



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux des violences envers le personnel des structures  
d'Urgences des Hauts de France.**  
*Etude descriptive, observationnelle, multicentrique, au sein de vingt-trois  
centres.*

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2017 à 16h00  
au Pôle Formation  
**Par Antoine GODDYN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric WIEL**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD**

**Madame le Docteur Nathalie ASSEZ**

**Directrice de Thèse :**

**Madame le Docteur Nathalie ASSEZ**

---

*La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.*

*« Un acte de justice et de douceur a souvent plus de pouvoir sur le cœur des hommes que la violence et la barbarie » (Machiavel)*

# TABLE DES MATIERES

RESUME.....	P1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	P3
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	P4
I-INTRODUCTION.....	P6
II-MATERIEL ET METHODE.....	P10
A- MATERIEL.....	P10
B- METHODE.....	P17
III-RESULTATS.....	P24
A- RESULTATS DESCRIPTIFS .....	P25
1) Les données démographiques et socio-professionnelles.....	P25
2) Les ressentis actuels, antérieurs et futurs de la violence.....	P27
3) La déclaration : évolution, les motifs de non-déclaration, les suites données, les personnes concernées.....	P34
4) Les formations : taux de personnes formées, désir de formation.....	P37
5) Quels sont les moyens à envisager dans l'avenir selon le personnel ?.....	P39
B- LA VIOLENCE EST ELLE PLUS D'ACTUALITE AU SEIN DE LA METROPOLE EUROPEENNE DE LILLE ?.....	P41
1) Taux de participation de l'étude.....	P41
2) En termes de fréquence ressentie.....	P41
3) En termes d'intensité des violences.....	P42
4) Les motifs sont-ils les mêmes ?.....	P43

5) En termes d'avenir.....	P44
6) En termes de formations.....	P44
7) En termes de déclarations.....	P45
8) En termes de suites engagées après les déclarations.....	P45
C- L'IMPACT DES FORMATIONS : EXISTE -T- IL UNE DIFFERENCE CHEZ LES PERSONNES FORMEES .....	P47
1) Les formations ont-elles un impact sur la fréquence ressentie de la violence.....	P47
2) Les formations reçues ont-elles un impact sur la déclaration ?.....	P48
3) A quel endroit les personnes sont-elles le plus formées ?.....	P50
IV-DISCUSSION.....	P51
V-CONCLUSION.....	P71
BIBLIOGRAPHIE.....	P75
ANNEXES.....	P80

# RESUME

**Introduction** : Selon l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) les services d'urgences comptent parmi les structures hospitalières les plus exposées à la violence. L'augmentation du phénomène semble être perçue par l'ensemble des professionnels de santé. Pourtant, les données chiffrées sont rares.

*L'objectif principal* était de dresser un état des lieux des violences ressenties par le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France, d'évaluer le nombre de déclarations formulées ainsi que les formations reçues. *Les objectifs secondaires* étaient de comparer ces données entre les services de la Métropole Européenne de Lille (MEL) et ceux en dehors, puis d'évaluer l'impact des formations sur le ressenti et les déclarations d'événements violents.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, menée sur 6 semaines, à l'aide d'un questionnaire Q1 diffusé on-line (SPHINX®) aux acteurs des services ayant accepté de participer à l'étude. Un second questionnaire Q2 caractérisant les 23 centres était envoyé aux responsables.

**Résultats** : 854 questionnaires Q1 ont été analysés. Le personnel estimait avoir déjà été victime de violence dans 96,7% des cas. L'auteur principal était le patient. Les addictions, l'incivilité et le délai d'attente étaient les motifs de violences les plus rapportés. Ces cinq dernières années, l'intensité et la fréquence semblaient augmenter et 83% des interrogés estimaient que dans l'avenir le phénomène allait s'aggraver, mais 31,8% avouaient n'avoir jamais déclaré d'évènement violent. Les motifs principaux de non déclaration étaient « *c'est inutile car sans suite* » et « *un support de déclaration trop complexe* ». Il n'existait pas de différence significative entre les services MEL et hors MEL en termes d'intensité et fréquence des

évènements, ni du taux de déclarations. Il existait une différence significative quant aux violences de niveau ONVS2, et les principaux motifs de violence. Concernant la formation, 45,7% du personnel déclaraient être déjà formés et 84,8% souhaitaient l'être. Ces formations permettaient de détecter plus fréquemment les situations violentes et incitaient à déclarer.

**Conclusion :** La violence est de plus en plus ressentie au sein des structures d'urgences des Hauts de France. Le personnel est inquiet et demandeur de formations. Celles-ci semblent favoriser la déclaration des incidents. Des propositions émanant du personnel pourraient être évaluées pour améliorer leur sécurité face aux violences.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ARS : Agence Régionale de la Santé

CHG : Centre Hospitalier Général

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMU 59-62 : Collège de Médecine d'Urgence du Nord et du Pas de Calais.

ETP : Equivalent Temps Plein

FEI : Feuille d'Evènement Indésirable

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

MEL : Métropole Européenne de Lille

NOVI (plan) : Plan Nombreuses Victimes

NRBC (risque) : Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique

ONVS : Observatoire National des Violences en Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et d'Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>Figure 1</b> : Flow – chart de l'étude.....	P13
<b>Figure 2</b> : Situation géographique des 23 centres inclus.....	P14
<b>Figure 3</b> : Synopsis et déroulement de l'étude.....	P21
<b>Figure 4</b> : Répartition du nombre de réponses à l'enquête par centre.....	P27
<b>Figure 5</b> : Fréquence actuelle ressentie de la violence.....	P28
<b>Figure 6</b> : Score de fréquence des différents types de violences actuelles.....	P29
<b>Figure 7</b> : Classification des auteurs de violences selon un score de fréquence..	P29
<b>Figure 8</b> : Classification des motifs de violences selon un score de fréquence....	P30
<b>Figure 9</b> : Ressenti quant à l'évolution de la fréquence des violences sur les cinq dernières années.....	P31
<b>Figure 10</b> : Ressenti quant à l'évolution de l'intensité des violences sur les cinq dernières années.....	P31
<b>Figure 11</b> : Réponse à la question : Pensez-vous que la violence vous a fait changer votre relation vis-à-vis du patient ?.....	P32
<b>Figure 12</b> : Ressenti quant à l'avenir en termes de fréquence des violences.....	P33
<b>Figure 13</b> : Ressenti quant aux violences extérieures.....	P33
<b>Figure 14</b> : Classification des motifs de non-déclaration .....	P35
<b>Figure 15</b> : Investissement des personnes dans le traitement des déclarations...	P36
<b>Figure 16</b> : Fréquence des suites données après déclaration des évènements violents, d'après les responsables des structures (questionnaire Q2).....	P37
<b>Figure 17</b> : Désir d'être formé, ou de recevoir une nouvelle formation.....	P38
<b>Figure 18</b> : Types de formations souhaitées.....	P39
<b>Figure 19</b> : Classification des moyens d'améliorations à envisager selon le personnel sur un score de 0 à 4.....	P40
<b>Figure 20</b> : Comparatif du ressenti de la fréquence des évènements violents selon l'appartenance à la MEL ou non.....	P41
<b>Figure 21</b> : Evolution des déclarations selon l'appartenance à la MEL ou non.....	P45
<b>Figure 22</b> : Comparatif MEL / Hors MEL sur les suites données après une déclaration d'évènement violent .....	P46
<b>Figure 23</b> : Comparatif entre les personnes formées et non formées sur la fréquence ressentie des évènements violents.....	P47
<b>Figure 24</b> : Comparatif des personnes formées et non formées sur l'évolution des fréquences de déclarations.....	P48
<b>Figure 25</b> : Comparatif entre les personnes formées et non formées des motifs de non-déclaration.....	P49

<b>Tableau I</b> : Centres participants à l'étude.....	P16
<b>Tableau II</b> : Caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles de la population étudiée.....	P26
<b>Tableau III</b> : Comparatif du ressenti de l'augmentation en fréquence sur les cinq dernières années des différents types de violences selon l'appartenance à la MEL ou non.....	P42
<b>Tableau IV</b> : Comparatif des différents scores des niveaux ONVS des violences selon l'appartenance à la MEL ou non.....	P42
<b>Tableau V</b> : Comparatif des fréquences ressenties des différents motifs selon l'appartenance à la MEL ou non.....	P43
<b>Tableau VI</b> : Comparatif MEL/Hors MEL concernant les violences extérieures selon un score de 0 à 4.....	P44
<b>Tableau VII</b> : Comparatif MEL/Hors MEL sur le taux de formation en pourcentage et le score de demande de formation.....	P44
<b>Tableau VIII</b> : Comparatif du taux de formation entre les services avec un taux de passage supérieur ou inférieur à 50 000 patients par an.....	P50

# **I - INTRODUCTION**

Les violences urbaines posent question depuis un quart de siècle. Cependant on en parlait déjà au XIXe siècle sous la forme de « question sociale » (1).

Depuis l'après-guerre, cette violence s'est déplacée vers les banlieues. Pour contrecarrer ce mouvement, on a vu plusieurs institutions s'y construire et s'y installer, comme les écoles, les universités ou encore les hôpitaux (2).

Les services d'Urgences sont particulièrement exposés aux risques de violences du fait de leur interface entre l'extérieur et l'hôpital, c'est-à-dire entre deux mondes aux exigences contradictoires : « un amont consommateur de soins, intolérant à la maladie, demandeur de technicité, avec des contraintes sociales fortes et un aval hyperspécialisé, économiquement contraint et limité en ressources. » « La suroccupation des services d'urgences et la cohue apparente qui en résulte augmentent le risque de violence dans le service » (3-5)

Aux Etats-Unis, seul 50% des paramedics possèdent des protocoles quant à la gestion de patients violents et 25% pensent être suffisamment entraînés pour faire face à ces situations violentes (6). A contrario, la majorité des paramedics estime qu'il s'agit d'une « part de leur métier » et voudrait apprendre à se protéger de ces violences (7).

En France, et plus précisément en Ile de France, la violence en SMUR est fréquente et le personnel soignant y est peu préparé. La mise en place des formations à la gestion en amont (désamorçage) et en aval (débriefing) devrait être favorisée (8).

Le ressenti général des professionnels des structures d'Urgences de la région semble correspondre à une augmentation des événements violents, tant sur le plan de la fréquence que de l'intensité de ces violences.

L'Observatoire Nationale des Violences en Santé (ONVS) enregistre en 2014, 14 502 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens, contre 12 432 en 2013, avec un nombre d'établissements déclarants en baisse (337 établissements en 2014 versus 353 en 2013). Les violences hospitalières semblent donc être en réelle augmentation, mais possiblement sous-estimées.(9)

Dans ce rapport, les services d'Urgences sont les deuxièmes concernés, derrière les services de Psychiatrie (9).

La région des Hauts de France est une des régions les plus urbanisées de France (2eme après l'Île de France) (10). Elle est donc possiblement plus exposée aux violences urbaines.

Pourtant, la région des Hauts de France ne représente que 5,4% des signalements ONVS en 2014, contre 30,5% pour l'Île de France, ou encore 9,1% pour la région Midi-Pyrénées.

En 2005, une étude réalisée par le Docteur Anne Damblemont, au sein du département du Nord, montrait que 70,63 % des personnes travaillant dans les structures d'Urgences ont été victimes d'actes de violences au cours des 12 derniers mois (11).

Nous sommes donc probablement face à une sous-estimation de ces événements.

