manque de reconnaissance professionnelle est ainsi associé au manque de moyens (financiers, matériels et humains) pour « bien travailler » ainsi que les attentes exprimées en

direction de l'établissement ou du service le montrent : « *que l'on nous donne les moyens de travailler correctement* » (obs. 360) ; « *manque de moyen, de personnel pour faire ce qui est demandé* » (obs. 397) ; « *nous fournir les moyens d'exercer correctement nos missions* » ; ou encore : « *donner l'effectif en fonction de la charge de travail pour un travail de qualité* » (obs. 301). « Bien travailler » consiste à développer un soin relationnel, qui, comme le montrait Acker (2004), est au cœur du métier de soignant. Ce type de soin demande de passer du temps auprès du patient, temps que les professionnels disent ne pas avoir suffisamment : « *avoir plus de temps à leur consacrer afin de les satisfaire* » (obs. 264) ; la charge de travail étant mentionnée de manière récurrente dans ces attentes : « *plus de personnel dès que possible car augmentation de la charge de travail* » (obs. 103) ; « *plus de personnel : pool de remplacement, calcul des effectifs en fonction de la charge de travail* » (obs. 307).

Ces verbatim, parmi d'autres, sont à mettre en relation avec l'intensification du travail identifiée dans différents travaux comme un des effets des réformes managériales, qui, « en tentant d'accroître la productivité des soignants réduisent le temps qu'ils peuvent passer auprès de chaque patient » (Belorgey, 2010, 224). L'insuffisance de temps pèse sur la relation aux usagers et à leurs proches. Ce verbatim est significatif à cet égard : « *De manière générale, cela se passe plutôt bien mais il est de plus en plus nécessaire de dialoguer avec les usagers (famille). Cela prend du temps, temps que nous n'avons pas* » (obs. 250). Ce temps constitue un facteur de tension dans la relation aux usagers à qui l'on demande patience et compréhension : « *compréhension quant à la surcharge de travail, le temps nécessaire à avoir des examens* » (obs. 49).

Le traitement des données donne ainsi à voir des soignants dont l'exercice professionnel se construit dans la gestion de la tension entre demandes des usagers et moyens alloués par l'administration, la non reconnaissance de la réalité du métier par la hiérarchie mettant en difficulté la réalisation du cœur même du métier de soignant, le soin relationnel.

Conclusion

La violence, appréhendée à partir des déclarations par les soignants sur les situations qu'ils jugeaient les plus marquantes, apparaît pour eux comme une expérience significative. Cette expérience est significative sur le plan quantitatif puisque 57 % des enquêtés déclarent au moins une victimation ; elle l'est également en termes d'intensité, puisque plus de 21 % de ces professionnels indiquent avoir subi des victimations à répétition (4 victimations et plus). Elle l'est également sur le plan du vécu professionnel, celle-ci s'inscrivant dans l'activité centrale que constitue la prise en charge de l'usager. Loin d'être importée de l'extérieur, de relever d'une menace de la cité, l'expérience de violence s'inscrit ainsi au sein des interactions usagers-professionnels. Elle s'actualise en multiples incidents émaillant un quotidien professionnel se révélant sous tension.

La prise en compte de la qualification des enquêtés dans la définition de situations comme violentes fait émerger le poids des normes professionnelles dans la lecture de la violence. Les normes professionnelles du secteur sanitaire et médico-social définissent les rôles de chacun dans les relations de service ; l'écart à ces normes, visible dans les interactions à travers des divergences de perspectives et d'intérêts, tend à révéler une dynamique de « tensions confrontationnelles » (Collins 2004). Ainsi, le « rapport de servitude », la « non observance » du patient, l'usager considéré comme responsable de son état de santé, ou l'exécution du

« sale boulot » constituent différents éléments tendant à peser sur la qualification professionnelle d'une situation comme violente.

