

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 19 octobre 2015 à Poitiers  
par **Mr Pierre-Alexis BOURRY**

Evaluation de l'impact de la violence subie par le  
personnel médical et paramédical des services  
d'urgence du Poitou-Charentes.

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

**Membres** :  
Monsieur le Professeur Denis ORIoT  
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON  
Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 19 octobre 2015 à Poitiers  
par **Mr Pierre-Alexis BOURRY**

Evaluation de l'impact de la violence subie par le  
personnel médical et paramédical des services  
d'urgence du Poitou-Charentes.

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

**Membres** :  
Monsieur le Professeur Denis ORIoT  
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON  
Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOJA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie



**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Pour la qualité de votre enseignement.

Pour votre investissement dans l'évolution de la médecine d'urgence.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Denis ORIOT,**

Vous me faites l'honneur de votre présence.

Pour m'avoir fait découvrir l'importance de la formation par simulation.

Pour votre professionnalisme et votre sympathie.

Soyez assuré de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,**

Vous me faites l'honneur d'analyser et critiquer mon travail.

Votre expertise psychologique est essentielle dans ce sujet non limité au domaine des urgences.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Mathieu Violeau,**

Tu m'as donné l'envie de produire un travail de qualité.

Tu m'as rassuré et épaulé.

Pour ta disponibilité et ta motivation inépuisable.

Sois assuré de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR,**

Tu me fais l'honneur de participer à cette soutenance.

Tu m'as donné l'opportunité de me former comme médecin urgentiste.

Merci de m'avoir convaincu de poursuivre dans cette voie.

**A Monsieur le Docteur Marc-Arthur LOKO**

Sans qui les statistiques de cette thèse n'auraient pas existé.

Merci pour vos compétences et le temps que vous avez su m'accorder.

**Au service de médecine interne de Châtellerault**, pour votre polyvalence et votre sympathie. Merci pour votre excellent encadrement au début de mon internat. A Babeth, merci pour ta bienveillance.

**Aux Docteurs KANDEL, LAFARGUE et TOURAINE**, vous m'avez montré l'importance de la relation médecin-malade. Merci de m'avoir fait découvrir et apprécier la pratique de médecine générale.

**Au service des urgences pédiatriques du CHU de Poitiers**, vous m'avez ouvert au monde des enfants. Ce fut un plaisir de découvrir les subtilités du nourrisson avec chacun d'entre vous.

**Au service de réanimation chirurgicale du CHU de Poitiers**, vous m'avez appris la rigueur et le raisonnement. Ce fut un privilège de travailler et d'apprendre à vos côtés.

**Au service des urgences, SAMU, SMUR de l'hôpital de Niort**, vous m'avez accueilli à bras ouverts. Merci pour votre implication dans ma formation d'urgentiste.

**A mes co-internes**, qui m'ont permis de m'épanouir pendant ces 3 années : Mélo, Marie, Anaïs, Jérémy, Virginie, Clément, Glory, Adélie, Anne-Flore, Vincent, Clara, Cécile, Sébastien, Dounia, Jean, Julien, ...

**A JC et Joe**, nous avons tant partagé, j'espère continuer longtemps cette amitié.

**A Dim et Benji**, mes « sous-colleurs », nous avons clôturé l'externat en beauté.

**A mes amis collégiens, lycéens et d'ailleurs** : Anthony, Seymi, Thomas, Elodie P, Ambroise, Benjamin M, Mokette, Camille, Aude, Sylvain, Céline, Loïc, Mario, Rolly, Nico Deb, Benjamin S, Elodie T, Natacha, Lorraine... et toutes ces rencontres au fil des années.

**A mes Parents Patrice et Véronique**, pour tout le bonheur que vous m'avez procuré, pour m'avoir permis de devenir la personne que je suis.

**A mon frère Arthur**, pour ta présence, ton innocence, qui ont été un réel soutien. Continue ton chemin, tu es sur la bonne voie.

**A mon oncle, ma tante, Lise, Lucie et Nono**, pour tous ces moments de partage.

**A Mamie Simone et Mamie Michèle**, votre longévité me remplit de joie.

**A Christiane**, pour votre générosité, **à David**, pour ton écoute, et **à Lucile**, pour ton soutien et ta science précieuse de l'orthographe.

**A Marie**, tes petites attentions, ton envie d'aller toujours de l'avant, ma force.

**A Papy Marcel**, de là-haut tu continues de nous guider.

# SOMMAIRE

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| PREAMBULE                                                              | 9  |
| 1. INTRODUCTION                                                        | 10 |
| 2. MATERIEL ET METHODE                                                 | 12 |
| 2.1 Design et population                                               | 12 |
| 2.2 Questionnaire                                                      | 12 |
| 2.3 Analyses statistiques                                              | 14 |
| 3. RESULTATS                                                           | 15 |
| 3.1 Données sociodémographiques et professionnelles                    | 15 |
| 3.2 Incidence et type d'actes de violence subis par les professionnels | 16 |
| 3.3 Identification de facteurs ayant contribué aux actes de violence   | 20 |
| 3.4 Gestion et déclaration de l'acte violent                           | 22 |
| 3.5 Impact psychologique                                               | 23 |
| 3.6 Formation                                                          | 25 |
| 4. DISCUSSION                                                          | 26 |
| 4.1 Principaux résultats et comparaisons aux données de la littérature | 26 |
| 4.2 Biais de l'étude                                                   | 32 |
| 4.3 Ouverture sur des projets futurs                                   | 33 |
| 5. CONCLUSION                                                          | 35 |
| 6. ANNEXE                                                              | 36 |
| 7. BIBLIOGRAPHIE                                                       | 38 |
| RESUME                                                                 | 42 |
| SERMENT                                                                | 43 |



## **GLOSSAIRE**

CHU : centre hospitalier universitaire

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état

IDE : infirmier diplômé d'état

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

## PREAMBULE

*Fait d'actualité. Une femme a été condamnée à un an de prison ferme pour avoir roué de coups une infirmière du service d'urgence de l'hôpital de la Timone, à Marseille, début août 2015. Lors de son audition au tribunal, l'infirmière agressée s'est indignée : «On ne fait pas ce métier pour se faire frapper et menacer de mort.»*

Les médias s'interrogent régulièrement sur les agressions touchant les soignants. Loin d'être une nouveauté, ce phénomène réapparaît régulièrement dans l'actualité au travers de faits divers souvent violents. L'hôpital devient un lieu d'expression de la violence, témoin du mal-être de notre société.

Cette augmentation d'agressivité envers les professionnels est d'une importance majeure pour notre métier de soignant. Régulièrement, les professionnels paramédicaux et les médecins côtoyés dans les services d'urgence débriefent des expériences d'agression subies. C'est souvent un moyen, à défaut d'être le plus approprié, d'évacuer le stress et la frustration ressentis lors de ces situations. Toutefois, les insultes et l'énervement des usagers envers les soignants sont trop souvent banalisés.

J'ai réalisé cette thèse afin de m'approprier ce sujet, et de mieux comprendre les implications de la violence sur notre pratique au quotidien. Les soignants ont besoin de soutien, car l'angoisse et le stress qu'ils vivent ont un impact sur leur qualité de travail et donc sur le bon fonctionnement des services de santé. J'espère que ce travail permettra d'alerter un peu plus les autorités, grâce à des preuves certaines, sur l'enjeu de santé publique qui se trame dans nos hôpitaux.

Enfin, ce travail permettra de développer des formations adaptées aux besoins et demandes des professionnels, en nous appuyant sur les données précieuses récoltées.

# 1. INTRODUCTION

La violence envers les professionnels du secteur de la santé sur leur lieu de travail est un phénomène largement décrit dans le monde (1). Les infirmières ainsi que les médecins sont les professionnels qui ont suscité le plus d'intérêt dans la littérature. Bien que l'ensemble des professionnels soit exposé aux violences à la fois verbales et physiques, c'est la profession d'infirmier qui serait la plus exposée à l'agressivité des patients et/ou des accompagnants. Malheureusement, la sous-déclaration liée à une certaine forme de banalisation de ces actes de violence par les professionnels empêchent d'appréhender de manière efficace ce phénomène (2,3,4). Afin de mieux comprendre les raisons de cette violence envers les soignants, plusieurs études se sont focalisées sur le ressenti des professionnels (3,5-19).

Le retentissement de ces actes de violence sur les professionnels de santé victimes est multiple, tant sur le plan psychologique qu'émotionnel (20). Bien que les médias se focalisent souvent sur les agressions ayant causé le plus de blessures, la majorité des violences n'a pas de conséquence physique sérieuse mais des conséquences psychologiques certaines. L'impact psychologique est d'autant plus significatif qu'il risque de marquer la victime pour une longue période. En effet, en développant des troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression, le burn-out, ou encore l'état de stress post-traumatique, les professionnels risquent de diminuer leur satisfaction dans leur travail, leur productivité et donc la qualité des soins prodigués aux patients.

Les services d'urgence suscitent beaucoup d'intérêt dans le domaine de la violence au travail, avec un nombre exponentiel d'études sur ces vingt dernières années (2,21,22). Les urgences sont devenues la porte d'entrée principale de notre société vers le service de soins. De par leur organisation, leur fonctionnement continu, les pathologies diverses et les situations difficiles et stressantes qu'ils accueillent, ces services sont exposés à un risque accru de violence. Dans une étude européenne de 2007, 62,9% des professionnels français travaillant dans un service d'urgence ont rapporté être exposé chaque semaine voire chaque jour à des événements violents (14). C'est le taux le plus élevé dans les hôpitaux français par rapport aux autres spécialités médicales (dont la psychiatrie et la gériatrie). C'est

également le taux le plus élevé comparé à 6 autres pays européens étudiés, dont l'Allemagne et la Grande-Bretagne.