En 2012, une étude réalisée sur le Nord et le Pas de Calais montrait que 32% des médecins Urgentistes se sentaient en insécurité sur leur lieu de travail, et 64% jugent utile de bénéficier d'une formation à la gestion du stress et de l'agressivité (12).

Depuis, aucune étude sur le sujet des violences dans les services d'Urgences n'a été réalisée dans la région des Hauts de France.

Notre étude tente donc de chiffrer ce ressenti de violences envers le personnel de ces structures d'Urgences des Hauts de France, et d'en étudier le taux de déclarations qui en résulte.

L'objectif principal de l'étude est de dresser un état des lieux des violences envers le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France, en évaluant leur ressenti, leurs déclarations et leurs formations.

## **II – MATERIEL ET METHODE**

## A- Matériel :

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, multicentrique (23 centres), prospective, menée du 26 Octobre 2016 au 23 Août 2017 sur quatre départements des Hauts de France.

Elle fait suite à une étude antérieure menée en 2005 dans le département du Nord (11).

Notre étude a reçu l'approbation du Collège de Médecine d'Urgences du Nord et du Pas de Calais (COMU 59-62) et de la Collégiale des Chefs de Services des Structures d'Urgences du Nord et du Pas de Calais.

La Fédération Hospitalière de France des Hauts de France (FHF), partie prenante et partenaire de ce travail a permis la dimension régionale de ce travail.

### → Hypothèse :

La violence dans les structures d'urgences ne cesse d'augmenter mais est toujours sous-estimée.

### → Objectif principal :

Dresser un état des lieux des violences envers le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France, en évaluant leur ressenti, leurs déclarations et leurs formations.

→ Objectifs secondaires :

- 1- Comparer le ressenti, les déclarations, les formations sur les violences entre les structures de la Métropole Européenne de Lille et les structures alentours.
- 2- Evaluer l'impact des formations suivies par le personnel sur le ressenti et la déclaration des événements violents au sein de ces structures.

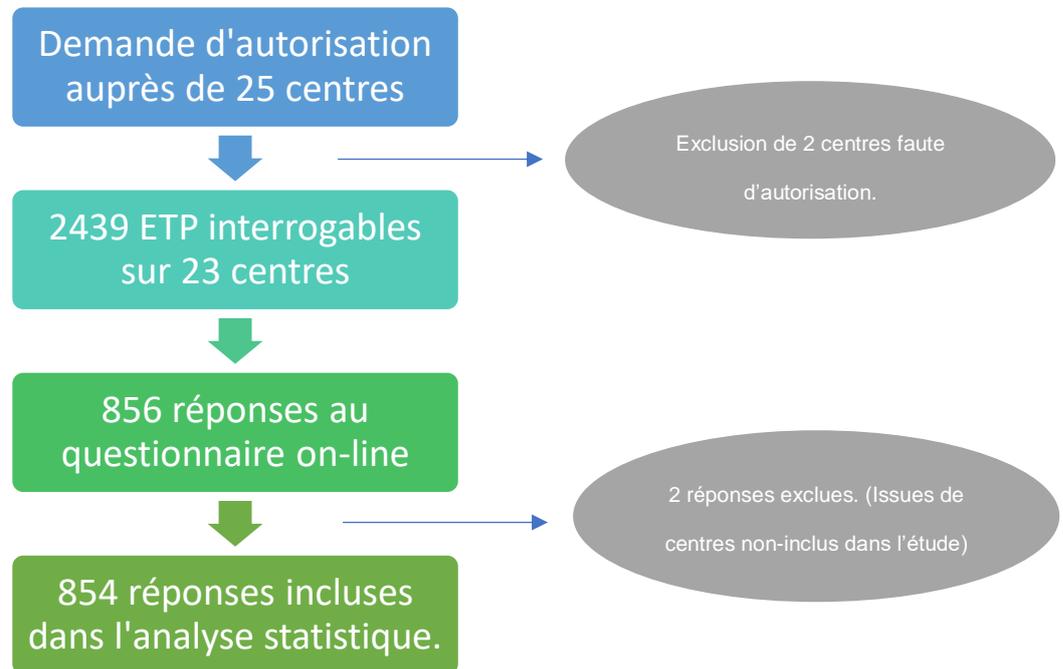
Au total, 25 centres hospitaliers possédant au moins une structure d'Urgences ont été contactés. Parmi eux, deux centres ont été exclus avant recueil de données, faute de réponse à la demande d'autorisation de réalisation de l'étude, et ce malgré une relance.

Ces centres ont été inclus sur la base du volontariat pour participer au travail, avec une volonté d'exhaustivité, d'obtenir des centres hospitaliers de différentes tailles et d'activités variées (universitaire (CHU) et non universitaire (CHG)), représentant des niveaux de prises en charge hospitalières et pré-hospitalières différents (SAU, SAMU, SMUR) (**Tableau I**).

Notre enquête a été menée sur 23 centres, répartis sur quatre départements de la région des Hauts de France, du 15 mars 2017 au 30 avril 2017. En tout, 2439 Equivalents Temps Plein (ETP, 1 ETP correspondant à une personne travaillant à temps plein, ou encore 0,5 ETP correspondant à une personne travaillant à mi-temps), toutes professions confondues, ont été contactées pour répondre au questionnaire on-line.

Ainsi 856 questionnaires ont été remplis et analysés, soit un taux de participation à 35,1%.

Afin de valider l'exhaustivité de notre recueil, nous avons confronté notre base de données aux nombre d'ETP avant l'anonymisation des données.



**Figure 1** : Flow Chart de l'étude (ETP : Equivalent Temps Plein).

Notre enquête a été menée sur un échantillon de population représentatif de la population étudiée (âge, sexe, profession, ancienneté, type d'exercice (pré-hospitalier et/ou hospitalier)). Tous les participants ont été informés et ont donné leurs consentements éclairés.

→ Critères d'inclusion :

Etaient inclus toutes les personnes, personnels de santé (médicaux et paramédicaux) et agents administratifs ou techniques, de plus de 18ans, titulaires ou stagiaires, présents et travaillant durant la période de l'étude dans une structure

d'Urgence des Hauts de France ayant donné son accord de participation au préalable.

→ Critères d'exclusion :

Etaient exclues de l'analyse toutes les personnes ne travaillant pas dans une structure d'Urgence des Hauts de France ou une structure n'ayant pas donné son accord de participation pour l'étude.

Les 23 centres participants étaient répartis sur quatre départements des Hauts de France : Le Nord (15 centres), le Pas-de-Calais (6 centres), l'Oise (1 centre), la Somme (1 centre). Faute de temps, aucun centre du département de l'Aisne n'a pu être démarché et donc inclus dans l'étude.



**Figure n°2** : Situation géographique des 23 centres inclus dans l'étude sur les Hauts de France.

Les services considérés comme faisant partie de la MEL étaient définis par les données géographiques de la préfecture (10). Il s'agissait donc des centres de : Armentières, Lille CHRU, Lille GHICL Saint-Philibert, Lille GHICL Saint-Vincent, Roubaix, Seclin et Tourcoing.

Département	Centres inclus	Type de structure	Nombre de passages au SAU rapporté (en nombre de patients/an)	Nombre d'ETP rapporté	Nombre de réponses au questionnaire	Taux de réponse (en %)
<b>Nord (59)</b>	1- Armentieres	SAU ; SMUR	25000	60	45	75,0
	2- Cambrai	SAU ; SMUR	36000	74	76	102,7*
	3- Denain	SAU	29200	54,5	41	75,2
	4- Douai	SAU ; SMUR	77000	117	15	12,8
	5- Dunkerque	SAU ; SMUR	60800	131	75	57,3
	6- Fourmies	SAU ; SMUR	16500	32,5	7	21,5
	7- Hazebrouck	SAU	16412	26,4	19	72,0
	<b>8- Lille CHRU</b>	<b>SAMU du Nord ; SMUR ; SAU</b>	109542	466,1	78	16,7
	9- Lille GHICL St Philibert	SAU	24000	45	27	60,0
	10- Lille GHICL St Vincent	SAU	35000	77	6	7,8
	11- Maubeuge	SAU ; SMUR	54000	67	7	10,4
	12- Roubaix	SAU ; SMUR	46916	115	31	27,0
	13- Seclin	SAU	40000	54,4	2	3,7
	14- Tourcoing	SAU ; SMUR	51267	135	13	9,6
	15- Valenciennes	SAU ; SMUR	62494	152,5	50	32,8
<b>Pas de Calais (62)</b>	<b>1- Arras</b>	<b>SAMU du Pas de Calais ; SMUR ; SAU</b>	49000	75,5	14	18,5
	2- Béthune	SAU ; SMUR	40347	94,08	64	68,0
	3- Boulogne sur Mer	SAU ; SMUR	43161	85,6	55	64,3
	4- Calais	SAU ; SMUR	45990	69,4	8	11,5
	5- Lens	SAU ; SMUR	63175	113,5	78	68,7
	6- Saint Omer	SAU ; SMUR	35493	90	72	80,0
<b>Somme (80)</b>	<b>1- Amiens CHU</b>	<b>SAMU de la Somme ; SMUR ; SAU</b>	56600	229,3	41	17,9
<b>Oise (60)</b>	<b>1- Beauvais</b>	<b>SAMU de l'Oise ; SMUR ; SAU</b>	46000	74,3	6	8,1
<b>Aisne (02)</b>	-	-	-	-	-	-

**Tableau I** : Centres participants à l'étude. (SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente ; SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation ; SAU : Service d'Accueil et d'Urgences ; CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire ; CHU : Centre Hospitalier Universitaire ; ETP : Equivalent Temps-Plein) \* le taux de participation par centre peut dépasser 100% car il a été calculé sur le nombre d'ETP et non sur le nombre exact de personnes.

## B – Méthode :

Les données de l'étude ont été recueillies grâce à deux questionnaires.

Le questionnaire principal, appelé « Violences aux Urgences » (Q1) était rempli par le personnel des services d'urgences et le second, dit « questionnaire cadre » (Q2) était adressé aux responsables des structures (Chefs de services, Cadres de Santé, Responsables Qualité).

**Le questionnaire Violences aux Urgences (Q1)** était sous format « on-line ». Il était construit et diffusé en partenariat avec la société Le Sphynx® et le logiciel Sphynx IQ2®.

Il comportait 26 questions fermées avec échelles de Likert : pour chaque proposition, les réponses étaient graduées sur un modèle « jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent, ne sais pas » ou « tout à fait d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord, pas d'accord du tout ». Toutes les questions étaient indépendantes et non exclusives, chacun pouvait choisir d'y répondre ou non. Ce questionnaire était accessible sur tout composant électronique (Ordinateurs, smartphones, tablettes), via le lien internet qui était envoyé aux Chefs de Service et aux Cadres de Santé au moment du lancement de l'étude. Ces derniers devaient ensuite en assurer une large diffusion auprès de l'ensemble du personnel des services d'urgences. **(Annexe n°1)**

Pour chaque agent hospitalier, les variables recueillies dans ce questionnaire

étaient :

- 1) Les caractéristiques socio-démographiques et leur type d'exercice professionnel de manière anonyme.
- 2) Leur ressenti quant aux violences dans l'exercice de leur profession : la fréquence, l'intensité, le type de violence selon les niveaux ONVS (**Annexe n°2**), l'auteur principal, les motifs, l'évolution sur les cinq dernières années, et les années à venir.
- 3) Les modalités de déclarations : évolution personnelle sur les cinq dernières années, les raisons de la non-déclaration.
- 4) Les types de formation : déjà reçues ou celles projetées, par quelle voie, ainsi que le désir d'être formé
- 5) Les moyens à mettre en œuvre dans leur service pour améliorer la gestion et la prévention des situations violentes.