Cette expérience se construit dans un contexte marqué par une reconfiguration des relations entre usagers et soignants et un contexte de confrontation entre logiques de soin et logiques managériales mettant à mal le soin relationnel et donc le fondement même de la légitimité des soignants. La légitimité est liée au pouvoir, pouvoir de définir son territoire et ses prérogatives (Aïach & Fassin, 1999), ce pouvoir se réduisant d'un côté avec les nouveaux droits des usagers et de l'autre avec le nouveau management public et les exigences de performance. L'expression victimaire apparaît alors à la fois manifestation d'une identité professionnelle meurtrie et tentative de peser sur les rapports sociaux de travail dans une revendication identitaire ou, pour le moins, dans une quête de reconnaissance professionnelle.

Cécile CARRA

Université d'Artois
Maison de la recherche Bât. I
9 rue du Temple - B.P. 10665
62030 ARRAS Cedex
France
cecile.carra@univ-artois.fr

Déborah RIDEL

Université d'Artois
Maison de la recherche Bât. I
9 rue du Temple - B.P. 10665
62030 ARRAS Cedex
France
deborah.ridel@univ-artois.fr

Bibliographie

- ACKER F., Les infirmières en crise ? *Mouvements*, 2004, 2, 32, 60-66.
- ADAM P., HERZLICH C., 2009, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.
- AÏACH P., FASSIN D., Ed., 1999, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica.
- BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte.
- CARRA C., FAGGIANELLI D., 2011, *Les violences à l'école*, Paris, PUF.
- CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- CHAPELL D., DI MARTINO V., 2000, *La violence au travail*, Genève, Bureau International du Travail.
- CINTAS C., 2013, *Violence au travail : l'organisation en débat*, Cormelles-Le-Royal, EMS, Management et Société.
- CLAVERIE E., LENCLUD G., JAMIN J., Une ethnographie de la violence est-elle possible ? *Études rurales*, 1984, 95-96, 9-22.
- CLÔT Y., 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- COLLINS R., 2004, *Interaction ritual chains*, Princeton University Press.
- CORCUFF P., 1996, Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion, *Recherches et prévisions*, 45, 1, 27-35.
- DAVEZIES P., 2001, Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social, *Performances, Stratégies et facteur humain*, 1, 4-7.
- DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France*, Paris, Seuil.
- DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard.
- DI MARTINO V., HOEL H., COOPER C., 2003, *Preventing violence and harassment in the workplace*, Luxembourg, Eurofound.
- FREIDSON E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- FREUDENBERGER H.J., Staff burnout, *Journal of social issues*, 1974, 30, 159-165.
- FREUDENBERGER H.J., 1987, *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*, Québec, Gaëtan Morin.
- GHEORGHIU M.D., MOATTY F., 2011, *La violence dans le travail hospitalier*, Toulouse, Octares.
- GHEORGHIU M.D., MOATTY F., 2013, *L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Liaisons.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Ed de Minuit.
- HIRIGOYEN M.F., 1998, *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte.