Ce phénomène de violence n'est donc pas étranger à la France. Selon le dernier rapport annuel de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), 353 établissements de santé (soit 12% des établissements français) ont signalé 9190 atteintes aux personnes en 2013 (23). Les services d'urgence sont particulièrement touchés avec 12% de ces signalements. C'est le deuxième service représenté après celui de la psychiatrie (plus de 21%). Parmi ces faits signalés aux urgences, 80% étaient des violences verbales et 20% des violences physiques. Pourtant, peu de travaux sont présents dans la littérature française concernant l'évaluation de ce phénomène de violence aux urgences (6).

Dernièrement, deux équipes françaises ont publié des méthodes de lutte contre ce phénomène, l'une par une formation du personnel axée sur la gestion psychologique du conflit et la gestuelle de défense, l'autre par l'évaluation d'une politique de réduction de la violence (12,24). Afin de continuer dans cette dynamique, nous avons voulu appréhender le problème de la violence subie par les professionnels des services d'urgence dans la région Poitou-Charentes.

Avant de mettre en place des procédures de prévention et de protection appropriées, une analyse du lieu de travail est nécessaire (25). Le but de notre travail était d'évaluer l'impact des actes de violence subis par l'ensemble du personnel médical et paramédical en relation avec les patients des services d'urgence des principaux hôpitaux de la région Poitou-Charentes.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Schéma de l'étude et population**

Il s'agissait d'une étude multicentrique observationnelle, rétrospective. Les données ont été recueillies de juin 2015 à août 2015. L'étude a été conduite dans les services d'urgence-SAMU-SMUR de cinq centres hospitaliers publics de la Région Poitou-Charentes : Angoulême, La Rochelle, Niort, Poitiers et Saintes.

La population cible comprenait les médecins, ainsi que les professionnels paramédicaux parmi lesquels cadres infirmiers, IDE, IADE, aides-soignants et ambulanciers. Les chefs de service et les cadres de santé référents des services concernés ont donné leur accord. L'accord du comité d'éthique n'a pas été recherché. Au final, la population sollicitée incluait le personnel médical des cinq centres hospitaliers, et le personnel paramédical de quatre centres.

### **2.2 Questionnaire**

Un questionnaire a été élaboré selon les objectifs fixés au début de l'étude et les données de la littérature préexistantes. Le questionnaire a été discuté avec les investigateurs de l'étude. Il a été revu par deux chefs de service et quatre cadres de santé afin de vérifier la pertinence des critères choisis et de clarifier au besoin les questions. Le questionnaire a ensuite été testé sur une première série de cinq médecins (un de chaque centre hospitalier). Les données de cette série test n'ont pas été incluses à l'étude.

La version finale du questionnaire comprend 33 items, dont 6 portant sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles : genre, âge, profession, ancienneté dans un service d'urgence, lieu d'exercice (Annexe 1). Les professionnels ont été interrogés sur leur expérience personnelle de la violence potentiellement subie au cours de leur travail dans un service d'urgence.

Le questionnaire était composé de questions fermées et semi-ouvertes, regroupées en plusieurs parties. Une première partie portait sur le nombre et le type d'actes de violence subis (menace verbale et/ou insulte, agression physique, harcèlement sexuel) par le professionnel lui-même au cours des 12 derniers mois,



ainsi que les auteurs identifiés pour chaque type d'acte violent. Les 3 types d'actes de violence étaient définis dans le questionnaire :

- Une menace verbale était un comportement menaçant avec utilisation de mots, de postures ou d'actions dans le but d'intimider ou de nuire à la personne.
- Une agression physique était un contact physique blessant, avec ou sans utilisation d'arme blanche/à feu.
- Un harcèlement sexuel était défini comme une posture ou expression qui démontre un manque de respect.

Les parties suivantes du questionnaire portaient sur la gestion et l'éventuelle déclaration de l'acte violent, les possibles facteurs identifiés comme contributifs des actes violents, l'impact psychologique, et enfin sur l'éventuelle expérience d'anciennes formations ainsi que l'intérêt pour des formations futures. Pour les questions utilisant une échelle d'évaluation, notamment concernant l'impact psychologique, nous avons opté pour une échelle de Likert en 5 points (jamais, rarement, parfois, souvent et toujours).

Les professionnels n'ayant jamais subi d'acte de violence au cours de leur pratique professionnelle dans un service d'urgence n'ont pas été invités à répondre aux questions concernant la typologie de la violence, la gestion, les facteurs contributifs et l'impact psychologique. Ils ont simplement remplis les questions concernant la formation et les caractéristiques sociodémographiques. Les professionnels ayant déclaré avoir été victime au moins une fois d'un acte de violence au cours de leur pratique professionnelle ont répondu à l'ensemble du questionnaire.

Le questionnaire final a été développé sous deux formes : une version en ligne élaborée à partir du service *Google Docs*, et une en version papier. La participation a été sollicitée par un mail de présentation de l'étude, et par la mobilisation des chefs de service et des cadres de santé. Un message de relance a été adressé aux participants au bout de deux semaines, soit par leur adresse mail, soit par l'intermédiaire des cadres de santé.

Les questionnaires recueillis ont été comptabilisés. Ceux qui étaient incomplets n'ont pas été inclus dans l'analyse statistique.

### **2.3 Analyses statistiques**

Les variables ont été décrites sous la forme de pourcentage. Nous avons recherché des liens statistiques à l'aide de tests, en réalisant des analyses multivariées. Les variables ont été comparées en utilisant un test du Chi-deux, en association avec un test exact de Fisher en cas d'inconvenance du Chi-deux (effectifs faibles). Pour toutes les analyses statistiques, le seuil de significativité retenu pour l'interprétation des résultats est 0,05. Ces analyses ont été réalisées au département d'information médicale du Centre Hospitalier de Niort à l'aide du logiciel SAS version 9.4.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1 Données sociodémographiques et professionnelles**

Sur les 456 professionnels sollicités, nous avons recueilli 179 questionnaires, soit un taux de réponse de 39%. Cinq questionnaires étaient partiellement remplis, donc 174 questionnaires étaient analysables, soit un taux d'exploitation de 38%.

Les cinq services d'urgence inclus ont accueilli en moyenne entre 74 et 125 patients par jour sur l'année 2014. Trois services possédaient un protocole de gestion d'un acte de violence. Les cinq services possédaient un service de sécurité.

L'ensemble des données sociodémographiques et des caractéristiques professionnelles sont regroupées dans le tableau I. L'étude portait sur 103 femmes (59%), soit un sex-ratio de 0,69. La population analysée incluait 61 médecins (35%), 68 IDE dont IADE et cadres de santé (38%), 33 aides-soignants (19%), et 12 ambulanciers (7%). Les participants les plus représentés avaient entre 30 et 39 ans (43%). L'ancienneté de travail dans un service d'urgence était homogène, avec pour les plus représentés 28% entre 2 à 5 ans et 29% de plus de 10 ans. Cinquante-deux pour cent des participants ont déclarés travailler à la fois en service d'accueil des urgences et au SAMU/SMUR.

| Caractéristiques                                               | n   | %    |
|----------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Sexe</b>                                                    |     |      |
| Homme                                                          | 71  | 40,8 |
| Femme                                                          | 103 | 59,2 |
| <b>Age</b>                                                     |     |      |
| entre 18 et 29 ans                                             | 38  | 21,8 |
| entre 30 et 39 ans                                             | 75  | 43,1 |
| entre 40 et 49 ans                                             | 39  | 22,4 |
| plus de 50 ans                                                 | 22  | 12,6 |
| <b>Profession</b>                                              |     |      |
| Médecins                                                       | 61  | 35,1 |
| IDE/IADE/cadres                                                | 68  | 39,1 |
| Aides soignants                                                | 33  | 19,0 |
| Ambulanciers                                                   | 12  | 6,9  |
| <b>Lieu d'exercice</b>                                         |     |      |
| Angoulême                                                      | 40  | 23,0 |
| La Rochelle                                                    | 40  | 23,0 |
| Niort                                                          | 71  | 40,8 |
| Poitiers                                                       | 13  | 7,5  |
| Saintes                                                        | 10  | 5,7  |
| <b>Service</b>                                                 |     |      |
| Service d'accueil                                              | 73  | 42,0 |
| SAMU/SMUR                                                      | 11  | 6,3  |
| Les deux                                                       | 90  | 51,7 |
| <b>Ancienneté</b>                                              |     |      |
| Moins de 2 ans                                                 | 33  | 19,0 |
| entre 2 et 5 ans                                               | 49  | 28,2 |
| entre 5 et 10 ans                                              | 42  | 24,1 |
| plus de 10 ans                                                 | 50  | 28,7 |
| <b>Victime de violence pendant la carrière professionnelle</b> |     |      |
| Oui                                                            | 166 | 95,4 |
| Non                                                            | 8   | 4,6  |

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (n=174)

### 3.2 Incidence et type d'actes de violence subis par les professionnels

Quatre-vingt-quinze pour cent (n=166) des professionnels ont rapporté avoir été victime d'actes de violence au moins une fois au cours de leur carrière professionnelle dans un service d'urgence. Au cours des 12 derniers mois, 77% (n=128) des professionnels ont rapporté avoir été victime de 1 à 10 actes de violence, et 23% (n=38) de 11 actes ou plus (Figure 1).