Chaque semaine, un mail d'information était envoyé aux Chefs de Services et aux Cadres de santé, leur indiquant l'évolution et notamment le nombre de participants à l'étude par service.

Initialement, l'étude était lancée le 15 mars 2017 dans les centres du Nord et du Pas de Calais ayant donné leur autorisation.

Après trois semaines de recueil de données, et au vu des premiers résultats analysés, un groupe de travail avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) - Hauts de France - était créé sur cette thématique des violences hospitalières aux

urgences.

C'est avec ce groupe (comité de pilotage) que la décision d'étendre l'étude à l'échelle régionale était prise.

Les centres d'Amiens et de Beauvais étaient alors inclus dans l'étude début Avril 2017. A la demande de nos partenaires (FHF) la date de clôture du questionnaire était alors repoussée de 15 jours et fixée au 30 avril 2017.

**Le second questionnaire (Q2) « questionnaire cadre »**, était envoyé, sous format papier, aux Cadres de Santé et/ou aux Responsables Qualité. Il était récupéré, par mail, au fur et à mesure du déroulement de l'étude.

Celui-ci comportait **11 questions fermées** et avait pour but de recueillir les données statistiques et démographiques de chaque service. **(Annexe n° 3)**

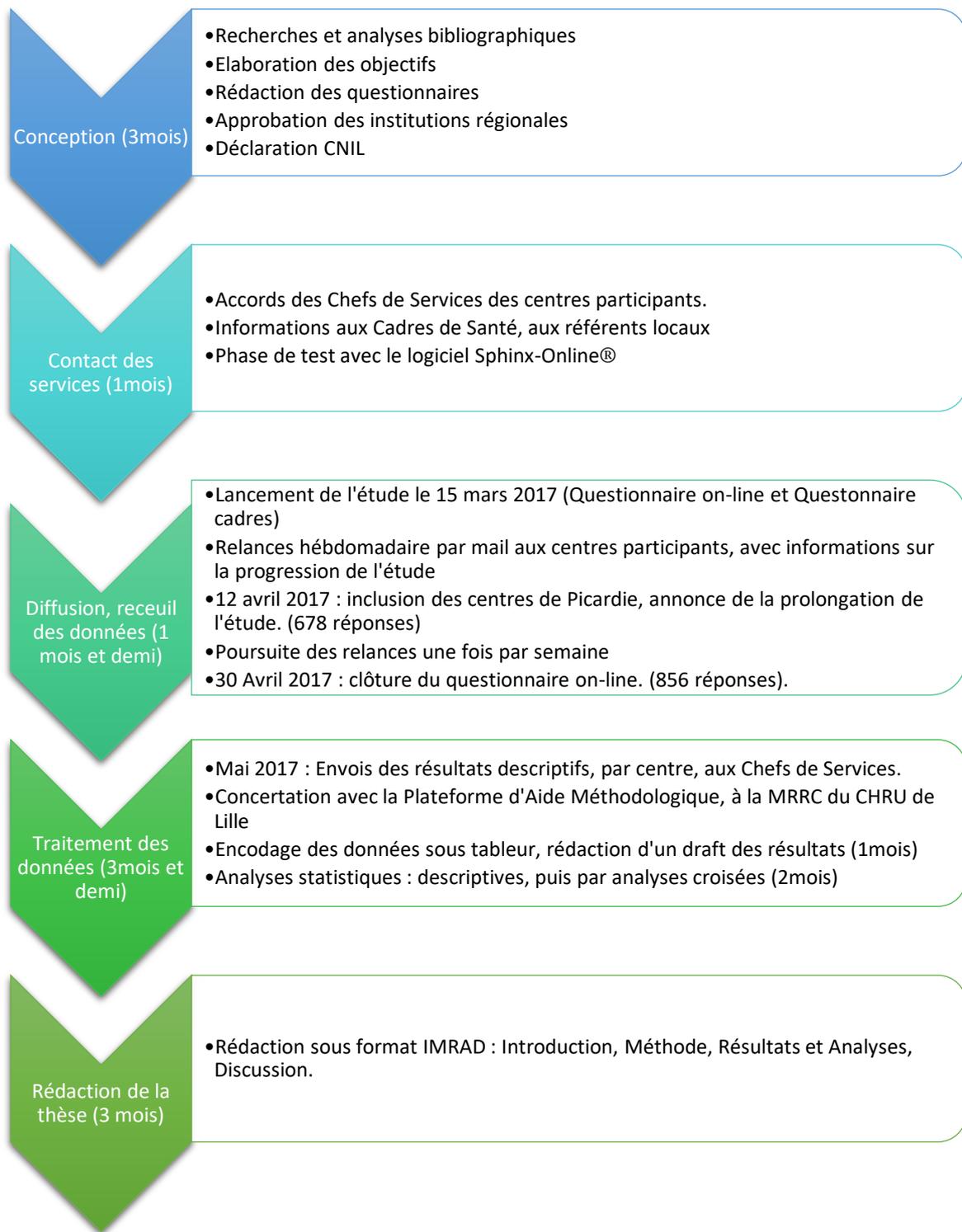
Les variables recueillies par le questionnaire cadre étaient :

- 1) Les données statistiques : nombre d'ETP pour chaque profession et le nombre de passages aux Urgences par an.
- 2) Les données sur les déclarations : existence d'un protocole, nombre de déclarations annuelles, format utilisé, envoi à l'ONVS, personnes responsables.
- 3) Les suites engagées : dépôts de plaintes, poursuites judiciaires.

Après une description du ressenti des professionnels des urgences, nous avons situé notre échantillon en comparant les caractéristiques de celui-ci aux données régionales issues des données de l'ARS et de la FHF.

La validité de construit a été vérifiée. Tous les aspects associés au concept de violences (non observables) étaient opérationnalisés. La validité de contenu des questionnaires élaborés était testée par dix soignants multidisciplinaires n'exerçant pas sur les sites étudiés.

La **figure 3** (diagramme de Gantt) résume les étapes de notre étude :



**Figure 3** : Synopsis et déroulement de l'étude

→ Méthodes statistiques :

Une analyse descriptive systématique et au fil de l'eau était réalisée initialement par le logiciel Sphinx Online®.

Les analyses statistiques complètes ont été réalisées avec l'aide de la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Celles-ci ont été réalisées avec le logiciel R version 3.3.1.

Les variables quantitatives ont été décrites par des mesures centrales (moyenne, médiane, quartiles), des mesures de dispersion (écart-type) et représentées graphiquement par des histogrammes ou des diagrammes en bâtons.

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs ou proportions d'observation par modalité et représentées par des graphiques circulaires ou des diagrammes en barres.

Concernant les questions avec des réponses sous forme d'échelles de Likert, un score moyen entre 0 et 4 était calculé en fonction de chaque degré de réponse. (Très souvent = 4, souvent = 3, parfois = 2, rarement = 1, jamais = 0, ou encore tout à fait d'accord = 4, d'accord = 3, sans avis = 2, pas d'accord = 1, pas du tout d'accord = 0).

Quand les effectifs, la nature et la distribution des variables le permettaient, des tests paramétriques ont été réalisés : t-test de Student pour les comparaisons de moyenne entre deux groupes, ANOVA pour les comparaisons de moyenne entre plus de 2 groupes,  $\chi^2$  pour la comparaison de proportion entre plusieurs groupes, avec un  $p < 0.05$ .

→ Considérations éthiques :

La validation de notre étude auprès d'un comité d'éthique n'était pas requise dans la mesure où il s'agit d'une enquête purement observationnelle, sans aucune intervention supplémentaire par rapport aux pratiques habituelles.

La recherche a été menée en respectant les termes de la déclaration d'HELSINKI. Conformément à la loi française (N° 94-548 du 1er Juillet 1994) elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL N° 2030234 v 0). (**Annexe 4**)

## **III – RESULTATS**

## A- Résultats descriptifs

Au total, 854 réponses étaient incluses dans l'analyse statistique, soit un taux de participation (selon le nombre d'équivalent temps plein) à 35,1 % [IC95% 24.8 ; 47.3].

### 1) Les données démographiques et socio-professionnelles :

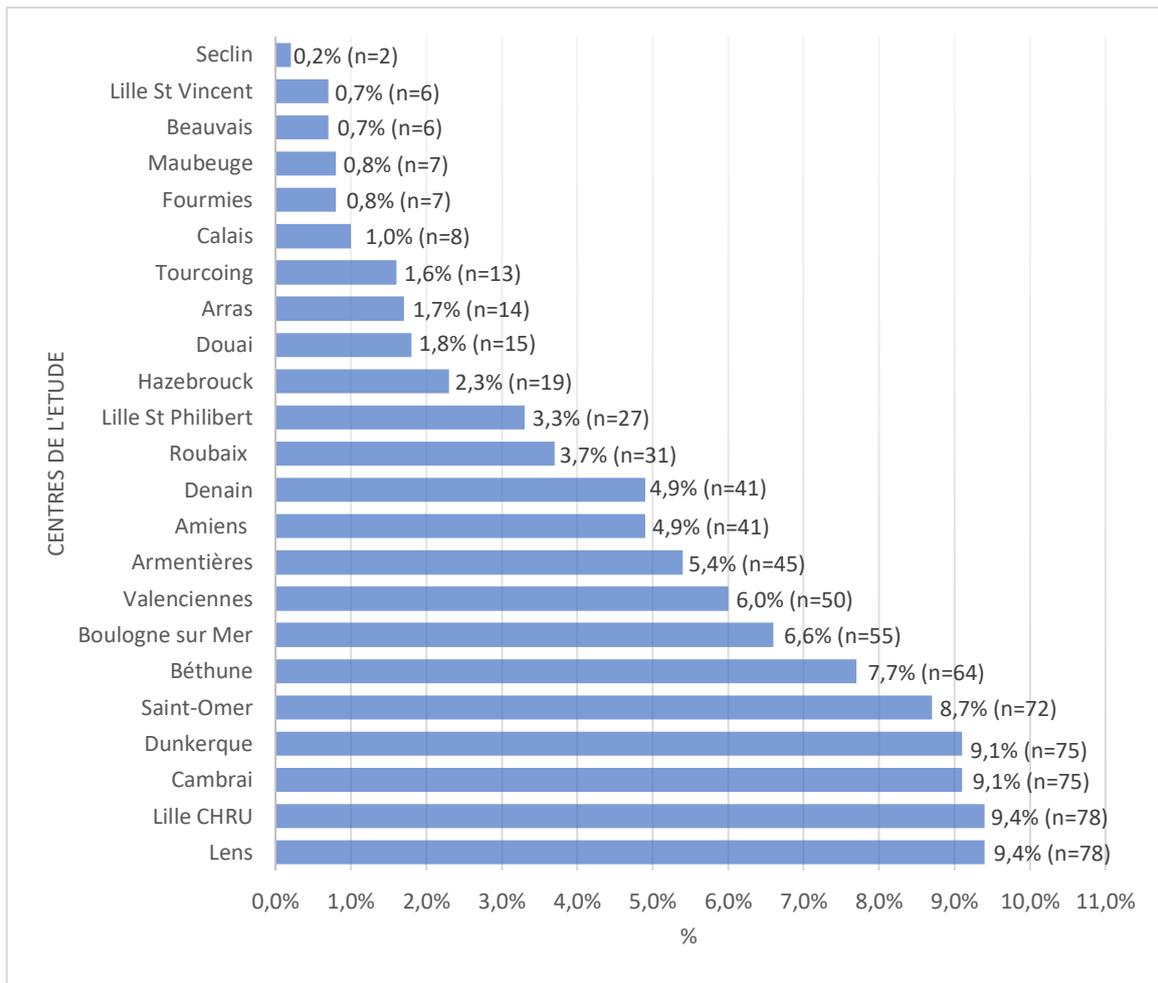
Le **Tableau II** reporte les caractéristiques de la population de l'étude. Elle était composée à 62,3% de femmes, soit un sex-ratio à 0,61. L'âge moyen était de 37,3 ans (avec une médiane de 36ans), et l'ancienneté moyenne de 9,1 années (médiane à 7 années). Les professions paramédicales étaient prédominantes avec 62,3% des répondants. Dans la majorité des cas les personnes travaillaient sur un mode hospitalier uniquement (60,1%), et alternaient entre les horaires de jour et de nuit (78,2%).

