

Etude des violences exercées envers le personnel soignant dans un service des urgences

N. Krichah, J. Hsinet, A. Benzarti, R. Laroussi, S. Bouselmi, A. Ben Jemâa

Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles, CHU La RABTA

RÉSUMÉ

Introduction : La violence est un phénomène social en émergence qui envahit de plus en plus le monde de travail. Le milieu hospitalier n'échappe plus à ce phénomène, et en particulier les services des urgences. La violence au sein de ces structures est multifactorielle, multiforme et présente un danger patent, car au-delà de son impact sur la santé mentale et physique des soignants, elle porte atteinte à la qualité et à l'efficacité des soins prodigués. Les objectifs de notre étude étaient d'identifier la fréquence et la nature des actes de violences au service des urgences, de décrire le profil des agressés et des agresseurs, d'étudier les facteurs favorisant cette violence et d'évaluer son retentissement sur l'état mental et physique des victimes.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, qui s'est basée sur un questionnaire préétabli, rempli auprès de 70 personnels soignants affectés au service des urgences de l'hôpital universitaire de Bizerte. L'étude s'est déroulée entre Mars et Avril 2017 et a intéressé les actes de violence vécus et/ou observés durant les douze mois précédant l'enquête.

Résultats : Le taux des réponses au questionnaire était de 100% soit 70 participants. Notre population était relativement jeune ayant un âge moyen de $40,5 \pm 10,5$ ans, il s'agissait de 36 hommes (51,4%) et de 34 femmes (48,6%), presque les deux tiers entre eux (77%) étaient des personnels paramédicaux. La totalité des enquêtés (100%) étaient victimes et /ou témoins de la violence dans toutes ses formes. Il s'agissait d'incivilité (91,4%), de violence verbale (97,1%) et de violence physique (41,4%). Les acteurs de violence étaient essentiellement de sexe masculin (83,8%), et qu'ils étaient dans 95,8 % des accompagnants du malade. Les principaux facteurs précipitant les actes de violence étaient la longueur excessive du temps d'attente avant la consultation (98,6%), suivi par la qualité de la prise en charge jugée insuffisante (65,7%). Les pics des violences survenaient le soir (34,3%), l'après-midi (31,2%) et principalement au cours des jours fériés et les weekends ($p < 0,0001$). Les conséquences de l'agression étaient rarement physiques (10%) et essentiellement psychologiques (81,8%) représentées, par le sentiment d'insécurité (46,8%), de démotivation (29,7%), d'anxiété et de panique (23,4%). Par ailleurs, la majorité de la population d'étude ont rapporté l'influence de la violence sur la qualité de prise en charge des malades (78,5%). Pour faire face à la violence, les enquêtés ont proposé comme solutions le renforcement des mesures de sécurité (85,7%), l'amélioration de tri des malades (75,7%) et l'augmentation du nombre des personnels soignants (57,1%).

Conclusion : Les situations de violence aux urgences sont très diverses, elles génèrent souvent des conséquences lourdes tant sur le plan individuel que sur le fonctionnement collectif. C'est pourquoi il faut dénoncer la violence, intégrer sa prévention dans la conception des locaux et l'organisation du travail et envisager la mise en place de mesures sécuritaires applicables et efficaces.

Mots-clés:

violence – urgences - personnel de santé - hôpital

INTRODUCTION

La violence est un phénomène social en émergence qui envahit de plus en plus le monde de travail. Le milieu hospitalier n'échappe plus à ce phénomène, et en particulier les services des urgences, où la violence à l'encontre des personnels de soins est devenue une réalité quotidienne. La violence

au sein de ces structures est multifactorielle, multiforme et présente un danger patent, car au-delà de son impact sur la santé mentale et physique des soignants, elle porte atteinte à la qualité et à l'efficacité des soins prodigués. Cet article ouvrira une piste de réflexion sur la perception de la violence aux urgences comme un risque professionnel, mais

aussi comme un enjeu de la santé publique. Afin d'évaluer ce risque, nous avons mené cette étude qui a pour objectifs :

- * Identifier la fréquence et la nature des actes de violences au service des urgences.
- * Décrire le profil des agressés et des agresseurs.
- * Etudier les facteurs favorisant cette violence.
- * Evaluer son retentissement sur l'état mental et physique des victimes

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Matériels : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive portant sur la violence externe exercée sur les personnels de soins au sein du service des urgences de l'hôpital universitaire de Bizerte durant les douze derniers mois précédant l'enquête. Cette dernière s'est déroulée entre Mars 2016 et Avril 2017.