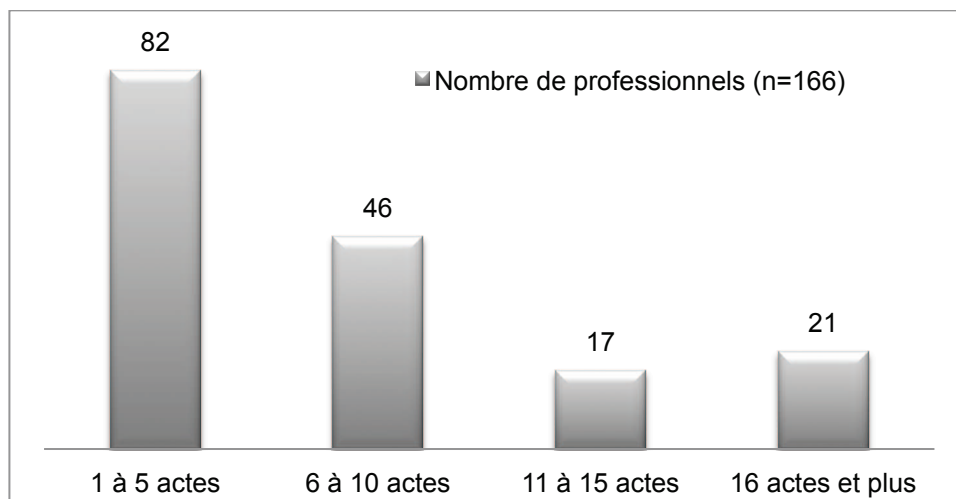


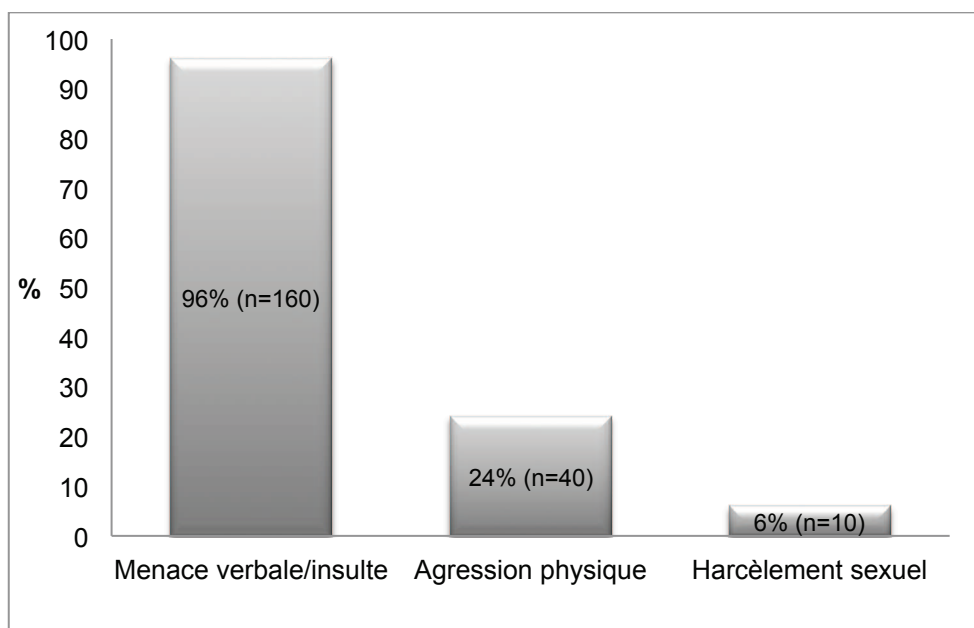
Figure 1 : Incidence de la violence subie par le personnel au cours des 12 derniers mois

Le tableau II regroupe les caractéristiques des professionnels en fonction du nombre d'actes de violence subis. Le nombre d'actes de violences rapportés dans les 12 derniers mois était significativement lié au sexe ( $p=0.048$ ). Vingt-six pour cent des femmes ont rapportés plus de 10 actes de violence contre 18% des hommes. La profession était elle aussi significativement liée aux nombres d'actes de violences rapportées ( $p=0.002$ ). Les médecins ont dénoncé significativement moins d'actes violents au cours des 12 derniers mois ( $p<0,0001$ ) par rapport aux autres professions. A l'inverse, les IDE ont rapporté significativement plus d'actes ( $p=0,012$ ).

| Caractéristiques  | Total<br>n (%) | 1 à 5 actes<br>n (%) | 6 à 10 actes<br>n (%) | 11 à 15 actes<br>n (%) | 16 actes et plus<br>n (%) | p     |
|-------------------|----------------|----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|-------|
| <b>Sexe</b>       |                |                      |                       |                        |                           |       |
| Homme             | 68 (41,0)      | 42 (61,8)            | 14 (20,6)             | 4 (5,9)                | 8 (11,8)                  | 0,048 |
| Femme             | 98 (59,0)      | 40 (40,8)            | 32 (32,6)             | 13 (13,3)              | 13 (13,3)                 |       |
| <b>Age</b>        |                |                      |                       |                        |                           |       |
| 18 à 29 ans       | 34 (20,5)      | 13 (38,2)            | 9 (26,5)              | 6 (17,6)               | 6 (17,6)                  | 0,589 |
| 30 à 39 ans       | 74 (44,6)      | 41 (55,4)            | 19 (25,7)             | 6 (8,1)                | 8 (10,8)                  |       |
| 40 à 49 ans       | 37 (22,3)      | 15 (40,5)            | 13 (35,1)             | 4 (10,8)               | 5 (13,5)                  |       |
| plus de 50 ans    | 21 (12,6)      | 13 (61,9)            | 5 (23,8)              | 1 (4,8)                | 2 (9,5)                   |       |
| <b>Profession</b> |                |                      |                       |                        |                           |       |
| Médecins          | 58 (34,9)      | 39 (67,2)            | 16 (27,6)             | 1 (1,7)                | 2 (3,4)                   | 0,002 |
| IDE/IADE/cadres   | 63 (37,9)      | 23 (36,5)            | 19 (30,2)             | 11 (17,5)              | 10 (15,9)                 |       |
| Aides-soignants   | 33 (19,9)      | 12 (36,4)            | 10 (30,3)             | 5 (15,1)               | 6 (18,2)                  |       |
| Ambulanciers      | 12 (7,2)       | 8 (66,7)             | 1 (8,3)               | 0 (0)                  | 3 (25,0)                  |       |
| <b>Ancienneté</b> |                |                      |                       |                        |                           |       |
| Moins de 2 ans    | 27 (16,3)      | 13 (48,1)            | 6 (22,2)              | 4 (14,8)               | 4 (14,8)                  | 0,812 |
| entre 2 et 5 ans  | 48 (28,9)      | 23 (47,9)            | 14 (29,2)             | 6 (12,5)               | 5 (10,4)                  |       |
| entre 5 et 10 ans | 41 (24,7)      | 22 (53,7)            | 11 (26,8)             | 3 (7,3)                | 5 (12,2)                  |       |
| plus de 10 ans    | 50 (30,1)      | 24 (48,0)            | 15 (30,0)             | 4 (8,0)                | 7 (14,0)                  |       |

**Tableau II : Nombre d'actes de violences rapportés par les professionnels victimes au cours des 12 derniers mois en fonctions des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (n=166)**

Quatre-vingt-seize pour cent (n=160) des professionnels ayant subi au moins un acte violent au cours des 12 derniers mois rapportent avoir subi au moins une fois des violences verbales voire des insultes (Figure 2). Le tableau III regroupe les types d'actes représentés en fonction des caractéristiques des professionnels.



**Figure 2 : Type des actes de violences rapportés par les professionnels victimes au cours des 12 derniers mois (n=166)**

NB : La somme est supérieure à 100% car les professionnels pouvaient être victimes de plusieurs types d'actes

| Caractéristiques  | Total     | Violence verbale/insulte | Aggression physique | Harcèlement sexuel |
|-------------------|-----------|--------------------------|---------------------|--------------------|
|                   | n (%)     | n (%)                    | n (%)               | n (%)              |
| <b>Sexe</b>       |           |                          |                     |                    |
| Homme             | 68 (41,0) | 67 (98,5)                | 18 (26,5)           | 4 (5,9)            |
| Femme             | 98 (59,0) | 93 (94,9)                | 22 (22,4)           | 6 (6,1)            |
| <i>p</i>          |           | 0,402                    | 0,551               | 1                  |
| <b>Age</b>        |           |                          |                     |                    |
| 18 à 29 ans       | 34 (20,5) | 32 (94,1)                | 11 (32,3)           | 3 (8,8)            |
| 30 à 39 ans       | 74 (44,6) | 72 (97,3)                | 15 (20,3)           | 4 (5,4)            |
| 40 à 49 ans       | 37 (22,3) | 35 (94,6)                | 11 (29,7)           | 2 (5,4)            |
| plus de 50 ans    | 21 (12,6) | 21 (100,0)               | 3 (14,3)            | 1 (4,8)            |
| <i>p</i>          |           | 0,682                    | 0,307               | 0,930              |
| <b>Profession</b> |           |                          |                     |                    |
| Médecins          | 58 (34,9) | 54 (93,1)                | 13 (22,4)           | 3 (5,2)            |
| IDE/IADE/cadres   | 63 (37,9) | 62 (98,4)                | 14 (22,2)           | 4 (6,3)            |
| Aides-soignants   | 33 (19,9) | 32 (97,0)                | 9 (22,3)            | 2 (6,1)            |
| Ambulanciers      | 12 (7,2)  | 12 (100,0)               | 4 (33,3)            | 1 (8,3)            |
| <i>p</i>          |           | 0,486                    | 0,813               | 0,960              |
| <b>Ancienneté</b> |           |                          |                     |                    |
| Moins de 2 ans    | 27 (16,3) | 25 (92,6)                | 8 (29,6)            | 2 (7,4)            |
| entre 2 et 5 ans  | 48 (28,9) | 46 (95,8)                | 12 (25,0)           | 4 (8,3)            |
| entre 5 et 10 ans | 41 (24,7) | 41 (100,0)               | 10 (24,4)           | 0 (0)              |
| plus de 10 ans    | 50 (30,1) | 48 (96,0)                | 10 (20,0)           | 4 (8,0)            |
| <i>p</i>          |           | 0,400                    | 0,817               | 0,214              |

**Tableau III : Typologie des actes violents rapportés par les professionnels victimes au cours des 12 derniers mois en fonction des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (n=166)**



Les soignants ont identifié l'auteur des violences en fonction du type d'actes qu'ils ont subi. Dans le cas des menaces verbales, l'auteur des violences était le patient lui-même pour 91% (n=145) des professionnels, l'entourage du patient (famille ou accompagnant) pour 67% (n=107) et un collègue de travail pour 8% (n=13). Le total était supérieur à 100% car plusieurs auteurs pouvaient être identifiés.