Les réponses issues des services de la MEL correspondaient à 24,3% des réponses totales.

	Valeurs		IC 95%
	effectifs (n=)	pourcentages (%)	
<b>Sexe</b>			
Femmes	526	62,3	[58,9 ; 65,5]
Hommes	319	37,8	[34,5 ; 41,1]
<b>Âge moyen (médiane)</b>	37,3ans (36ans)	-	[36,6 ; 37,9]
<b>Ancienneté moyenne (médiane)</b>	9,1 ans (7ans)	-	[8,5 ; 9,6]
<b>Profession</b>			
Paramédicale	528	62,3	[59,0 ; 65,6]
Médicale	202	23,9	[21,0 ; 26,9]
Administrative	71	8,4	[6,6 ; 10,5]
Stagiaire	44	5,2	[3,8 ; 6,9]
Autres	2	0,2	[0,03 ; 0,9]
<b>Type d'exercice</b>			
Préhospitalier seul	61	7,2	[5,6 ; 9,2]
Hospitalier seul	509	60,1	[56,7 ; 63,4]
Les deux	277	32,7	[29,6 ; 36,0]
<b>Horaires d'exercice</b>			
De nuit uniquement	46	5,4	[4,0 ; 7,2]
De jour uniquement	139	16,4	[13,9 ; 19,0]
Les deux	664	78,2	[75,3 ; 81,0]
Travail parfois 24h d'affilé (garde)	271	32,1	[28,9 ; 35,3]
<b>Lieu d'exercice</b>			
Métropole Européenne de Lille	202	24,3	[21,5 ; 27,4]
Hors Métropole Européenne de Lille	628	75,7	[72,6 ; 78,6]

**Tableau II** : Caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles de la population étudiée.

La répartition des réponses par centre variait entre 0,2% et 9,4%. Les six premiers centres participants représentaient 53,3% des réponses, la médiane était de 3,7% et la moyenne de 4,3% des réponses. **(Figure 4)**



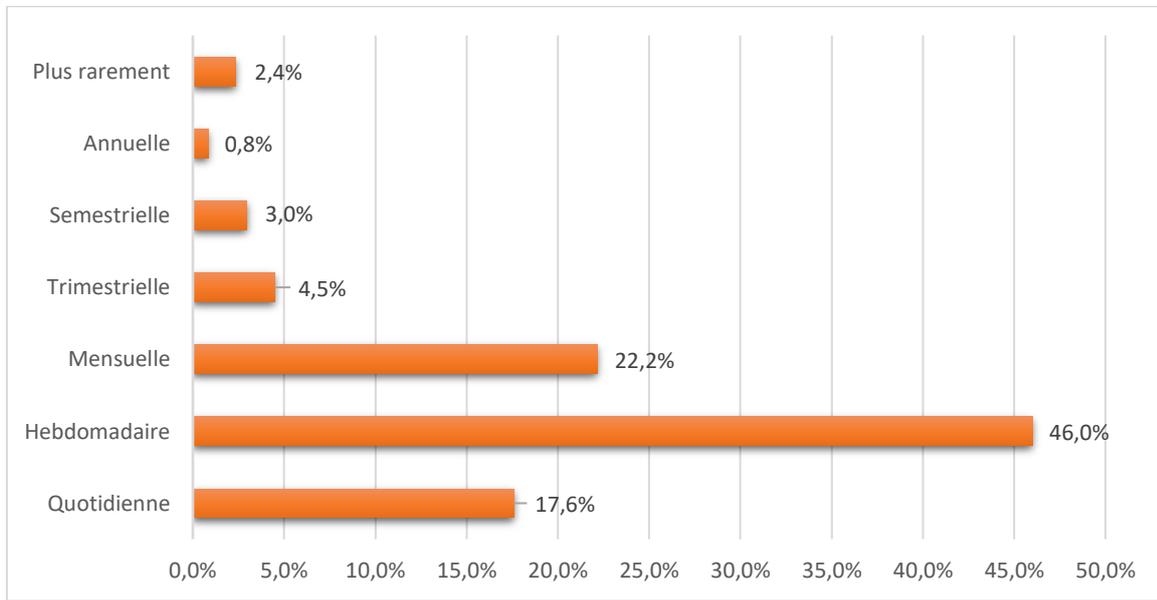
**Figure 4** : Répartition du nombre de réponses à l'enquête, par centre (n=854 réponses).

## 2) Les ressentis actuels, antérieurs et futurs de la violence

**96.7%** des répondants (n=824, IC95% [95.3 ; 97.8]) estimaient avoir déjà été victime de violences en répondant au questionnaire.

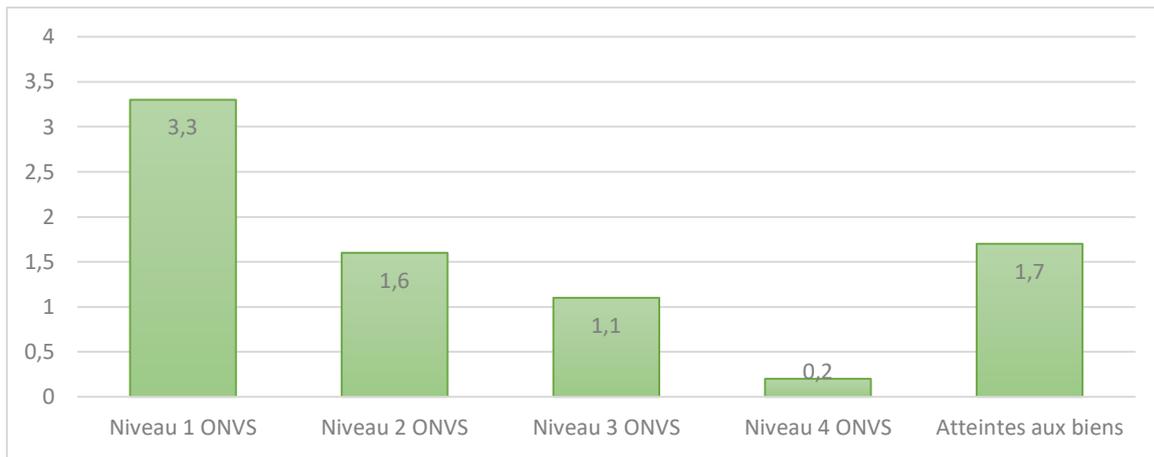
La fréquence ressentie au sein des structures incluses dans l'étude était majoritairement **hebdomadaire** avec 46% des réponses [IC 95% 42,6 ; 49,4].

A noter que 17,6% des répondants estimaient cette fréquence de manière quotidienne, [IC 95% 15,1 ; 20,3], et 22,2% de manière mensuelle [IC 95% 19,4 ; 25,1]. **(Figure 5)**



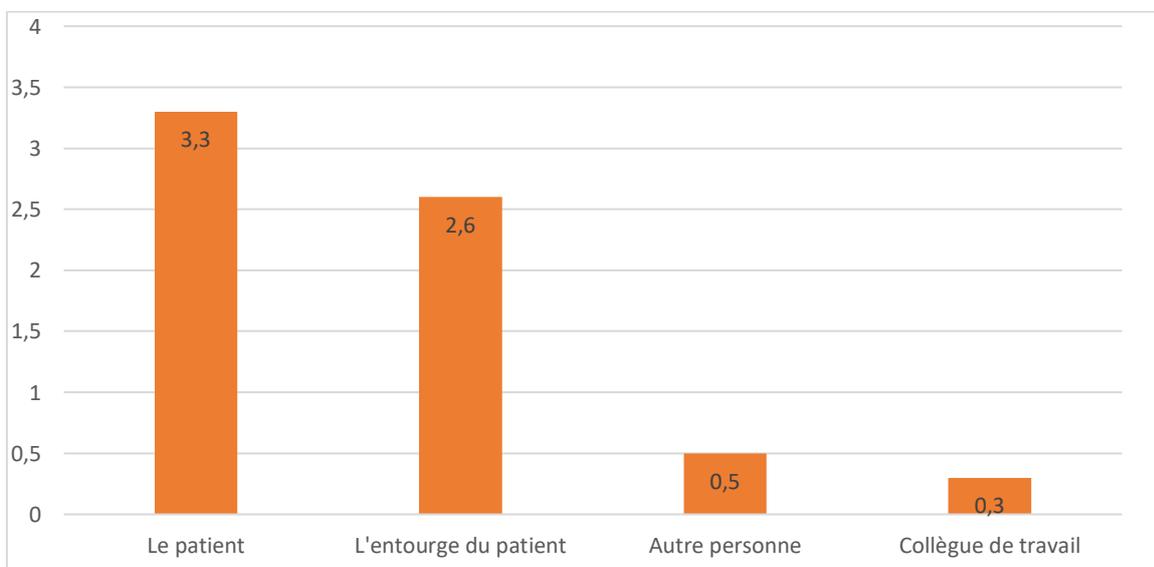
**Figure 5 : Fréquence actuelle ressentie**

Le niveau de violence le plus fréquemment ressenti correspondait au niveau ONVS 1 (injures, insultes et provocations sans menace), les atteintes aux biens venaient en seconde position avant le niveau ONVS 2 (menace d'atteinte à l'intégrité physique, menace de mort, port d'arme). **(Figure 6)**