L'enquête s'est intéressée à la violence verbale, la violence physique et l'incivilité. On définit, ainsi, ces différentes formes de violence :

- La violence verbale : elle regroupe les menaces, insultes, remarques désobligeantes et dégradantes.
- La violence physique : violence exercée sur le corps de la victime, portant atteinte à son intégrité par des coups et des blessures.
- L'incivilité : une action ou parole contraire à la civilité, un geste avec manque de respect.

2. Méthodes : Le recueil des données s'est basé sur un questionnaire anonyme, auprès du personnel soignant affecté au service des urgences ayant accepté d'y participer. Le questionnaire a étudié les paramètres suivants :

- o Les caractéristiques socioprofessionnelles des victimes de violences : âge, sexe, état civil, ancienneté et grade.
- o Description des types de violence dont le participant était témoin et victime durant les douze mois précédant l'enquête.
- o L'étude des agressions subies par le personnel de soins au cours des 12 derniers mois : nature de l'acte, tâche exercée lors de la violence, le jour du travail et l'horaire, le statut de l'agresseur, les motifs déclenchant et les différentes conséquences physiques, psychiques et médico-légales de la violence.
- o La planification des différentes mesures préventives et les recommandations possibles

3. Analyse statistique : Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart type. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage. Pour les variables qualitatives, l'analyse des données a été réalisée à l'aide du test de Chi 2 de Pearson. La différence entre deux variables a été considérée comme significative si $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Tous les personnels soignants affectés au service des urgences ont répondu au questionnaire, soit 70 participants. Il s'agissait d'un taux de réponse de 100%.

Données socio- professionnelles : L'âge moyen des soignants était $40,5 \pm 10,5$ ans avec des extrêmes allant de 24 à 59 ans. Il s'agissait de 36 hommes (51,4%) et 34 femmes (48,6%). Concernant le grade professionnel, il s'agissait essentiellement de personnel paramédical, dont des infirmiers (40%) et des techniciens supérieurs en soins d'urgences (12,9%). Par ailleurs, le personnel médical représentait 22,9% de la population. L'ancienneté moyenne dans le poste était de $9,6 \pm 9$ ans. La majorité de personnel (70%) effectuait des rotations aux box des urgences médicales et chirurgicales.

Etude de la violence exercée : La totalité des personnels de soins (100%) étaient victimes et /ou témoins de la violence dans toutes ses formes

Etude de la violence observée : En étudiant la violence observée, la violence verbale et l'incivilité étaient en tête de liste (100%) suivies par la violence physique (90%). Pour l'incivilité, environ trois-quarts (72,9%) en étaient, très fréquemment, témoins. Pareillement pour la violence verbale (82,9%). En ce qui concerne la violence physique, presque la moitié (52,9%) a rarement observé ce type de violence.

Etude de la violence subie : L'étude de la violence vécue a révélé que la majorité était victime de violence verbale (97,1%) et d'incivilité (91,4%). Par ailleurs, la violence physique était rapportée par 41,4% des enquêtés (Figure N°1). La moitié des enquêtés était très fréquemment victime de violence verbale (50%) et un tiers l'était pour l'incivilité (35,7 %). Cependant, seulement 8,6 % ont rapporté qu'ils étaient très fréquemment victimes de violence physique.

La répartition du genre selon le type de violence n'a pas démontré de différence statistiquement significative pour l'incivilité ($p=0,36$), la violence verbale ($p=0,26$) et la violence physique ($p=0,1$).