Quatre-vingt dix-huit pour cent (n=41) des professionnels victimes d'agressions physiques ont identifiés le patient comme responsable, alors que 5% (n=2) ont identifié un membre de l'entourage. Aucun acte de violence physique ne provenait d'un collègue. En ce qui concerne le harcèlement sexuel, le responsable était le patient lui-même pour 66,7% (n=6) des professionnels victimes, un accompagnant ou un membre de la famille pour 22,2% (n=2), et un collègue de travail pour 33% (n=3).

### **3.3 Identification de facteurs ayant contribué aux actes de violence**

Pour 63% (n=104) des professionnels ayant été victimes d'au moins un acte de violence au cours de leur carrière dans un service d'urgence, les actes violents dont ils ont été victimes auraient pu être prévenus par un repérage précoce d'une situation tendue à risque de dégradation.

Les professionnels ont été interrogés sur des caractéristiques identifiables chez l'auteur des violences (Tableau IV). Quatre-vingt-huit pour cent (n=146) des professionnels ont identifié un abus de toxiques et/ou d'alcool, 52% (n=87) une pathologie psychiatrique chronique, 52% (n=86) un état délirant ou confusionnel aigu, 49% (n=81) du stress et/ou de l'angoisse. Concernant les signes précurseurs d'un acte violent, les professionnels ont identifié chez l'auteur des violences une élévation de la voix (80% soit n=133), de la colère (73% soit n=122), une augmentation de l'état d'agitation (66% soit n=109), et un comportement provocateur (59% soit n=98). (Tableau V).

| Variables                                 | n   | %    |
|-------------------------------------------|-----|------|
| Abus de toxique et/ou alcool              | 146 | 88,0 |
| Pathologie psychiatrique chronique connue | 87  | 52,4 |
| Etat délirant/confusionnel aigu           | 86  | 48,2 |
| Stress, angoisse                          | 81  | 48,8 |
| Douleur                                   | 32  | 19,3 |
| Aucun facteur identifié                   | 3   | 1,8  |

Tableau IV : Facteurs contributifs de violence identifiés chez l'auteur des violences (n = 166)

| Signes                                   | n   | %    |
|------------------------------------------|-----|------|
| Elévation de la voix                     | 133 | 80,1 |
| Colère                                   | 122 | 73,5 |
| Augmentation de l'état d'agitation       | 109 | 65,7 |
| Comportement provocateur                 | 98  | 59,0 |
| Posture tendue                           | 66  | 39,8 |
| Coups dans les murs/jets d'objets        | 59  | 35,5 |
| Changement fréquent de position du corps | 39  | 23,5 |
| Aucun signe identifié                    | 4   | 2,4  |

Tableau V : Signes précurseurs de violence identifiés chez l'auteur (n = 166)

Différents facteurs environnementaux et organisationnels exposant les services d'urgence à la violence ont été rapportés (Tableau VI). Parmi les plus cités, on retrouvait : la multiplicité d'accès au service (69,3% soit n=115), un temps d'attente jugé trop long par les usagers (68,7% soit n=114), l'encombrement des services d'urgence (65,7% soit n=109). Il est à signaler que certains professionnels ont ajouté l'accueil de personnes sous l'emprise d'alcool et/ou autres drogues (n=13) et de personnes présentant des pathologies psychiatriques (n=6) comme facteurs contribuant à l'exposition des services d'urgence à la violence.

| Facteurs                                                                  | n   | %    |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Lieu d'accueil des urgences ouvert au public                              | 115 | 69,3 |
| Temps d'attente jugé trop long par les usagers                            | 114 | 68,7 |
| Encombrement des services d'urgence                                       | 109 | 65,7 |
| Manque de personnel soignant                                              | 65  | 39,0 |
| Manque de présence d'agents de sécurité                                   | 62  | 37,3 |
| Manque d'information délivrée aux patients/familles                       | 51  | 30,7 |
| Retard voire défaut d'intervention des forces de l'ordre                  | 23  | 13,9 |
| Faible durée du temps de soins accordée à chaque patient                  | 21  | 12,6 |
| Autre : Accueil de personnes sous l'emprise de l'alcool ou autres drogues | 13  | 7,8  |
| Autre : Accueil de personnes présentant des pathologies psychiatriques    | 6   | 3,6  |

**Tableau VI : Facteurs environnementaux et institutionnels exposant les services d'urgence à la violence (n=166)**

### **3.4 Gestion et déclaration de l'acte violent**

Pour gérer les actes violents, 17% (n=28) des professionnels se sont basés sur des recommandations, 22% (n=36) sur des protocoles de service. Soixante-huit pour cent (n=113) ne se sont basés sur aucun texte. Pour contrôler les épisodes d'agression, 89% (n=147) des professionnels ont utilisé une contention physique, 75% (n=124) ont eu recours à une sédation chimique, 70% (n=117) ont fait appel aux forces de police ou au service de sécurité de l'hôpital, et 49% (n=82) ont eu recours à l'isolement de l'auteur des violences. On peut également noter que 4% (n=7) des professionnels ont ajouté avoir eu recours au dialogue et 5% (n=9) à une demande d'aide de la part de collègue(s) ou d'un médecin du service.

Trente-neuf pour cent (n=65) des soignants étaient « parfois » satisfaits de la gestion des actes violents dont ils ont été victimes, 38% (n=63) « jamais ou rarement » et 23% (n=38) « souvent ou toujours ».

Au cours des 12 derniers mois, seulement 25% (n=41) des professionnels ont fait une déclaration d'un acte violent dont ils ont été victime. Ces professionnels déclarants ont rempli un formulaire d'événement indésirable (n=28), ou se sont adressés à un cadre de santé ou un médecin du service (n=28) ou ont porté plainte auprès de la police (n=8). Seule une infirmière a évoqué la déclaration au réseau national de l'ONVS.

Soixante-seize pour cent (n=127) des professionnels ayant déjà subi des actes violents au cours de leur carrière professionnelle dans un service d'urgence ont le sentiment de banaliser la violence observée dans leur service.

### **3.5 Impact psychologique**

Soixante-quatre pour cent (n=107) des professionnels se sentent souvent ou toujours en sécurité sur leur lieu de travail ; contre 13% (n=21) jamais ou rarement. La profession et le nombre d'actes de violence déclarés étaient significativement corrélés au sentiment de sécurité au travail ( $p<0,0001$  et  $p=0,004$ ). 50% des ambulanciers ont déclaré se sentir jamais ou rarement en sécurité, contre 21,2% des aides soignants et 12,7% des IDE. Aucun médecin n'a déclaré se sentir jamais ou rarement en sécurité. Concernant le nombre d'actes de violence, 55,7% des professionnels ayant rapporté plus de 10 actes de violence ont déclaré se sentir jamais ou rarement en sécurité, contre 14,11% de ceux ayant rapporté moins de 10 actes de violence.

D'un autre côté, 49% (n=82) des professionnels avaient « parfois » peur d'être victime d'un acte violent sur leur lieu de travail, 33% (n=54) « jamais voire rarement », et 18% (n=30) « souvent ou toujours ». La profession, le nombre d'actes de violence rapportés et les menaces verbales étaient corrélés à la peur de violence au travail ( $p<0,0001$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,033$ ). Quarante-deux pour cent des ambulanciers ont déclaré avoir souvent ou toujours peur d'être victime d'acte de violence sur leur lieu de travail, contre 21% des aides-soignants, 19% des IDE et 10% des médecins. Concernant le nombre d'actes violents, 71% des professionnels ayant déclaré plus de 10 actes avaient souvent ou toujours peur d'être victime, contre 24% de ceux ayant rapporté moins de 10 actes violents. Enfin, 18,7% des professionnels menacés verbalement au cours des 12 derniers mois ont souvent ou toujours peur, contre aucun des professionnels indemnes de menace verbale.

Cinquante-cinq pour cent (n=92) des professionnels ont déjà caché leur identité à un ou plusieurs patients. Le sexe, la profession, et l'ancienneté étaient corrélés au fait de dissimuler son identité ( $p=0,0002$  ;  $p<0,0001$  ;  $p=0,033$ ). Soixante-sept pour cent des femmes ont déjà dissimulé leur identité contre 38% des hommes. Pour les professions, ce sont les aides-soignants qui ont le plus caché leur identité (79%) contre 75% des ambulanciers, 71% des IDE, et 21% des médecins. Enfin, les professionnels ayant entre 2 et 5 ans d'ancienneté ont le plus caché leur identité (71%) contre 44% des plus expérimentés (plus de 10 ans).