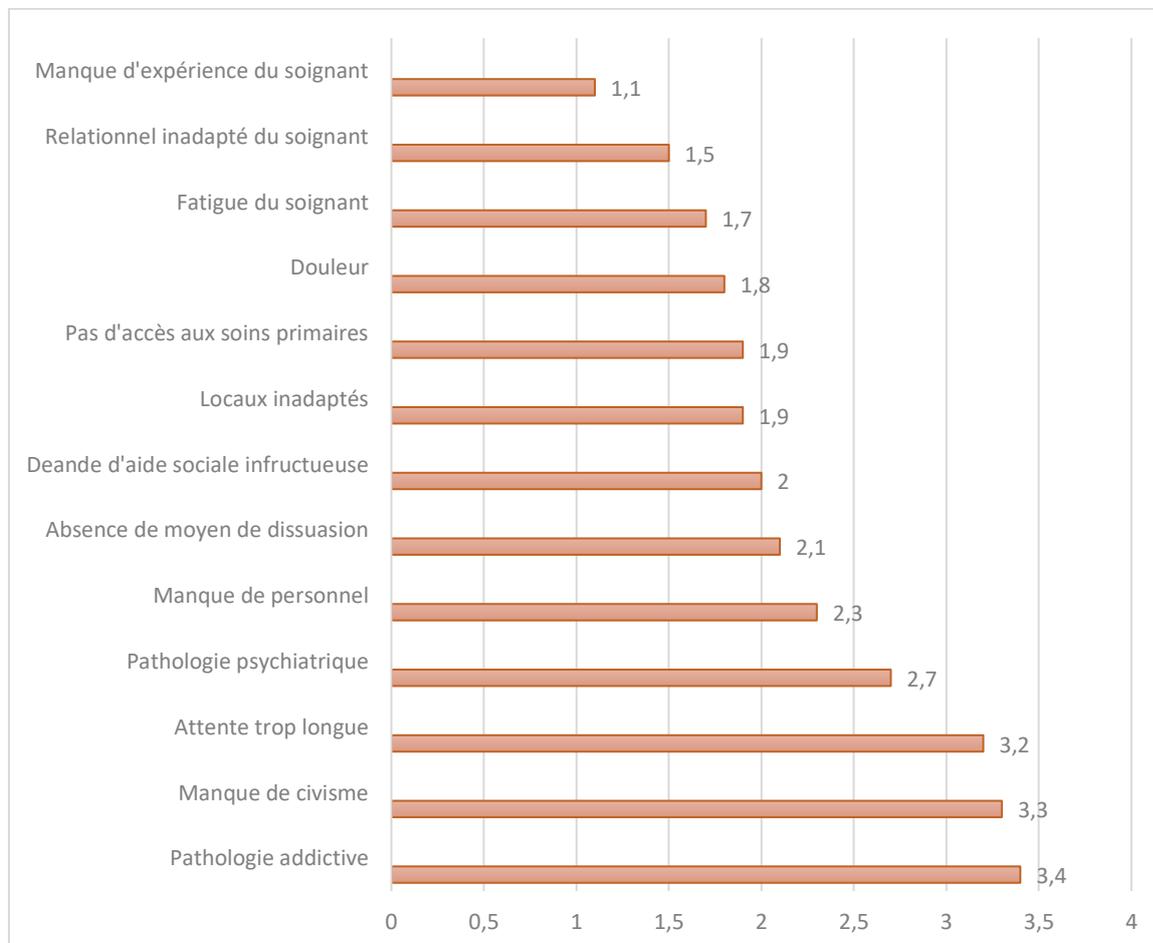
**Figure 6 : Score de fréquence des différents types de violences actuelles.**(0 = jamais, 1= rarement, 2= parfois, 3= souvent 4 = très souvent) Niveau ONVS 1 : injures, insultes et provocations sans menaces ; Niveau ONVS 2 : menaces d'atteinte à l'intégrité physique, menaces de mort, port d'armes ; Niveau ONVS 3 : violences physiques volontaires ou menaces avec arme ; Niveau ONVS 4 : violences avec armes, viol, crime ; atteintes aux biens : vols, dégradation de matériel, de biens personnels (Annexe 2).

Quant aux auteurs des violences : *les patients* revenaient le plus fréquemment, venait ensuite *l'entourage des patients*. Les autres personnes ou les collègues de travail n'étaient pratiquement jamais rapportés. **(Figure 7)**



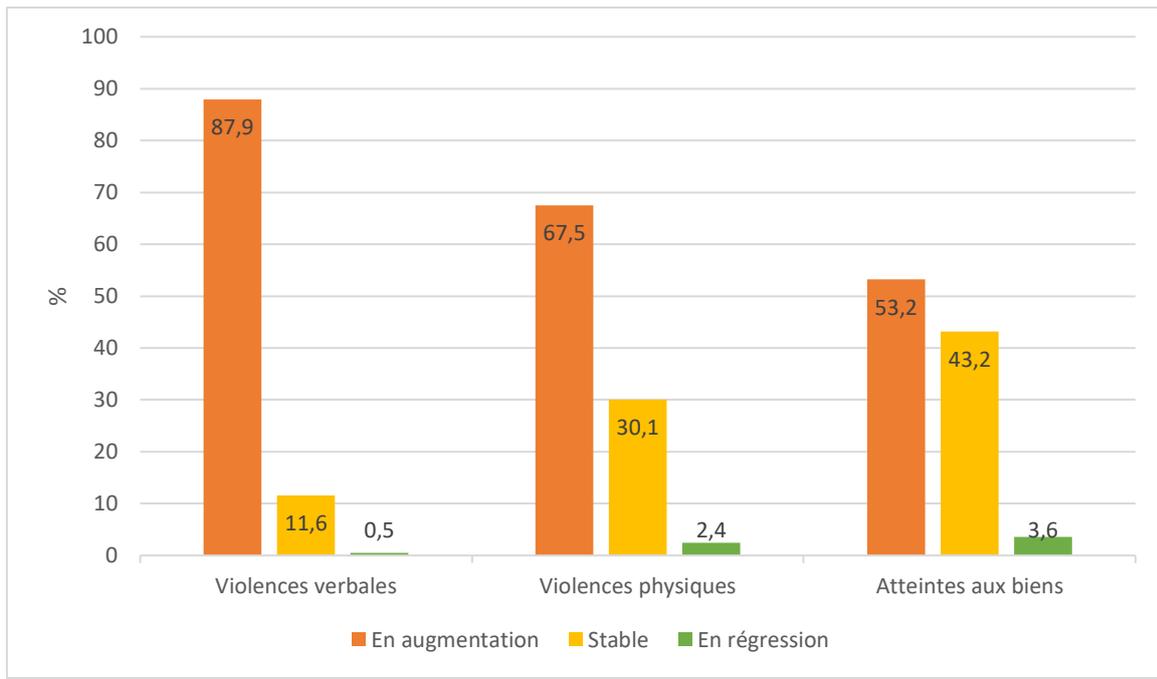
**Figure 7 : Classification des auteurs de violences selon un score de fréquence.** (0= jamais, 1= rarement, 2= parfois, 3= souvent, 4= Très souvent)

**La figure 8** illustre les motifs les plus fréquemment rapportés. Il s'agissait des pathologies addictives, du manque de civisme et d'une attente trop longue aux urgences. Ces trois motifs ont obtenu un score supérieur à 3 sur 4.

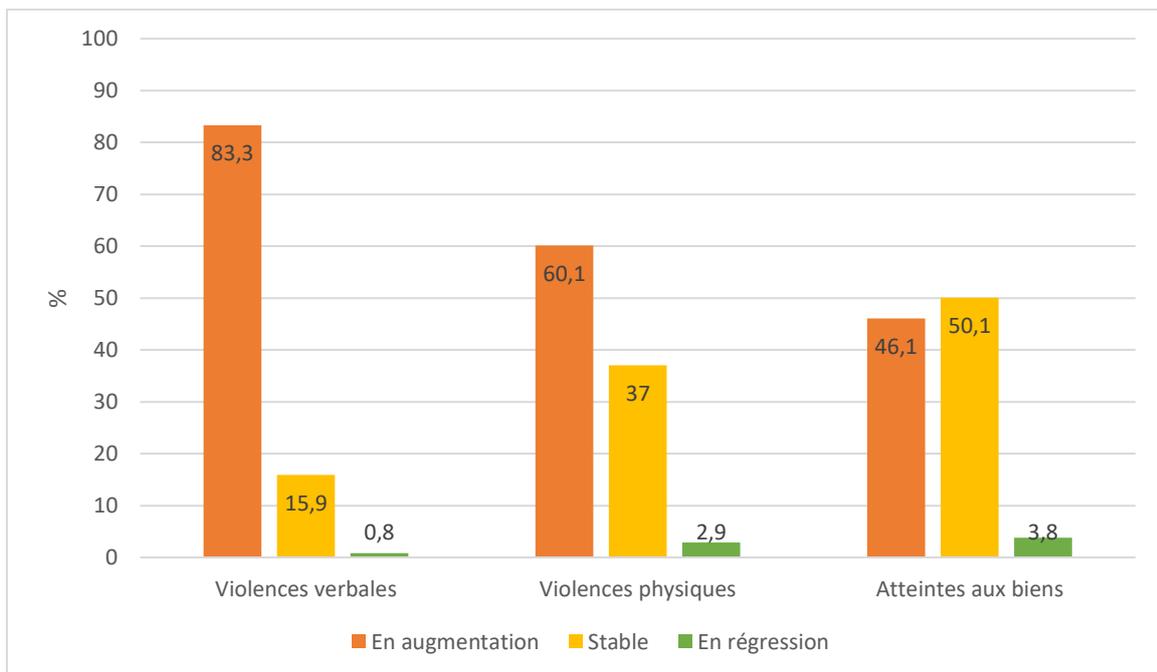


**Figure 8** : Classification des motifs de violences selon un score de fréquence de 0 à 4 (0= jamais, 1= rarement, 2= parfois, 3= souvent, 4= très souvent).

Les violences verbales et physiques étaient en augmentation sur les cinq dernières années, tant sur le plan de la fréquence que de l'intensité (violences verbales en augmentation sur la fréquence à 87,9% [IC95% 85,5 ; 90,0], et sur l'intensité à 83,3% [IC95% 80,6 ; 85,8] ; violences physiques en augmentation sur la fréquence à 67,5% [IC95% 64,2 ; 70,7] et sur l'intensité à 60,1% [IC95% 56,7 ; 63,4]). **(Figure 9 et 10)**