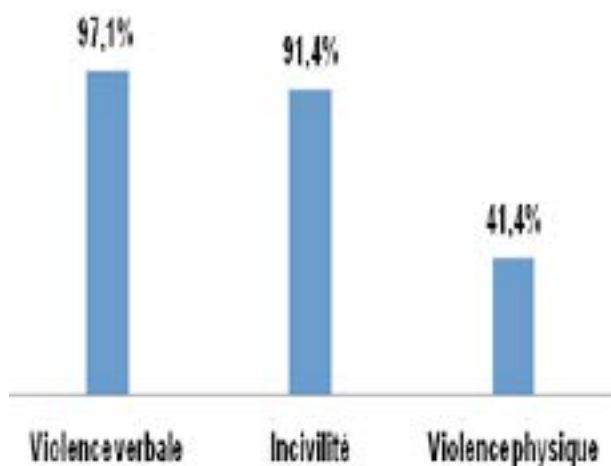


Figure 1 : Nature de la dernière agression subie lors des 12 derniers mois effectuées

L'étude du grade professionnel des victimes a démontré que les personnels paramédicaux étaient plus exposés à la violence verbale ($p=0,035$). Toutefois, on n'a pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'ancienneté ≤ 5 ans et la violence subie ($p=0,47$) ou observée ($p=0,24$).

Les incidents de violence rapportés ont eu lieu à la salle d'attente (72,9%) et les box de consultation (65,7%). Par ailleurs, la violence a été moins fréquente à la salle de déchoquage (27%). En étudiant la tâche exercée par la victime lors de l'incident violent, les enquêtés ont rapporté que la violence a eu lieu, dans 82 % des cas, alors que le personnel prenait en charge un autre patient.

L'étude de l'horaire de la violence a permis de conclure que les pics des violences survenaient essentiellement le soir (34,3%) et l'après-midi (31,2%). Une association significative a été retrouvée entre le survenu des actes de violence et le travail en jour férié et les weekends ($p<0,0001$).

L'étude des facteurs favorisant la survenue de la violence, avait conclu que la longueur excessive du temps d'attente avant la consultation et avant l'avis spécialisé était le principal facteur précipitant les actes de violence (98,6%) avec une association significative avec tout type de violence ($p=0,02$). Par ailleurs, la prise en charge médicale jugée insuffisante représentait le deuxième facteur responsable de violences (65,7%) avec une association significative avec la violence verbale ($p=0,01$). (Figure N°2)

La réaction de l'agressé face à l'acte de violence était essentiellement verbale (67,1%), associée dans plus que la moitié des cas à une interruption du travail (58,6%). Par ailleurs, seulement 7,1% des victimes ont déclaré la violence en tant qu'accident

de travail et un quart des agressés ont entamé une poursuite judiciaire contre l'agresseur (28,6%).

Le soutien que reçoit la victime suite à l'agression provient essentiellement de ces collègues (88,6%) et le supérieur hiérarchique (70%). Par contre, seulement 20% ont été soutenu par l'administration de l'hôpital.

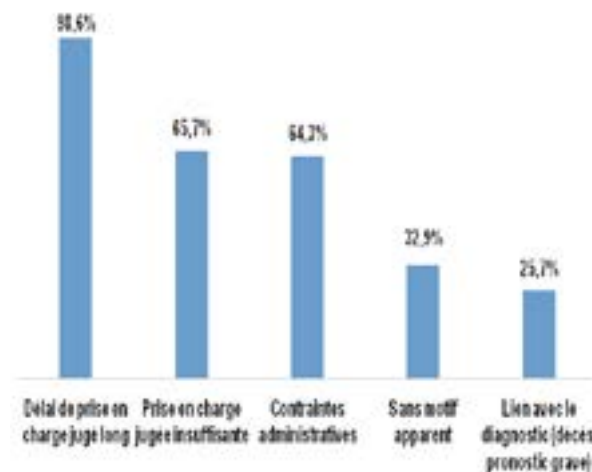


Figure 2 : Les principaux facteurs incriminés dans la survenue de la violence

Profil de l'agresseur : L'étude du statut de l'agresseur a permis de noter que les accompagnants des malades étaient souvent les acteurs de violence (95,8%). Il s'agissait le plus souvent d'homme (83,8%), relativement jeune, appartenant à la tranche d'âge comprise entre 20-40 ans (95,7%). L'agresseur avait le plus souvent un profil particulier (toxicomanie et/ou état d'ivresse et/ou traits psychologiques pathologiques) dans 67,1% des cas.