Concernant la peur de rencontrer son (ses) agresseur(s) en dehors du lieu de travail, 64% (n=107) des professionnels ont dit n'avoir « jamais ou rarement » peur, contre 24% (n=40) « parfois » et 11% (n=19) « souvent voire toujours ».

Après avoir été victime d'un acte de violence, 42% (n=70) des professionnels se sentaient « parfois » irritable ou ont des bouffées de colère ; contre 41% (n=68) « jamais ou rarement » et 17% (n=28) « souvent ou toujours ». Le nombre d'actes de violence était corrélé à cette variable ( $p=0,001$ ), tout comme le fait d'être victime de menaces verbales. Les professionnels les plus exposés (plus de 10 actes de violences rapportés) ainsi que ceux exposés aux violences verbales exprimaient le plus cette variable.

Après avoir été victime d'un acte de violence, 44% (n=73) des professionnels se sentaient « parfois » sur la défensive, sur leurs gardes ; et 30% (n=50) « souvent ou toujours ». On retrouvait une association significative en fonction de la profession ( $p=0,007$ ). Les ambulanciers se sentaient le plus sur la défensive (67%), suivis par les IDE (35%) les aides soignants (30%) et les médecins (17%).

Après avoir été victime d'un acte de violence, 74% (n=123) n'étaient « jamais ou rarement » perturbés par des souvenirs, des pensées, des images ou des rêves répétés en relation avec un acte de violence dont ils ont été victime ; contre 23% (n=38) « parfois » et 3% (n=5) « souvent ».

Soixante-treize pour cent (n=121) des personnes ayant déjà été victime de violence au cours de leur carrière sont satisfaits voire très satisfaits de leur travail ; contre 16% (n=27) peu ou pas satisfait. (11% soit n=18 sans réponse). Il n'y avait pas de lien statistique avec le type ou le nombre d'actes de violence subis.

Seize pour cent (n=27) déclarent avoir déjà envisagé de quitter le service des urgences à la suite d'acte violent dont ils ont été victime, ou à cause de la menace perçue d'une telle violence sur le lieu de travail. De plus, 11 % (n=18) déclarent avoir déjà envisagé de changer de profession pour les mêmes raisons. Parmi eux, 4 médecins, 9 IDE ou IADE, et 5 aides-soignants. Le nombre d'actes de violence subis était statistiquement corrélé à cette volonté de changement de service ou de profession ( $p=0,027$ ).

### **3.6 Formation**

Trente-deux pour cent (n=53) des professionnels ont signalé avoir déjà participé à des ateliers ou des formations de gestion de la violence, dont seulement 10 % (n=17) au cours des 12 derniers mois. Parmi ces professionnels ayant déjà reçus des formations, 68% (n=36) en ont trouvé une utilité. Sur le plan statistique, le fait d'avoir reçu ou non une formation était lié au nombre d'actes de violence rapportés par les professionnels ( $p=0,008$ ). Quinze pour cent (n=17) des professionnels n'ayant jamais reçu de formation ont rapportés avoir été victimes de plus de 10 actes de violence sur les 12 derniers mois, contre 39,6% (n=21) chez ceux ayant déjà reçu des formations. Le fait d'avoir reçu ou non une formation n'était lié ni aux menaces verbales rapportées ( $p=0,508$ ), ni aux agressions physiques ( $p=0,699$ ), ni au harcèlement sexuel ( $p=1$ ).

Quatre-vingt-cinq pour cent (n=141) des professionnels seraient intéressés par l'intervention d'un professionnel de la gestion de conflit. Quant à la formation aux techniques de désamorçage de la violence par simulation avec jeu de rôles, 75% (n=125) des professionnels ont dit être intéressés.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 Principaux résultats et comparaisons aux données de la littérature

Cette étude était la première à étudier le phénomène de la violence subie par les professionnels des services d'urgence spécifiquement dans la région Poitou-Charentes. Devant l'augmentation des actes de violences, il nous paraissait urgent de réaliser un état des lieux sur l'impact de la violence subie quotidiennement par les professionnels de santé dans les services d'urgence.

Nous avons retrouvé une forte prévalence (95,4%) de professionnels victimes au moins une fois d'un acte de violence au cours de leur carrière professionnelle. Dans de précédents travaux, le pourcentage de soignants exposés variait entre 72% et 100% (6,8,10,11,15). Cependant, l'absence de standardisation dans la durée et la méthodologie des études empêchent une comparaison directe. Parmi les professionnels victimes, presque un quart (23%) ont rapporté plus de 10 actes de violences sur les 12 derniers mois, ce qui renforce l'importance de ce phénomène dans notre étude.

Cette violence s'exprime majoritairement sur le plan verbal, avec 96% du personnel exposé aux menaces verbales et insultes, contre 24% pour les agressions physiques. Cette donnée est également en accord avec la littérature internationale (3,8,11,15,26-28) et française (6,12,13,23). Malheureusement, ce type de violence est souvent non reconnu comme tel par les soignants, voire banalisé. Parmi les explications avancées, plusieurs reposent sur le fait que les professionnels ne jugent pas graves des actes n'ayant pas entraîné de blessures, ou encore jugent-ils que ce type de violence fait parti de l'environnement de travail (3,4,16). Dans notre étude, trois-quarts des professionnels ont le sentiment de banaliser la violence dans leur service. Cette proportion est possiblement sous-estimée par le fait que les professionnels n'ayant pas répondu à l'enquête ne se sont pas sentis concernés par la violence, jugeant ces faits sans importance.

Pourtant, une étude récente a démontré l'impact négatif de la dévalorisation sur la qualité du travail en équipe (29). Lors d'une séance de simulation sur la prise en charge d'un nourrisson cliniquement grave, des équipes ont été soumises à de l'impolitesse calculée de la part des administrateurs de l'étude. Les professionnels exposés ont significativement montré une diminution de leur performance, leur

qualité diagnostique ainsi qu'une altération des mécanismes de collaboration en équipe. Un tel comportement peut sembler bénin à première vue, pourtant l'impact sur la pratique est réel. On peut donc estimer que des insultes voire des menaces verbales répétées peuvent avoir un retentissement non négligeable sur la qualité des soins administrés aux patients.

De ce fait, la déclaration des actes de violence doit être fortement incitée afin d'appréhender de manière plus efficace l'ampleur du phénomène. Les professionnels doivent prendre conscience du retentissement que peut avoir la violence sur leur travail, et donc l'importance de déclarer tous les cas dont ils sont victimes, même ceux jugés, à priori, sans gravité. Dans notre étude, seulement un quart des soignants ont eu recours à la déclaration d'un acte violent au cours des 12 derniers mois. Une tendance à la sous-déclaration est également observée dans d'autres études avec des taux de déclaration souvent inférieurs à 50% (3,6,8-10,12,19). Cela est encore plus vrai pour les violences verbales (8,12). Parmi les principales causes de non déclaration, en dehors du fait que les violences verbales sont « tolérées » car ne représentant pas de danger apparent, les soignants déplorent une procédure de déclaration longue et ambiguë, ainsi que l'absence de soutien à la suite des violences (3,4,16). Il faut, chez les soignants, changer l'idée selon laquelle la violence « fait partie du travail ».

Dans notre étude, certaines catégories socio-professionnelles se sont montrées plus exposées à la violence. Les femmes ont rapporté significativement plus d'actes de violence au cours des 12 derniers mois. Sur le plan de la profession, ce sont les IDE qui étaient significativement plus exposés, à l'inverse des médecins qui étaient significativement moins exposés que les paramédicaux. Les IDE concentrent l'attention de plusieurs études (3,5,16,17). En effet, étant au contact des patients très tôt dans la prise en charge, et pendant une durée prolongée, cette profession pourrait être plus à risque de subir de la violence. Cependant, lorsque les recherches se sont intéressées à l'ensemble des professionnels, les résultats étaient discordants (8,10,15,19). Ce qu'il faut retenir, c'est qu'aucune profession soignante n'est épargnée. Les actions à entreprendre ne devraient donc pas se focaliser sur une catégorie professionnelle, mais bien inclure l'ensemble des partenaires des urgences.



## Facteurs identifiés

L'auteur principal des violences était identifié comme le patient lui-même, notamment par 91% des professionnels dans les violences verbales et 98% dans les violences physiques. C'est également ce qui ressort de précédentes études (5,7,10-12,23,27). Dans notre étude, des facteurs favorisant ont été identifiés chez ces patients : l'intoxication par l'alcool ou autres drogues, une pathologie psychiatrique sous-jacente ou encore un état neurologique aigu. Ces éléments ont été identifiés par les soignants, avant même le stress ou la douleur vécus par le patient. Ces facteurs ont déjà été cités dans de précédentes études (3,7,10,27). On pourrait donc s'interroger sur la nécessité d'une prise en charge adaptée en particulier à ces catégories de patients, identifiés comme plus à risque d'exprimer de la violence. Une étude ayant analysé les déclarations officielles de violence a montré que 7% des agresseurs ont commis plus de 20% des actes de violence (27). Bien qu'il ne soit pas possible de prévenir toutes les violences envers les professionnels, des procédures spécifiques pourraient être développées afin de cibler les agresseurs identifiés comme « à risque » d'exprimer de la violence envers les soignants.