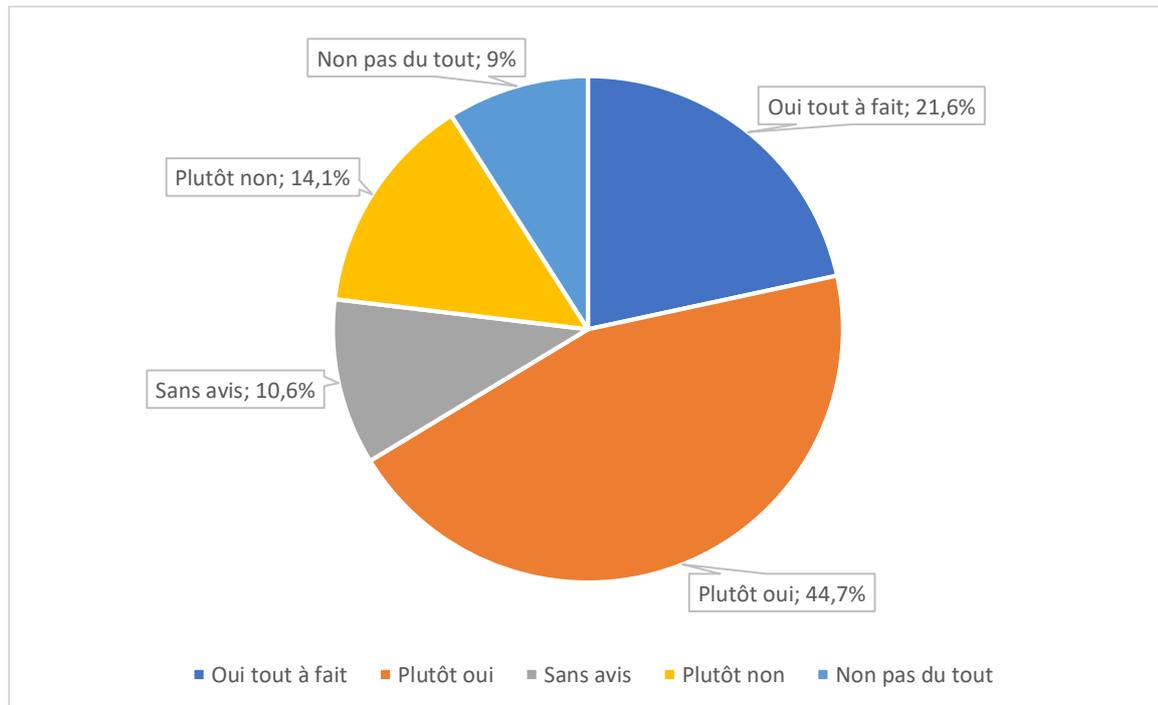


**Figure 9** : Ressenti quant à l'évolution de la *fréquence* des violences sur les cinq dernières années.



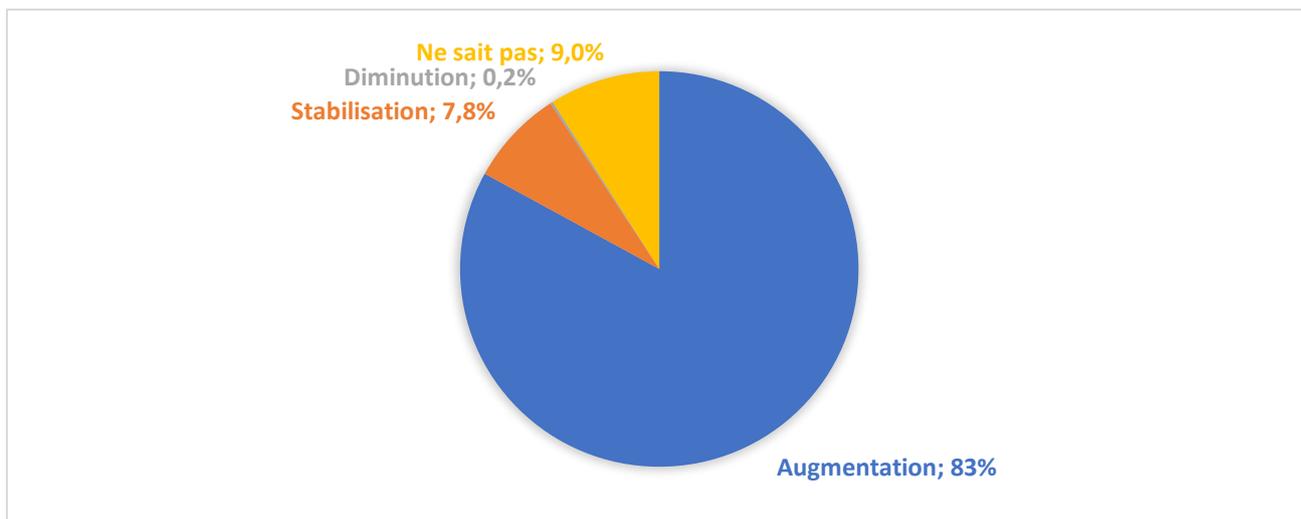
**Figure 10** : Ressenti quant à l'évolution de l'*intensité* des violences sur les cinq dernières années.

De manière générale, 66,3% pensaient que la violence leur avaient fait changer leur attitude et leur relation vis-à-vis du patient. (21,6% répondaient « oui tout à fait » [IC95% 18,9 ; 24,6], 44,7% répondaient « plutôt oui » [IC95% 41,3 ; 48,1]). **(Figure 11)**



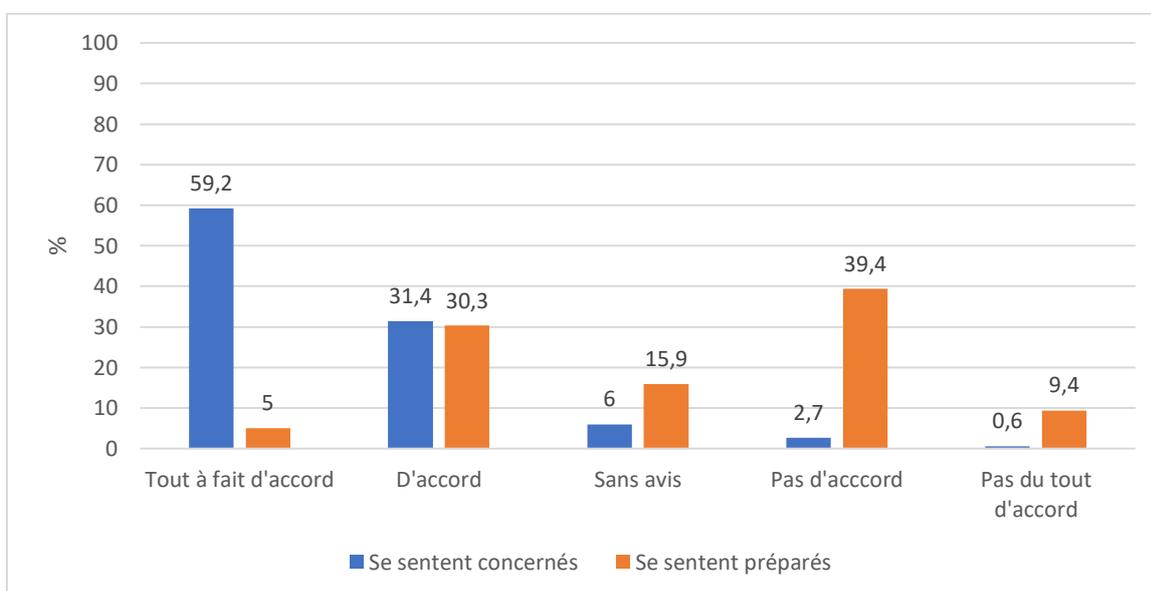
**Figure 11** : Réponses à la question : Pensez-vous que la violence vous a fait changer votre attitude et votre relation vis-à-vis du patient ?

On notait que **83%** [IC95% 80,3 ; 85,5] des répondants prévoyaient une augmentation des violences tout type confondu dans l'avenir. Seuls, 0,2% [IC95% 0,03 ; 0,8] prévoyaient une diminution du phénomène. **(Figure 12)**



**Figure 12 :** Ressenti quant à l'avenir en termes de fréquence des violences.

Concernant les violences extérieures (menace terroriste, plan NOVI, NRBC, violences urbaines dans des quartiers difficiles, règlements de comptes...), le personnel des structures d'Urgences se sentait concerné dans 90,6% des réponses. Mais, seul 35,3% du personnel se sentaient suffisamment préparés pour faire face à ces situations. **(Figure 13)**



**Figure 13 :** Ressenti quant aux violences extérieures.

3) La déclaration : évolution, les motifs de non déclaration, les suites données, les personnes concernées :

On constatait que 96,7% [IC95% 95,3 ; 97,8] des répondants (n= 824) estimaient avoir déjà été victime de violence sur leur lieu de travail, cependant, **31,8%** [IC95% 28,6 ; 35,0] des répondants (n= 269) n'avaient jamais déclaré d'évènement violent.

Cependant, 39% [IC95% 35,7 ; 42,3] estimaient déclarer plus souvent qu'il n'y a cinq ans, contre 3,4% [IC95% 2,3 ; 4,9] qui eux estimaient déclarer moins souvent qu'il n'y a cinq ans. Néanmoins, 16,8% [IC95% 14,3 ; 19,5] estimaient déclarer de manière identique et 9,1 % [IC95% 7,2 ; 11,2] n'avaient pas d'avis sur la question.

→ *Moyens de déclaration :*

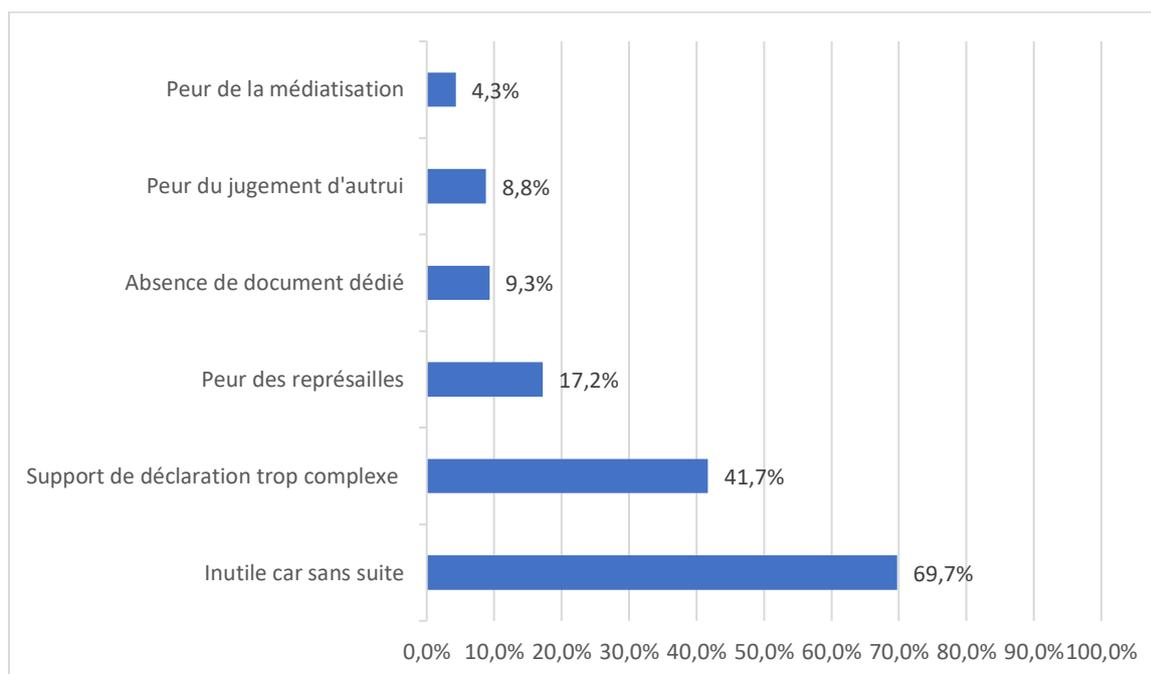
Lors de l'analyse du questionnaire cadre Q2 (**Annexe n°3**), on constatait l'existence d'un protocole de déclaration dans 19 des 23 centres. Les déclarations s'effectuaient par informatique dans 21 de ces centres.

En moyenne, 24,4 Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) sont rédigées avec un motif de violence, par an et par centre [IC95% 17,4 ; 31,5] ; contre 7,5 déclarations ONVS en moyenne, par an et par centre [IC95% 6,3 ; 8,7].

L'ONVS était mal connu des professionnels. Ainsi, parmi le personnel interrogé (**questionnaire Q1, annexe n°1**), seul 17% [IC95% 14,5 ; 19,7] connaissaient l'existence de l'ONVS, et 77,2% [IC95% 74,2 ; 80,0] soit n= 654, avouaient ne pas connaître cet observatoire.