- HUGHES E., 1971, *The sociological eye*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- HUGHES E., 1996, Le drame social du travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1, 115, 94-99.
- JEANTET A., 2003, À votre service ! La relation de service comme rapport social, *Sociologie du travail*, 45, 191-209.
- KARASEK R.A., THEORELL T., 1990, *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Book.
- LE GOFF J.P., 2000, *Les illusions du management*, Paris, La Découverte.
- LEYMAN H., 1990, Mobbing and psychological terror at workplaces, *Violence and Victims*, 5, 119-126.
- LEYMAN H., 1996, The content and development of mobbing at work, *European Journal of work and organizational psychology*, 5, 2, 165-184.
- LHUILER D., GIUST-DESPRAIRIES F., LITIM M., (eds.), 2010, Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10.
- MICHAUD Y., 1999, *La violence*, Paris, PUF.
- MICHAUD Y., 2002, *Changements dans la violence*, Paris, Odile Jacob.
- MIKOL F. Ed., BARLET M., MARBOT C., 2016, Portrait des professionnels de santé, Document de travail, DREES Série Études et Recherche, 134.
- MONCEAU M., 2003, À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes, in PIDOLLE A., THIRY-BOUR C., Ed., *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Paris, Erès, 121-126.
- MONJARDET D., 1996, *Ce que fait la police*, Paris, La Découverte.
- OGIEN A., 1986, L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers, in *Revue française de sociologie*, 27, 1, 29-46.
- POILPOT-ROCABOY G., 2010, Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique, 2010, *Humanisme et Entreprise*, 1, 296, 9-24.
- SAINSAULIEU I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs*, Paris, Belin.
- SAINSAULIEU R., 1977, *L'identité au Travail*, Paris, P.F.N.S.P.
- SIEGRIST J., 1996, Adverse Health Effects of High-effort/Low-rewards Conditions, *J. Occup Health Psychol.*, 1,1, 27-41.
- STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'harmattan.
- STROBEL P., 1993, L'usager, le client et le citoyen : quels rôles dans la modernisation du service public ?, *Recherches et Prévisions*, 32, 31-44.
- THOMAS W.I., 1923, *The unadjusted girl*, Boston, Little, Brown and Company.
- VEGA A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- VEGA A., 2007, *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris DeBoeck-université.
- WELLER J.M., 1998, La modernisation du service public : évolution des approches ces dix dernières années, in *Recherches et Prévisions*, 54, 85-92.

WYNNE R.N., CLARKIN N., COX T., GRIFFITHS A., 1997, Guidance on the prevention of violence at work, *Commission européenne* (DG Emploi), *Office des publications officielles des Communautés européennes*, Luxembourg.

Annexes

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon les services ou établissements d'exercice
(Réponse multiple possible)

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	34	7,7
Urgences	109	24,5
Psychiatrie	105	23,6
EHPAD	88	19,8
Médecine	63	14,2
Chirurgie	33	7,4
Maternité, obstétrique, gynécologie	5	1,1
Pédiatrie, néonatalogie	3	0,7
Unités de soin	13	2,9
Soins de suite et rééducation	13	2,9
Autres	16	3,6

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon leur sexe

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	12	2,7
Masculin	82	18,5
Féminin	350	78,8
Total	444	100

Tableau 11: Répartition des enquêtés selon leur âge

	Nombre de réponses	Observations (en %)
Non-réponse	32	7,2
< 21 ans	3	0,7
De 21 à 27 ans	97	21,8
De 28 à 34 ans	94	21,2
De 35 à 41 ans	80	18,0
De 42 à 48 ans	67	15,1
49 ans et +	71	16,0
Total	444	100

FR-La réalisation d'une enquête de victimation, demandant à des professionnels de santé les violences qu'ils avaient subies, a permis de repérer les situations dans lesquelles elles s'inscrivent, à en définir les formes et la fréquence, ainsi que les enjeux. L'expérience de violence est étudiée à partir du vécu du professionnel qui est réinscrit dans les rapports sociaux de travail. L'analyse des données recueillies auprès de 444 soignants fait apparaître que les déclarations de victimation constituent non seulement la manifestation d'un vécu éprouvant mais qu'elles sont aussi expression d'une identité professionnelle et moyen pour peser sur les rapports sociaux au sein de l'organisation.

**Violent victimisation in the health sector.
A professional experience in North of France**

Conducting a victimization survey with caregivers, asking what sort of violence they had suffered, allows us to identify the situations in which violence takes place. Describing the forms, frequency and consequences of this violence underlines the importance of inscribing individual experience of violence in working relationship. The analysis of the data collected from 444 caregivers indicates that victimization reports are not only the expression of an personal ordeal but can also characterize caregivers' professional identity and their possibility of influencing social relations within the organization.

Key words :

Experience of violence, health professionals, victimisation survey, professional identity, social relationships