Les accompagnants représentent également une menace non négligeable. Dans deux travaux (8,15), les accompagnants du patient ont été identifiés comme les agresseurs principaux; ceci était cependant dû à une différence de culture. Dans la littérature, les soignants étaient encore moins enclins à déclarer des actes provenant des accompagnants (10). Pourtant, les conflits avec l'entourage du patient empêchent la bonne réalisation des soins. Il paraît nécessaire d'encadrer les visites dans les lieux de soins, afin de ne pas entraver la qualité de la prise en charge des patients. Sur le plan organisationnel, d'autres efforts sont nécessaires afin de prévenir les sources possibles de comportements violents. En effet, plusieurs facteurs environnementaux ont été identifiés comme exposant les services d'urgence à un risque de violence. Ce sont en effet des lieux ouverts au public, avec une multiplicité d'accès. De plus, l'encombrement des urgences et donc un temps d'attente rallongé, perçu comme trop long par les patients, peuvent expliquer, selon les soignants eux-mêmes, l'exposition à la violence (10,17). L'importance de l'information des usagers est primordiale (30). Prendre le temps d'expliquer aux patients le déroulement de leur prise en charge, ainsi que le délai de réalisation de certains examens, permettrait de diminuer leur stress et leur frustration (17).

A cette communication se rajoute la nécessité d'un projet de soins cohérent dans une équipe soignante soudée. L'enquête européenne Presst-next incluant presque 40000 soignants a montré que des insuffisances dans l'organisation, telle que des transmissions insatisfaisantes entre équipes soignantes, étaient liées à une augmentation de déclaration des événements violents (14). Les services français étaient tout particulièrement touchés.

## Gestion

Peu de soignants interrogés ont reconnu avoir eu recours à des protocoles ou des recommandations sur la gestion des cas de violence. En effet, dans le cadre des violences qu'ils ont subies, 68% ne se sont basés sur aucun texte. Seulement trois services d'urgence sur les cinq possèdent un protocole de conduite à tenir face à un acte de violence. De plus, une grande majorité de professionnels a eu recours à la contention physique (89%) et la sédation chimique (75%). Pourtant, il est plutôt recommandé d'avoir recours en priorité au dialogue, à une attitude tout à la fois bienveillante et vigilante, en éloignant la personne menaçante de toute source de stress et de frustration (31-33). L'utilisation de techniques de désescalade se révèle ainsi être un moyen de contrôle non restrictif. Au final, seulement 23% des professionnels de notre étude étaient satisfaits de la prise en charge des actes de violence subis. Ce chiffre démontre bien une lacune dans les procédures de gestion.

## Formation

Cette donnée est renforcée par la forte demande de formations exprimée par la population étudiée. Plus de trois-quarts des soignants sont intéressés par l'intervention d'un spécialiste de la gestion de conflit, mais également par une formation aux techniques de désamorçage. En effet, le développement de compétences dans le repérage et la désescalade des situations à risque ont souvent fait l'objet de demandes (11,13,34). Dans notre étude, seulement 32% des soignants avaient déjà reçu une formation sur la gestion de la violence. Étonnamment, les professionnels déjà formés ont rapporté significativement avoir subi plus d'actes de violence. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion, ne connaissant pas la nature des formations suivies. Mais il est possible que les professionnels formés aient été plus

sensibilisés sur le repérage de la violence, et ainsi sur la nécessité de déclarer les violences. Dans la littérature, de faibles pourcentages de formation ont également été retrouvés chez les soignants (6-8,10,12,13). Alors que peut-on proposer aux soignants ? Deux équipes françaises ont opté pour une double approche : une partie sur la gestion du conflit par techniques de communication et de désamorçage, et une partie accès sur l'autodéfense (12,35). Bien que ces formations aient reçu un retour très positif, il n'y a pas eu évaluation de l'efficacité de ces méthodes. D'autres études internationales ont évalué les effets de différents programmes de formation des soignants des services d'urgence (34,36-38). Il n'a pas été prouvé d'impact sur la réduction de l'incidence des violences à long terme. En revanche, ces interventions ont entraîné une augmentation de confiance voire du sentiment de sécurité, grâce à l'amélioration des compétences et des connaissances dans la gestion de personnes agressives. L'application de ces compétences a été testée lors de séances de simulation sur un groupe d'étudiantes infirmières, qui ont montré une amélioration significative de leur performance dans le désamorçage de comportements agressifs (39).

Plus de la moitié des professionnels de notre étude ont estimé que certains actes de violence auraient pu être évités. Un repérage précoce d'une situation à risque de dégradation est en effet un élément essentiel de prévention des violences. On observe souvent une période de montée en tension, durant laquelle l'agresseur montre des signes d'alerte avant de passer à l'acte (31). Certains de ces signes ont été repérés par plus de la moitié des professionnels : élévation du niveau de la voix, colère, augmentation de l'état d'agitation, comportement provocateur. Il faut donc réellement considérer l'intérêt d'une formation des professionnels, non seulement dans les techniques de désamorçage, mais également dans la reconnaissance précoce de ces signes, afin de mettre en place des mesures rapides et de privilégier le dialogue.

## Impact psychologique

Enfin, notre étude avait également pour but d'évaluer l'impact sur le plan psychologique d'une exposition répétée à la violence. Notre questionnaire recherchait des arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique. Nous n'avons pas pris le parti d'intégrer un score diagnostique complet dans le questionnaire. En effet afin d'optimiser le taux de participation, nous n'avons pas jugé bénéfique de présenter un questionnaire long, sous peine de voir les participants désinvestis. L'objectif était de sensibiliser un maximum de professionnels au phénomène de violence. Néanmoins, plusieurs items de notre questionnaire étaient orientés vers la recherche de troubles présents dans le syndrome de stress post-traumatique. Les soignants ont ainsi exprimé des symptômes d'intrusion (reviviscence d'images ou de rêves pour 26% d'entre eux) ou d'hyperactivité neurovégétative (irritabilité pour 58% d'entre eux, et hypervigilance pour 74%) à la suite de violences qu'ils ont subies. Nous ne pouvons en aucun cas conclure à l'existence d'un véritable syndrome de stress post-traumatique. Mais ces données vont dans le sens de précédentes études, qui ont montré un risque réel de développement de ce trouble psychologique chez les soignants exposés à la violence des patients ou des accompagnants (20,26,40,41).

Les conséquences psychologiques engendrées par l'exposition à la violence ont un impact sur la productivité du soignant, et donc sur la qualité des soins (19,40). Suite aux agressions répétées, le soignant s'épuise, se désinvestit de son travail, et un tableau de burn-out peut s'installer. Une étude espagnole menée sur plus de 400 soignants d'équipes d'urgences pré-hospitalières a montré un taux significativement plus élevé d'éléments du syndrome de burn-out, comme l'émoussement émotionnel et la dépersonnalisation, chez les professionnels exposés de manière répétée aux violences à la fois verbales et physiques (28).

Le sentiment d'insécurité au travail était corrélé au nombre d'actes de violences subis. Cinquante pour cent des soignants ont dit avoir parfois peur d'être victime d'un acte de violence, voire même souvent ou toujours peur pour 18% d'entre eux. Dans deux études américaines portant sur des soignants des services d'urgences, les IDE se sentaient significativement moins en sécurité que les autres (18,19). Dans notre étude, ce sont les ambulanciers qui avaient le plus peur d'être victime d'un acte de violence sur leur lieu de travail. Ceci peut s'expliquer par le fait

que ces derniers, souvent des hommes (100% dans notre étude) sont régulièrement appelés en renfort pour aider à « maîtriser » les auteurs de violence, souvent après l'échec de l'établissement d'un dialogue. Cela ne constitue cependant pas leur rôle, mais bien celui des agents de sécurité, présent dans chacun des cinq services étudiés. En réponse à ce sentiment d'insécurité, plus de la moitié des professionnels ont masqué leur identité. Ce recours constitue un « échappatoire » pour les soignants. Mais la communication avec le patient en est altérée. Le patient ne sait plus à qui il a à faire devant ces tenues de travail anonymes, dans un environnement stressant qu'il ne connaît pas. Dans notre étude, ce sont significativement les femmes qui ont caché le plus leur identité. Sur le plan professionnel, les aides soignants et les paramédicaux en général y avaient plus recours que les médecins. Ces groupes ont besoin d'être rassurés, une amélioration de leurs conditions de travail est nécessaire.

Gates et al. ont montré une relation directe entre le sentiment de sécurité et la satisfaction au travail (10). Dans notre étude, le sentiment de satisfaction au travail était globalement bon, avec quasiment trois-quarts de professionnels satisfaits. Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre les violences subies et le sentiment de satisfaction au travail. Cependant, comme dans d'autres études, une volonté de changement de profession ou service a été exprimée par les professionnels en manque de ressources (9,11,16). Ainsi, 16% des professionnels ont déjà envisagé de changer de quitter la service des urgences à cause de l'exposition à la violence, voire même de changer de profession (11%). Cette fois-ci, le nombre d'actes de violences subis était significativement lié à la volonté de changement. Toutes les catégories professionnelles étaient impliquées.

## **4.2 Biais de l'étude**

Notre étude possède plusieurs limites. Tout d'abord, le recueil des données s'est fait par auto-évaluation des professionnels qui ont remplis eux-mêmes les questionnaires. Il nous est donc impossible de contrôler la véracité des données. D'autre part, nous avons choisi de collecter des données sur une période rétrospective de 12 mois. C'est en effet une période standard, la plus utilisée dans de précédentes études, qui permet à la fois de mieux délimiter la période d'étude mais

également une meilleure comparaison avec de précédents groupes d'études. Cependant, le risque de biais de mémorisation est majoré.