→ *Motifs de non déclaration :*

Le motif de non-déclaration prépondérant était l'absence de suite donnée aux déclarations, il était retrouvé dans 69,7% des réponses [IC95% 66,5 ; 72,7]. Dans 41,7% des réponses, le support de déclaration était jugé trop complexe [IC 95% 38,4 ; 45,1]. **(Figure 14)**

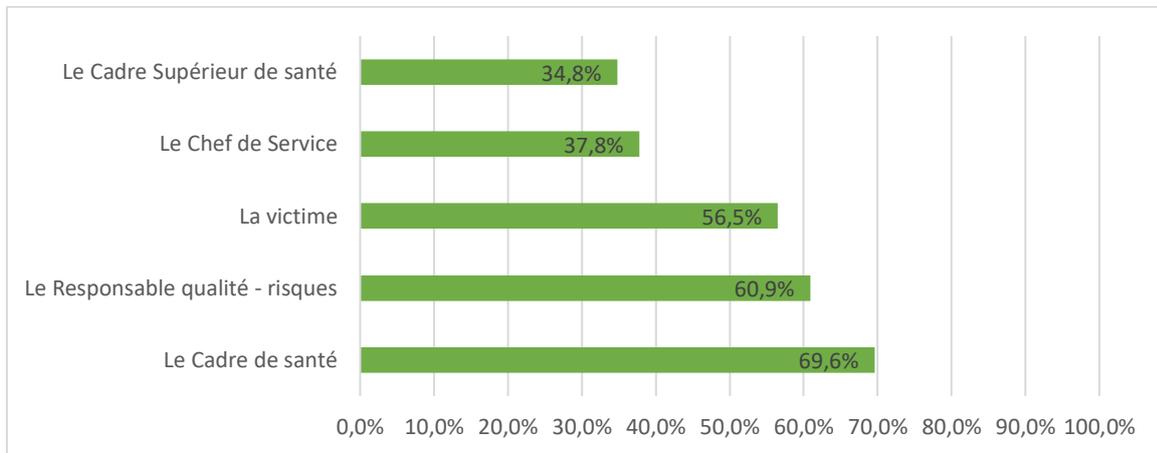


**Figure 14** : Classification des motifs de non déclaration.

→ *Les personnes concernées :*

Les cadres de santé étaient les personnes les plus souvent impliquées dans le traitement des déclarations, dans 69,6% des centres interrogés (n= 16/23). Les responsables qualité des hôpitaux l'étaient dans 60,9% des cas (n= 14/23). Quant à la victime, elle déclarait dans 56,5% des centres (n= 13/23).

Il semblait donc exister une « chaîne de déclaration » comprenant trois acteurs principaux : le cadre de santé, le responsable qualité de l'établissement et la victime. **(Figure 15)**



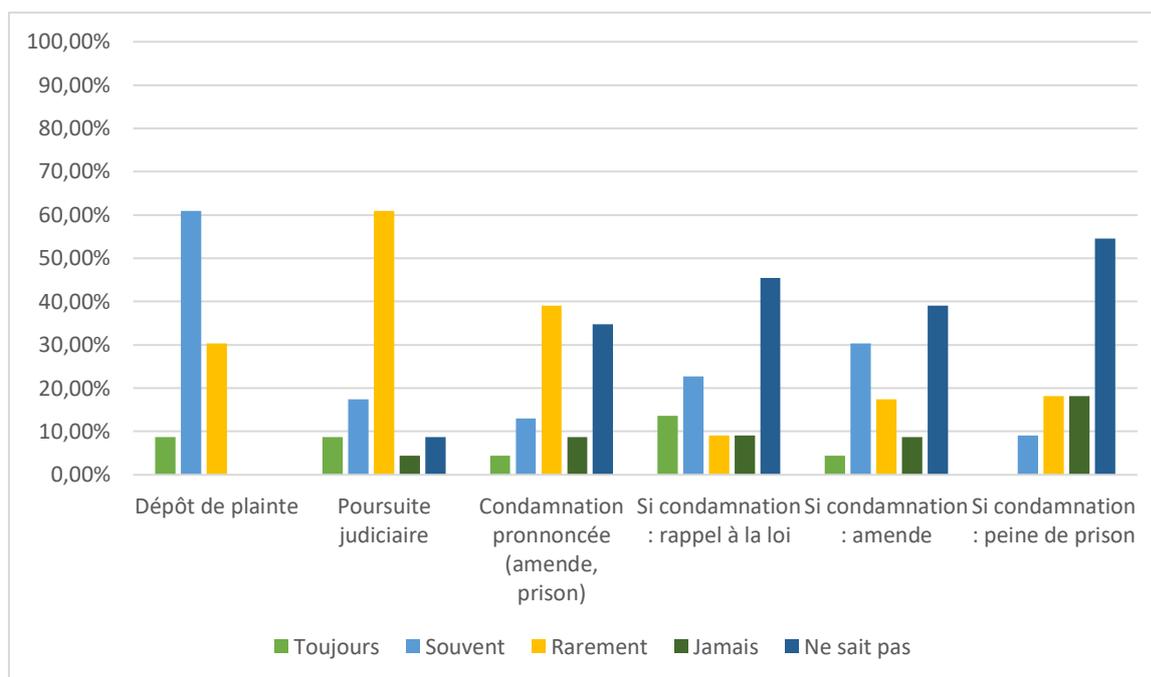
**Figure 15** : Investissement des personnes dans le traitement des déclarations. Le nombre des observations peut être supérieur à n= 23 (question à réponses multiples).

→ *Les suites données :*

Ces données étaient issues du questionnaire cadre Q2.

Une plainte était « souvent » (60,9% ; n = 14 centres) déposée après déclaration. **(Figure 16)**. Dans 39,1% (n= 9 centres) il s'agissait de la victime, seule, qui allait déposer plainte. Dans 4,4% (n= 1 centre) il s'agissait de l'établissement seul, et dans 56,5% (n= 13 centres) il s'agissait des deux (la victime et l'établissement).

Cependant, les poursuites judiciaires, étaient relativement « rares » (60,9% des cas n = 14 centres). Concernant les différents types de condamnation, les services étaient de toute évidence peu informés de ces suites et répondaient « ne sait pas » dans la plupart des cas. **(Figure 16)**



**Figure 16 : Fréquence des suites données après déclaration des événements violents, d'après les responsables des structures (questionnaire Q2)**

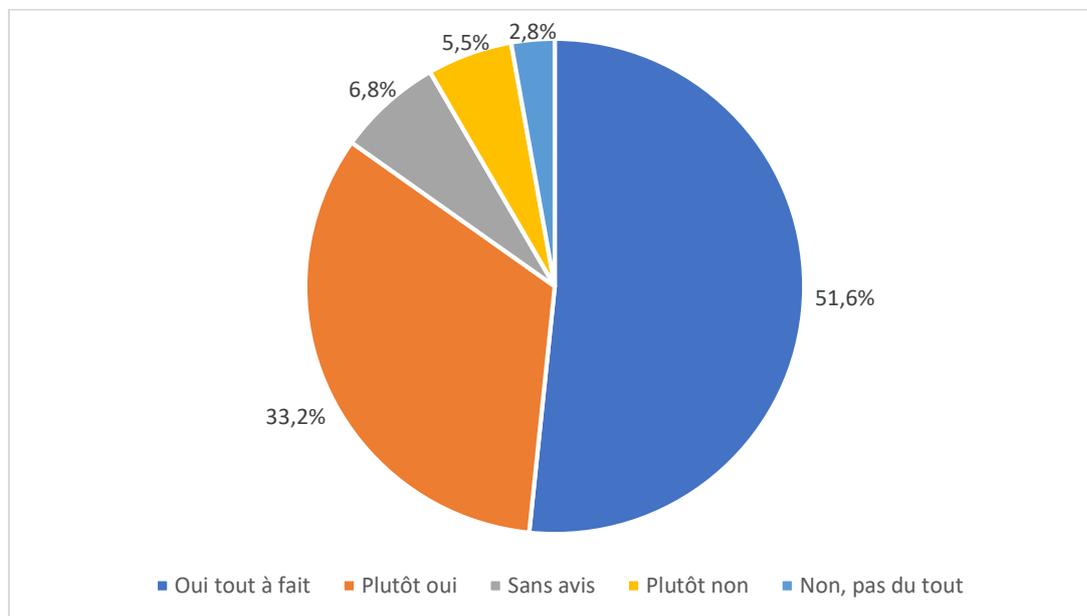
#### 4) Les formations : taux de personnes formées, désir de formation.

Ces données étaient issues du questionnaire on-line Q1.

On constatait que 45,7% des personnes étaient formées dans le domaine des violences hospitalières. Elles étaient essentiellement internes à l'hôpital (pour 35,6% de formations internes, contre 10,1% de formations extérieures, et 54,3% de non formées).

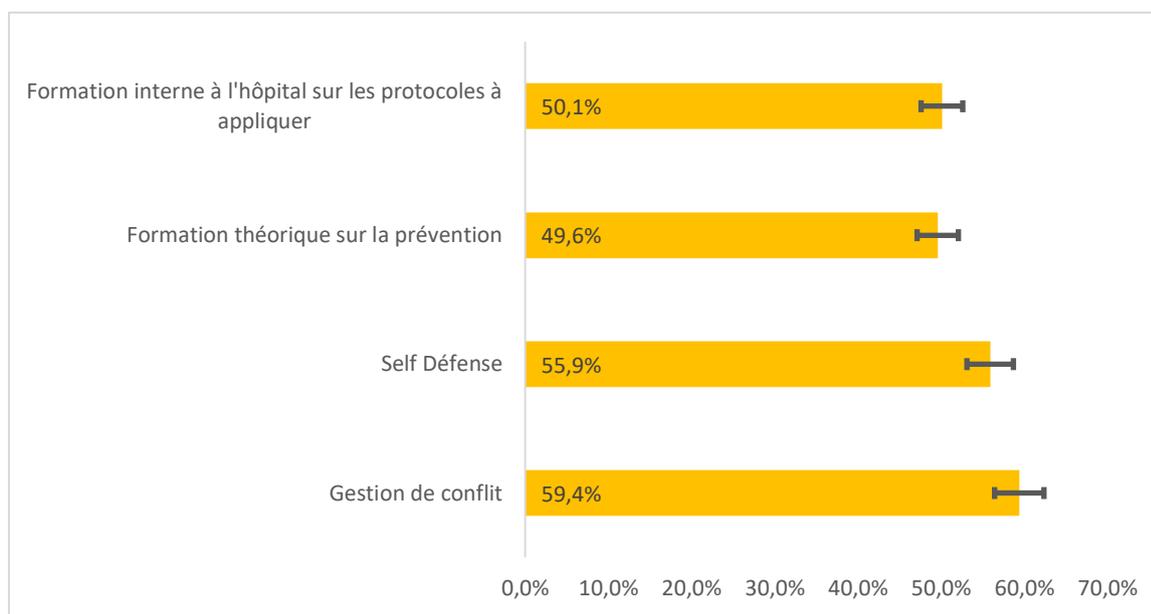
Pour les personnes déjà formées (45,7% n=363), il s'agissait d'une formation proposée par l'établissement d'exercice dans 78,2% des cas. Celle-ci était déclarée « obligatoire » pour 24 professionnels (6,5% des personnes formées).

La demande de formation était forte : 84,8% des participants étaient favorables, voire très favorables (51,6% « tout à fait favorables » et 33,2% « favorables »). (Figure 17).



**Figure 17** : Désir d'être formé, ou de recevoir une nouvelle formation

Globalement, tout type de formation était plébiscité par les répondants. Cependant, la « gestion de conflit » ainsi que le « Self Défense » apparaissaient en tête avec respectivement 59,4% et 55,9% de répondants favorables. (Figure 18).