Retentissement de la violence sur l'état mental et physique des victimes : Les conséquences physiques de l'agression étaient signalées chez seulement 10 % des victimes, il s'agit de contusions multifocales (7%) et de fractures des os propres du nez (2,8%). Par ailleurs, un retentissement psychologique important a été noté chez la plupart des enquêtes (81,8%) à type d'un sentiment d'insécurité (46, 8%), de démotivation (29,7%) et de panique (23,4%). (Tableau N°1)

La violence avait une nette influence sur la qualité de prise en charge des malades qui était rapportée par la majorité des personnels soignants (78,5%).

Mesures préventives et les recommandations proposées par les victimes : Afin de faire face à la violence exercée au service des urgences les enquêtés ont insisté sur le renforcement des mesures sécuritaires notamment l'augmentation du

nombre des agents de sécurité ainsi que la création d'un poste de police au sein de l'hôpital. En outre, l'amélioration du tri des malades selon le niveau de gravité et l'augmentation du nombre de personnels soignants étaient parmi les principales solutions proposées. (Tableau N°2)

Tableau 1 : Retentissement de la violence sur les victimes

Type de séquelle	Effectif	Pourcentage (%)
Séquelles physiques	6	10%
Contusions multifocales	4	7%
Fracture des os propres du nez	2	2,8%
Séquelles psychiques	49	81,8%
Sentiment d'insécurité	28	46,8%
Démotivation	17	29,7%
Angoisse et panique	14	23,4%
Absence de retentissement	5	8,2%

Tableau 2 : Les différentes mesures préventives et recommandations proposées par les victimes

Solutions proposées	Effectif	Pourcentage (%)
Renforcement des mesures sécuritaires	51	85,7%
Amélioration du tri des malades selon la gravité	45	75,7%
Augmentation du nombre de personnel soignants	34	57,4%
Aménagement des locaux des urgences	31	51,4%
Organisation des cycles de formation continue à la gestion de la violence	14	22,9%
L'engagement de poursuites judiciaires contre les auteurs des agressions	12	20%
Mise en place d'une démarche plus facile pour l'inscription des malades	10	15,7%

DISCUSSION

Ces dernières années, la violence au sein des établissements de soins et en particulier aux urgences, n'est plus un épiphénomène. Elle a pris une signification particulière puisqu'elle a violemment retenti sur les conditions de travail du personnel et sur la qualité de prise en charge des malades. La prévalence de violence

dans les hôpitaux est variable selon les pays, selon les formes d'agression et les catégories professionnelles étudiées. Cependant, dans la plupart des études, des prévalences élevées ont été observées [1]. Selon le bureau international du travail, la prévalence de la violence physique et psychique à l'égard du personnel de soins en 2014 était de l'ordre de 67,2% en Australie, de 61% en Afrique du sud, de 54% en Thaïlande, de 46,7% au Brésil et de 41% en Liban [2].

En France, selon l'observatoire national des violences en milieu hospitalier. Le nombre d'actes de violence déclarés augmente chaque année [3]. En 2012, 11344 actes de violence ont été déclarés auprès de l'observatoire, dont la plupart au service de psychiatrie (25%) et aux urgences (14%) [4].

En Tunisie, on ne dispose pas d'enquête nationale récente étudiant le phénomène de la violence hospitalière. La plupart des données épidémiologiques proviennent de publications des résultats des études monocentriques, de petites séries et des registres d'accidents de travail déclarés.

Dans notre série, la totalité des personnels de soins (100%) étaient victimes et/ou témoins de la violence dans toutes ses formes. La majorité étaient victimes de violence verbale (97,1%) et d'incivilité (91,4%), alors que, la violence physique était signalée par 41,4% des enquêtés. Ces résultats rejoignent les résultats de la plupart des études et que malgré leurs différences aussi bien méthodologiques que sociales elles ont conclu que la violence verbale est, évidemment, plus fréquente que la violence physique [5, 6, 7].

La répartition du genre selon le type de violence n'a pas démontré de différence statistiquement significative pour les différentes formes de violence. Par opposition à d'autres études, où le personnel hospitalier masculin était le plus exposé au risque de violence du fait de leur affectation dans des services à risque tels que les services des urgences et du fait de leur sollicitation en cas de comportement agité ou agressif [1].