Ensuite, le questionnaire était rempli de manière anonyme, il a donc été impossible de vérifier les raisons de non-participation à cette étude. Ainsi, l'incidence des violences a peut-être été majorée par le fait que les participants se sentaient plus concernés par le sujet. Il aurait été intéressant de s'acquérir des raisons pour lesquelles environ 60% des professionnels n'ont pas répondu au questionnaire : par manque de temps, manque d'intérêt, ou bien à cause de la banalisation de la violence, qui n'est plus reconnue comme telle ?

Sur le plan de la population étudiée, le personnel des urgences du CHU de Poitiers n'a pas été inclus par refus de participation exprimé par la direction. Notre recueil de données est donc possiblement biaisé par l'absence de participation de cette catégorie de soignants.

Enfin, concernant les facteurs de risque identifiés chez l'auteur des violences, comme l'abus de substance ou de drogues, il est important de signaler que ces données relèvent d'une évaluation tout à fait subjective de la part des professionnels. Cette « catégorisation » a pu avoir un impact sur le ressenti des professionnels et donc sur leur manière de gérer l'acte violent.

#### **4.3 Ouverture sur des projets futurs**

Grâce aux informations précieuses recueillies auprès des soignants, des actions peuvent émerger afin d'aborder ce problème crucial de la violence dans les services d'urgence. Les stratégies se situent à deux échelles :

- une au niveau de la communication patient-soignant : formation des professionnels, information des usagers, développement de procédures de gestion.
- l'autre à l'échelle de l'organisation de l'hôpital : projet de prévention des violences, mise en place procédures de déclaration adéquates et incitation à la déclaration.

Des formations doivent être développées en prenant exemple sur les modèles déjà en place et en faisant appel à des professionnels de la communication et de la résolution de conflit. Des compétences dans le repérage et désamorçage renforceront la confiance du personnel exposé à la violence de certains usagers.

Des ateliers de jeux de rôles pourraient également donner une dimension plus attractive et pratique à ces formations. La simulation est un outil à envisager pour le développement et la mise en application de compétences en communication (39).

L'information des usagers des urgences doit permettre de réduire le facteur favorisant « temps d'attente ». Un exemple intéressant est celui d'une bande vidéo mise en place à l'accueil des urgences du CH Haguenau, cité dans les bonnes pratiques de l'ONVS. Elle permet ainsi d'expliquer le déroulement de la prise en charge aux patients. L'étude de Corbett a montré une diminution du taux d'anxiété des patients et donc une réassurance essentielle à la bonne communication soignant-soigné (42).

Le développement d'un protocole clair de gestion d'une personne violente, promouvant la communication et le désamorçage avant les méthodes restrictives, devrait être disponible dans chaque service d'urgence. Pour les centres hospitaliers possédant déjà une procédure écrite, il est important d'insister auprès de l'ensemble des professionnels sur la nécessité d'y référer.

Dans le cas de situations à risque, notamment la prise en charge de personnes agressives intoxiquées ou déjà identifiées comme menaçantes, une réflexion pourrait voir le jour pour une gestion adaptée et sécurisée.

Toutes ces actions doivent s'intégrer dans une politique globale de réduction de la violence. L'exemple du CHU de Bichat un réel modèle sur lequel les services d'urgence du Poitou-Charentes pourraient s'appuyer (24).

Finalement, une réduction sérieuse des actes de violence ne pourra survenir que lorsque les professionnels soignants et administrateurs des urgences comprendront l'importance de leur rôle dans la prévention et la gestion des violences au quotidien.

## 5. CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que les soignants des services d'urgence du Poitou-Charentes ne sont pas exempts du phénomène de violence touchant le monde hospitalier. La majorité des violences s'expriment sous la forme de menaces verbales et d'insultes, avec un retentissement prouvé sur la qualité des soins. Ce travail confirme les données internationales.

En donnant aux professionnels une preuve concrète de l'altération de leurs conditions de travail, avec un aperçu des conséquences psychologiques sérieuses potentielles, nous espérons renforcer leur confiance et leur implication dans la prévention des violences. L'intérêt de déclarer un acte de violence, quel qu'il soit, est fondamental. Il est le témoin de la reconnaissance de ce phénomène.

Ce travail a également montré des lacunes dans la gestion des actes de violence. Des formations sont nécessaires et réclamées par la majorité des soignants. Nous devons leur donner des outils permettant de gérer correctement les violences qu'ils subissent, afin de renforcer leur confiance et leur sérénité au quotidien. La peur de venir travailler et s'occuper de patients est inadmissible et doit disparaître.

Il est nécessaire de travailler dès aujourd'hui sur l'amélioration de tous les facteurs susceptibles de générer ou prévenir cette agressivité. En parallèle de l'instauration d'un projet global de réduction de la violence, les administrations doivent réfléchir à des mesures concrètes. Pour cela, ils auront besoin de s'entourer de partenaires tels que l'ARS ou l'ONVS, mais également de compter sur l'implication de tous les soignants.



## 6. ANNEXE

### Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

#### QUESTIONNAIRE « VIOLENCE AUX URGENCES »

1- Avez-vous déjà été victime d'acte(s) de violence (verbale ou physique) durant votre pratique professionnelle dans un service d'urgences?

- ☐ OUI  
☐ NON

Si NON, passez à la question 25

Si OUI, combien en rapportez-vous dans les 12 derniers mois ?

- ☐ 0  
☐ 1 à 5  
☐ 6 à 10  
☐ 11 à 15  
☐ 16 et plus

2- Avez-vous été victime de menace(s) verbale(s) (comportement menaçant avec utilisation de mots, de postures ou d'actions dans le but d'intimider ou de nuire à la personne) et/ou d'insulte(s) au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ OUI  
☐ NON

Si OUI, de quelle(s) personne(s) provenai(ent) ces menaces verbales et/ou insultes? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ un patient  
☐ un membre de la famille et/ou un accompagnant du patient  
☐ un collègue de travail (du même service ou d'un autre service de l'hôpital)  
☐ autre *(préciser)* :

3- Avez-vous été victime d'agression(s) physique(s) (contact physique blessant, avec ou sans utilisation d'arme blanche/à feu) au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ OUI  
☐ NON

Si OUI, de quelle(s) personne(s) provenai(ent) ces agressions physiques ?

- ☐ un patient  
☐ un membre de la famille et/ou un accompagnant du patient  
☐ un collègue de travail (du même service ou d'un autre service de l'hôpital)  
☐ autre *(préciser)* :

4- Avez-vous été victime de harcèlement sexuel (posture ou expression qui démontre un manque de respect) au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ OUI  
☐ NON

10- Pour gérer ces actes violents, avez-vous eu recours *(plusieurs réponses possibles)* :

- ☐ à un isolement de la personne  
☐ à une sédation chimique  
☐ à une contention physique  
☐ à l'intervention des forces de l'ordre ou du service de sécurité de l'hôpital  
☐ autre *(préciser)* :

11- Comment expliquez-vous que les services d'urgences soient les plus fréquemment exposés à la violence ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ encombrement des services d'urgence  
☐ temps d'attente jugé trop long par les patients  
☐ faible durée du temps de soins accordé à chaque patient  
☐ manque d'information délivrée aux patients/familles  
☐ manque de personnel soignant  
☐ manque de présence d'agents de sécurité  
☐ lieu d'accueil des urgences ouvert au public (multiplicité d'accès au service)  
☐ retard voire défaut d'intervention des forces de l'ordre  
☐ autre *(préciser)* :

12- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déclaré un acte violent dont vous avez été victime ?

- ☐ OUI  
☐ NON

Si OUI, à qui ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ auprès du cadre de santé du service  
☐ déclaration via un formulaire de votre service (ex : événement indésirable)  
☐ déclaration via un formulaire d'un réseau national (ex : ONVS)  
☐ plainte auprès de la police  
☐ autre *(préciser)* :

13- Avez-vous le sentiment de banaliser les actes violents observés dans votre service ?

- ☐ OUI  
☐ NON

#### IMPACT PSYCHOLOGIQUE

14- Vous sentez-vous en sécurité sur votre lieu de travail ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

Si OUI, de quelle(s) personne(s) provenai(ent) ce harcèlement sexuel ?

- ☐ un patient  
☐ un membre de la famille et/ou un accompagnant du patient  
☐ un collègue de travail (du même service ou d'un autre service de l'hôpital)  
☐ autre *(préciser)* :

5- Pensez-vous que ces actes violents auraient pu être prévenus (par un repérage précoce d'une situation tendue à risque de dégradation) ?

- ☐ OUI  
☐ NON

6- Lors de ces cas de violences, avez-vous identifié chez l' (les) acteur(s) des violences un état ayant pu contribuer à le rendre violent ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ état délirant/confusionnel aigu  
☐ pathologie psychiatrique chronique connue  
☐ abus de toxiques et/ou alcool  
☐ stress, angoisse  
☐ douleur  
☐ autre *(préciser)* :

7- Avez-vous identifié chez l' (les) acteur(s) des violences l'un des signes suivants (signes prédicteurs de l'acte violent) ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ colère  
☐ augmentation de l'état d'agitation  
☐ comportement provocateur  
☐ élévation de la voix  
☐ posture tendue  
☐ changement fréquent de position du corps  
☐ coups dans les murs/jets d'objets  
☐ autre *(préciser)* :  
☐ aucun signe identifié

#### GESTION DE L'ACTE VIOLENT

8- Lors des actes violents dont vous avez été victime lors des 12 derniers mois, êtes-vous satisfait(e) de la manière dont ils ont été gérés ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

9- Pour gérer ces actes violents, vous êtes vous basé(e) sur :

- ☐ des recommandations  
☐ des protocoles de service  
☐ aucun des deux

15- Avez-vous peur d'être victime d'un acte violent sur votre lieu de travail ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

16- Avez-vous déjà caché votre identité à un ou plusieurs patient(s) ?