L'étude du grade professionnel des victimes a démontré que les personnels paramédicaux étaient plus exposés à la violence verbale ($p=0,035$) ce qui concorde avec la majorité des études. Ceci peut s'expliquer par une présence physique à proximité du patient, plus fréquente par rapport aux autres catégories. Le personnel médical semble présenter un risque moindre, en raison du contact plus court, plus ciblé et pas toujours isolé [3, 8, 9, 10, 11].

Selon Jmal et col, les victimes ayant une ancienneté inférieure à 5 ans ont représenté le groupe le plus touché par la violence [12]. De même Selon Ladhari

et col, les victimes de violence appartiennent le plus souvent à la tranche d'ancienneté la plus faible [1]. Ceci peut être expliqué par le manque d'expérience à désamorcer les situations de conflits et à identifier les personnes à risque de passer à l'acte. Toutefois, notre étude n'a pas confirmé cette constatation.

Nous avons mis en évidence que les pics de violence survenaient l'après-midi et la nuit avec une association significative avec les jours fériés et les weekends ($p < 0.0001$). Ces horaires signalés correspondent aux pics de consultations où l'équipe soignante est moins nombreuse. Les constatations sont variables selon les études, plutôt le matin ou en fin de journée et au moment de la prise des médicaments ou des repas [1,12, 13, 14,15].

Différentes études ont démontré que la raison principale d'agression était le délai d'attente jugé trop long. La frustration, l'anxiété et l'incompréhension sont souvent en cause [16, 17, 18]. Cette notion est également retrouvée dans notre étude, comme le principal facteur précipitant la violence.

Concernant le profil des agresseurs la majorité des séries signalent que les patients sont les principaux acteurs de violence [1, 12, 15, 18,]. Toutefois, dans notre étude, les agresseurs étaient souvent les accompagnants des malades (95,8%). Le profil de l'agresseur dressé à partir de nos résultats, est similaire à celui décrit dans la littérature. Il s'agissait le plus souvent d'homme, jeune, souvent sous l'emprise d'alcool et/ou de substances illicites [1, 17, 19]. Par ailleurs, la pathologie psychiatrique et le contexte socioculturel représentent des déterminants importants de l'agression selon Laboured et col [16].

Les conséquences physiques de l'agression, sont relativement bénignes et superficielles. Notre situation est de loin moins alarmante que celle décrite dans d'autres études où la violence aboutit à des

meurtres sur les lieux du travail. En effet, une étude faite par Goodman et col aux Etats Unis a objectivé 106 meurtres de personnels soignants à l'hôpital en 10 ans [20].

De nombreuses études ont signalé des séquelles psychiques importantes suivant l'agression, se traduisant par une anxiété, un sentiment d'insécurité, une perte de confiance en soi pouvant évoluer vers la dépression sévère voir même vers l'épuisement professionnel [17,12]. Les mêmes constatations ont été rapportées dans notre enquête.

Une sous déclaration des actes de violence par les victimes était soulignée dans notre série. En effet, la perception d'inutilité de la déclaration et des retombés attendus et l'impression de banalité devant la violence notamment verbale, engendrent, une apparente tolérance ou plutôt une résignation.

Cette attitude est d'ailleurs signalée dans la plupart des études nationales et internationales en milieu de soins [1].

Il est important de planifier les différentes mesures préventives à fin de réduire les actes de violence et leurs impacts sur la santé des soignants et la qualité des soins. Le renforcement des mesures sécuritaires, un meilleur tri des malades et l'augmentation du nombre du personnels sont des solutions approuvées par la plupart des enquêtés. Mais au-delà de ses solutions envisageables, il est indispensable de planifier des programmes de formation continue à la gestion de la violence pour les soignants et d'insister sur l'optimisation de la prise en charge médicale, psycho-sociale, administrative et juridique de la victime [18,21].