- ☐ OUI  
☐ NON

17- Avez-vous peur de rencontrer votre (vos) agresseur(s) en dehors de votre lieu de travail ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

18- Après avoir été victime d'un acte de violence, vous sentez-vous irritable ou avez-vous des bouffées de colère ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

19- Après avoir été victime d'un acte de violence, vous sentez-vous sur la défensive, ou sur vos gardes ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

20- Vous arrive-t-il d'être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées, des images ou des rêves répétés en relation avec un acte de violence dont vous avez été victime ?

- ☐ jamais  
☐ rarement  
☐ parfois  
☐ souvent  
☐ toujours

21- Etes-vous satisfait(e) de votre travail ?

- ☐ non satisfait
- ☐ peu satisfait
- ☐ ne sais pas
- ☐ satisfait
- ☐ très satisfait

22- Avez-vous déjà envisagé de quitter le service des urgences à la suite d'acte violent dont vous avez été victime ou à cause de la menace perçue d'une telle violence sur le lieu de travail ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

23- Avez-vous déjà envisagé de changer de profession à la suite d'acte violent dont vous avez été victime ou à cause de la menace perçue d'une telle violence sur le lieu de travail ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

#### EXEMPLE DE CAS DE VIOLENCE

24- Pouvez-vous exposer en quelques lignes le dernier acte violent (et/ou celui qui vous a le plus marqué) dont vous avez été personnellement victime (circonstances, type de violence, personnes présentes, gestion de la situation) :

#### FORMATION

25- Avez-vous déjà participé à des ateliers/formations de gestion de la violence ?

- ☐ OUI, il y a moins de 12 mois
- ☐ OUI, il y a plus de 12 mois
- ☐ NON

Si OUI, cela vous a-t-il été utile ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

26- Seriez-vous intéressé(e) par l'intervention d'un professionnel de la gestion de conflit

- ☐ OUI
- ☐ NON

27- Seriez-vous intéressé(e) par une formation aux techniques de désamorçage de la violence par simulation avec jeu de rôles ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

#### DONNEES DEMOGRAPHIQUES

29- Vous êtes :

- ☐ un homme
- ☐ une femme

30- Quel âge avez-vous ?

- ☐ entre 18 et 29 ans
- ☐ entre 30 et 39 ans
- ☐ entre 40 et 49 ans
- ☐ 50 ans et plus

31- Quelle est votre profession ?

- ☐ médecin
- ☐ cadre infirmier
- ☐ infirmier/IADE
- ☐ aide-soignant
- ☐ ambulancier
- ☐ brancardier
- ☐ autre (*préciser*) :

32- Dans quel centre hospitalier travaillez-vous :

- ☐ CHU de Poitiers
- ☐ CH Angoulême
- ☐ CH La Rochelle
- ☐ CH Niort
- ☐ CH Saintes

33- Quel(s) est (sont) votre (vos) lieu(x) d'exercice ?

- ☐ Service d'accueil des urgences
- ☐ SAMU/SMUR

34- Depuis combien de temps travaillez-vous dans un service hospitalier d'accueil des urgences ?

- ☐ moins de 2 ans
- ☐ 2 à 5 ans
- ☐ 5 à 10 ans
- ☐ plus de 10 ans

## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient- and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2008;13(6):431-441.
2. Lau JBC, Margarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. *Australas Emerg Nurs J* 2004;7(2):27-37.
3. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs.* 2002;28(1):11-17.
4. Hogarth KM, et al. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J.* 2015;in press—corrected proof.
5. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12(2) :67-73.
6. Damblement A, Assez N, Devos P, Goldstein P, Frimat P. Violences aux urgences: conséquences et désirs de formation, exprimés par les personnels des services d'urgences hospitaliers et préhospitaliers (analyse de 935 questionnaires). *JEUR.* 2007;20(1):127-128.
7. 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(5):565-579.
8. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nurs Res.* 2011;5(4):197-203.
9. Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ.* 1999;161(10):1245–1248.
10. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* 2006;31:331–337.
11. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med.* 2005;46:142–147.
12. Bataille B, Mora M, Blasquez S, Moussot PE, Silva S, Cocquet P. Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32(3):165-169.
13. Duchateau FX, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposition à la violence en Smur. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2002;21:775–778.

14. Estryn-Béhar M, Duville N, Menini ML, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins – Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. *Presse méd.* 2007;36:21-35.
15. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med.* 2005;28(3):361–365.
16. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm.* 2009;39:340–349.
17. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2014;22:134–139.
18. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R, Blumenthal D. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2008;15(12):1268-1274.
19. Kowalenko T, Gates DM, Gillespie GL, Succop P, Mentzel T. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* 2013;31(1):197-205.
20. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501.
21. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace Violence in Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions. *J Emerg Med.* 2012;43(3):523-531.
22. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs.* 2011;20(7-8):1072-1085.
23. Observatoire National de la violence dans les établissements de la Santé. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Rapport annuel 2014 sur les données 2013. [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/onvs-rapport-annuel-2013.html>. Consulté le 24 septembre 2015
24. Casalino E, Choquet C, Thomas S, Erhel S, Cossard P. La violence dans les services d'urgences: évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Ann Fr Méd Urgence.* 2015;5(4):226-237.
25. US Department of Labor. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. 2011. [En ligne]. <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>. Consulté le 24 septembre 2015

26. Gillespie GL, Bresler S, Gates DM, Succop P. Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health Saf.* 2013 ;61:247–254.
27. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J.* 2006;23(6):431-434.
28. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):260-270.
29. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics.* 2015;136(3):487-495.
30. Kington M, Short AE. What do consumers want to know in the emergency department?. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(4):406-411.
31. Hodge AN, Marshal AP. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Aust Crit Care.* 2007;20(2):61-67.
32. Fishkind A. Calming agitation with words, no drugs. 10 Commandments for safety. *Curr Psychiatr.* 2002;1(4):32-39.
33. Kuhn W. Dealing with violence in the emergency department. 2009. [En ligne]. <http://www.gru.edu/mcg/clerkships/em/documents/violenceinedmanual.pdf>. Consulté le 30 septembre 2014
34. Fernandes CM, Raboud JM, Christenson JM, et al. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2002;39(1):47–55.
35. Grouille D. Prévention de la violence en milieu hospitalier: l'expérience du centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2003;22(3):245.
36. Nau J, Dassen T, Needham I, Halfens R. The development and testing of a training course in aggression for nursing students: a pre-and post-test study. *Nurse Educ Today.* 2009;29(2):196-207.
37. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JMGA, Halfens RJG. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1):212-219.
38. Deans C. The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Aust J Adv Nurs.* 2004;21(4):17–22.

39. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study. *Int J Nurs Stud* 2010;47(6):699-708.
40. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ.* 2011;29(2):59-66.
41. Alden LE, Regambal MJ, Laposa JM. The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: Implications for PTSD Criterion A. *J Anxiety Disord.* 2008;22(8):1337-1346.
42. Corbett SW, White PD, & Wittlake WA. Benefits of an informational videotape for emergency department patients. *Am J Emerg Med.* 2000;18(1):67-71.

# RESUME

## INTRODUCTION

Les actes de violences envers les soignants des hôpitaux se multiplient, avec une préoccupation croissante de leur qualité de travail. Afin de mettre en place des mesures adaptées, nous avons voulu évaluer l'impact de la violence subie par le personnel médical et paramédical en relation avec les patients des services d'urgence des principaux hôpitaux de la région Poitou-Charentes

## MATERIEL et METHODE

Cette étude multicentrique observationnelle rétrospective a été conduite dans les services d'urgence-SAMU-SMUR de cinq hôpitaux publics du Poitou-Charentes de juin à août 2015. Un questionnaire a été adressé aux professionnels médicaux et paramédicaux afin de recueillir des informations sur l'incidence et le type d'actes de violence subis au cours des 12 derniers mois, la gestion et la déclaration des violences, les facteurs favorisants identifiés, l'impact psychologique et la formation des professionnels.

## RESULTATS

Nous avons analysé 174 questionnaires parmi les 456 professionnels sollicités. Le taux de participation était de 39%. Quatre-vingt-quinze pour cent des professionnels ont déjà été victimes de violences au cours de leur carrière dans un service d'urgences. Sur les 12 derniers mois, les violences verbales et physiques touchaient respectivement 96% et 24% des professionnels, avec le patient identifié comme le principal agresseur.

Seulement 23% des professionnels étaient souvent ou toujours satisfaits de la gestion des actes de violence qu'ils ont subis. Soixante-huit pour cent des professionnels ne se sont référés ni à des recommandations, ni à des protocoles.

Soixante-seize pour cent des professionnels avaient le sentiment de banaliser la violence observée dans leur service. Le taux de déclaration des actes était de 25% chez les soignants interrogés.

Seize pour cent des soignants ont déjà envisagé de quitter le service des urgences à cause de la violence.

Trente-deux pour cent des professionnels ont déjà reçu des formations, alors que 85% sont intéressés par un projet de formation, notamment l'intervention d'un spécialiste de la gestion de conflit

## CONCLUSION

Les soignants des services d'urgence du Poitou-Charentes sont exposés à la violence des patients, avec un retentissement sur leur sentiment de sécurité au travail. Malheureusement, la sous-déclaration fait obstacle à l'identification des facteurs responsables de ces expressions d'agressivité. Des formations sont nécessaires pour développer les compétences des professionnels dans la gestion de ces conflits.

Mots-clés : violence, services d'urgence, impact, Poitou-Charentes



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