En effet, notre étude présente des limites. Il s'agit d'une étude monocentrique dont l'effectif limité amène à une grande prudence dans les conclusions. Par ailleurs, on s'est intéressé seulement à la violence verbale, physique et l'incivilité alors que d'autres formes de violence sont décrites notamment la menace, le harcèlement sexuel et les atteintes aux biens. La restriction de 3 types de violence peut diminuer les fréquences trouvées et affecte la comparaison aux autres études. En outre, on s'est intéressé à la violence au cours des 12 derniers mois, ceci ne reflète pas la réalité de la violence observée ou subie en dehors de cette période.

CONCLUSION

Les situations de violence aux urgences sont très diverses, elles génèrent souvent des conséquences lourdes tant sur le plan individuel que sur le fonctionnement collectif. C'est pourquoi il est indispensable de dénoncer la violence et de mettre en place des mesures préventives structurelles, organisationnelles et sécuritaires applicables et efficaces.

RÉFÉRENCES

1. Ladhari N, Fontana L, Faict TW, Gabrillargues D, Millot-Theïs B, Schoeffler C et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Arch Mal Prof Env 2004;65:557-63.
2. Organisation mondiale de la santé, OMS 2014. Selon une étude récente, la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. Disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/index.html>
3. Lelièvre N. La violence en milieu hospitalier : analyse des données 2010 de l'Observatoire national des violences. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement 2011 ; 12 : 196-199.
4. Aubared C. Violences et incivilités des usagers dans un service d'urgences ophtalmologiques : exploration qualitative de l'expérience du personnel soignant. Thèse de doctorat en

- médecine. Faculté de Médecine de Lyon 2013. Disponible à l'URL: <http://santé-travail.univ-lyon.fr/accueil.htm>.
5. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: A national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med* 2011; 40:565-79.
 6. Gascón S, Leiter MP, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2013; 22:3120-9.
 7. Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace - a descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs* 2013; 22:798-805.
 8. European Agency for Safety and Health at work, EU-OSHA 2011. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Disponible à l'URL: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>
 9. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques DARES 2007. Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales. Disponible à l'URL: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2007.04-15.1.pdf>
 10. Damblemont A., Molenda S., Assez N., Devos P., Goldstein P., Sobaszek et col. Violences aux urgences: mythe ou réalité ? Etude rétrospective multicentrique départementale. *Arch Mal Prof Env* 2006; 67 : 285-286.
 11. Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Ruud J G et col. Risk Factors Associated With Patient and Visitor Violence in General Hospitals: Results of a Multiple Regression Analysis. *Int J Nurs Stud* 2013 ; 50: 374-385.
 12. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S. Les agressions sur les lieux du travail en milieu hospitalier à propos de 107 cas. *Arch Mal Prof Env* 2006;67:626-30.
 13. Organisation mondiale de la santé OMS 2002. Rapport mondial sur la violence et la santé. Disponible à l'URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf
 14. Bureau International du Travail, BIT 2003. Workplace violence in the health services. Disponible à l'URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/publication/wcm_s_161953
 15. Observatoire national des violences en milieu de soins, ONVS 2011. Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier. Disponible à l'URL: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-de-l'observatoire-national-des-violences-en-milieu-hospitalier-rapport-2010-remis-en-fevrier-2011/>
 16. Labourel H, Mausset V, Bihoreau H, Nardi JM, Forel A, Gautier T, Fusciardi J et col. La violence dans les services des urgences évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisienne. *Ann Fr Med Urgence* 2015 ; 5 : 226-237.
 17. Casolino E, Choquet C, Thomas S, Erhel S, Cossard P et al. La violence dans les services des urgences évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisienne. *Ann.Fr.Med.Urgence* 2015, 5 : 226-237.
 18. Bataille B, Mora M, Blasquez S, Moussot P.E, Silva S, Coquet P. Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013 ; 32 :165-169.
 19. Akrouf M, Khalfallah T, Bchir N, Chaari N, Hanchi A, Mrizak N et al. Etudes des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers Tunisiens. *Arch Mal Prof Env* 2003; 64:13-7.
 20. Goodman RA. Workplace-related homicide among health care workers in the USA: 1980 through 1990. *JAMA* 1994; 272: 1686-8.
 21. Lefevre-Darnajou K. La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit. *Médecine & Droit* 2004 : 54-66.