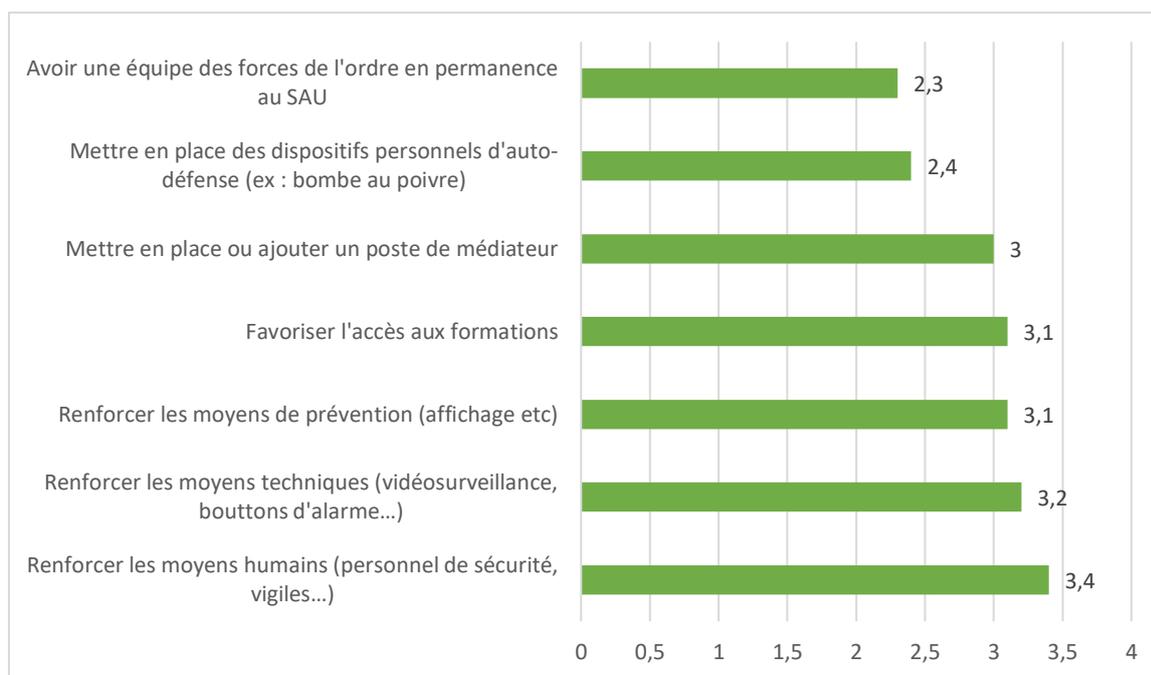


**Figure 18 : Type de formation souhaitée.** (Le total dépasse 100% car les personnes pouvaient sélectionner un ou plusieurs type(s) de formation(s)).

##### 5) Quels sont les moyens à envisager dans l'avenir selon le personnel ?

Les moyens humains et techniques, les techniques de prévention ainsi que l'accès aux formations, ou l'ajout d'un poste de médiateur semblaient être prépondérants, avec un score moyen supérieur à 3 (correspondant à « d'accord »).

On remarquait que la présence des forces de l'ordre en permanence au SAU suscitait des avis plus mitigés (41,3% des répondants favorables, 28,5% de neutres et 30,2% défavorables), tout comme la mise en place de dispositifs d'auto-défense (49,6% favorables, 23,5% neutres, 26,9% défavorables). **(Figure 19)**



**Figure 19 : Classification des moyens d'améliorations à envisager selon le personnel, sur un score de 0 à 4. (0=pas du tout d'accord, 1 = pas d'accord, 2 = neutre, 3 = d'accord, 4 = tout à fait d'accord).**

## B- La violence est-elle plus d'actualité au sein de la Métropole Européenne de Lille ?

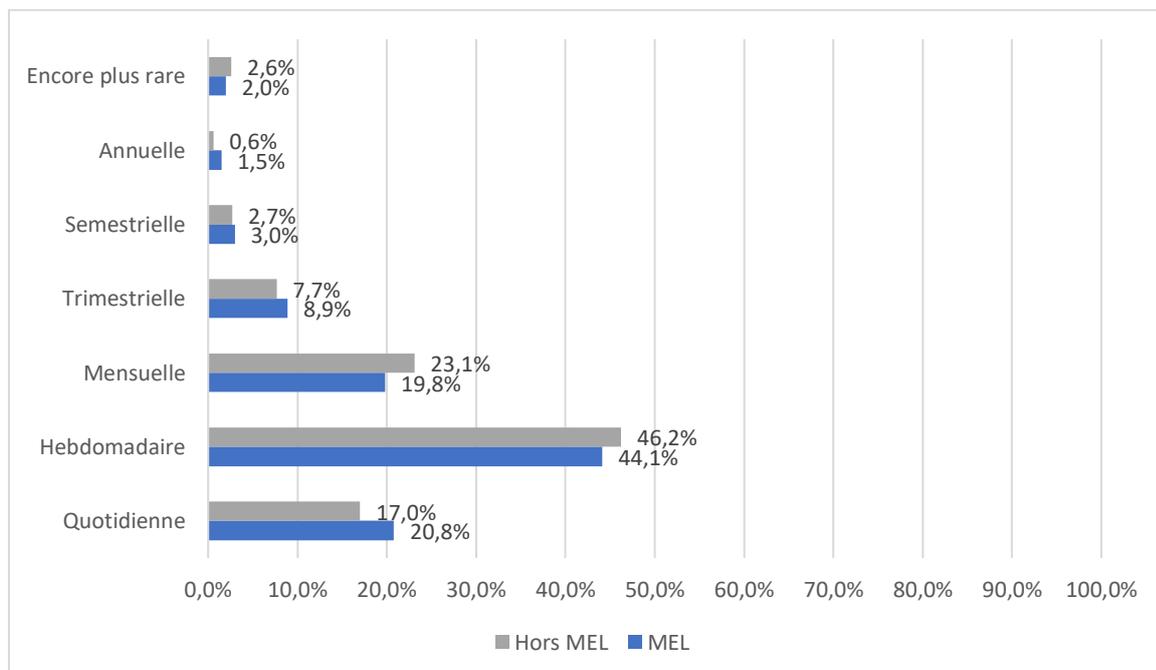
Au total, 24,3% (n= 202) des répondants faisaient partie d'un service de la Métropole Européenne de Lille (MEL).

### 1) Taux de participation à l'étude

Le taux de participation au sein des centres de la MEL était de 21,2%, contre 42,2% concernant les centres hors-MEL.

### 2) En termes de fréquence ressentie

Il ne semblait pas exister de différence significative sur le ressenti de la fréquence des évènements violents. La fréquence ressentie restait majoritairement « hebdomadaire » que l'on soit hors-MEL ou intra-MEL. **(Figure 20)**



**Figure 20 :** Comparatif du ressenti de la fréquence des évènements violents selon l'appartenance à la Métropole Européenne de Lille ou non.

Il n'était pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le ressenti de l'augmentation en fréquence des différents types de violences, sur les cinq dernières années, selon MEL ou Hors-MEL. (**Tableau III**)

	Hors MEL	MEL	p value
Augmentation en fréquence des violences verbales	88,6%	86,5%	p=0,51
Augmentation en fréquence des violences physiques	68,3%	66,1%	p=0,64
Augmentation en fréquence des atteintes aux biens	53,1%	55,2%	p=0,67

**Tableau III** : Comparatif du ressenti de l'augmentation, en fréquence, sur les 5 dernières années, des différents types de violence selon l'appartenance à la Métropole Européenne de Lille ou non.

### 3) En termes d'intensité des violences

Il était mis en évidence une différence, statistiquement significative, concernant le niveau de violences ONVS 2 (menace d'atteinte à l'intégrité physique, menace de mort, port d'arme). Ce niveau semble plus fréquemment ressenti au sein de la MEL avec un score de 1,74 [IC95% 1,59 ; 1,89], contre un score de 1,56 [IC95% 1,48 ; 1,64] hors MEL, avec p=0.04. (**Tableau IV**)

Pour le reste des différents niveaux ONVS, il n'était pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre MEL et Hors MEL.

	Hors MEL	MEL	p value
Niveau ONVS 1	3,3	3,4	0,62
Niveau ONVS 2	<b>1,56</b>	<b>1,74</b>	<b>0,04</b>
Niveau ONVS 3	1,1	1	0,19
Niveau ONVS 4	0,2	0,2	0,31
Atteintes aux biens	1,7	1,8	0,22

**Tableau IV** : Comparatif des différents scores des niveaux ONVS des violences selon l'appartenance à la Métropole Européenne de Lille ou non. (0=jamais ; 4=très souvent). Niveau ONVS 1 : injures, insultes et provocations sans menaces ; Niveau ONVS 2 : menaces d'atteinte à l'intégrité physique, menaces de mort, port d'arme(s) ; Niveau ONVS 3 : violences physiques volontaires ou menaces avec arme(s) ; Niveau ONVS 4 : violences avec arme(s), viol, crime ; atteintes aux biens : vols, dégradation de matériel, de bien personnel.

#### 4) Les motifs sont-ils les mêmes ?

Il existait une différence significative pour trois motifs (**Tableau V**) :

- « Pathologie addictive », était plus ressenti hors MEL : score de 3,42 [IC95% 3,36 ; 3,48] hors-HMEL, contre 3,26 [IC 95% 3,14 ; 3,38] pour la MEL, (p=0,023)
- « Manque de moyens de dissuasion », était plus ressenti en MEL : Score de 2,38 [IC95% 2,19 ; 2,57] au sein de la MEL contre un score de 1,98 [IC95% 1,87 ; 2,09] hors MEL (p=0,00039)
- et « attente trop longue » était plus ressenti hors MEL : score de 3,22 [IC 95% 3,16 ; 3,28] hors-MEL et 3,06 [IC 95% 2,94 ;3,18] au sein de la MEL.

Pour tous les autres motifs, il n'était pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les services de la MEL et ceux hors MEL.

Motifs	Hors MEL	MEL	p value
Douleur	1,8	1,8	0,78
Attente trop longue	<b>3,22</b>	<b>3,06</b>	<b>0,03</b>
Demande d'aide sociale infructueuse	2	1,9	0,58
Manque de civisme	3,3	3,3	0,37
Pathologie psychiatrique	2,7	2,6	0,12
Pathologie addictive	<b>3,42</b>	<b>3,26</b>	<b>0,02</b>
Manque de personnel	2,3	2,3	0,33
Locaux inadaptés	2	1,9	0,26
Manque de moyen de dissuasion	<b>1,98</b>	<b>2,38</b>	<b>&lt;0,01</b>
Manque d'accès aux soins primaires	1,9	2	0,67
Manque d'expérience du soignant	1,1	1,3	0,05
Fatigue du soignant	1,7	1,6	0,72
Relationnel du soignant inadapté	1,5	1,6	0,23

**Tableau V** : Comparatif des fréquences ressenties des différents motifs selon l'appartenance à la Métropole Européenne de Lille ou non, et selon un score de 1 à 5. (1= jamais, 2= rarement, 3= parfois, 4= souvent, 5= très souvent).

## 5) En termes d'avenir

Il n'était pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur l'évolution pressentie quant à l'avenir des violences : 91,1% des personnes interrogées pensent à une augmentation de ces événements dans l'avenir, que cela soit au sein de la MEL ou en dehors ( $p=1$ ). En outre, 8,9% des répondants pensent plutôt à une stabilisation voire une diminution du phénomène. (Les personnes ayant répondu « ne sait pas » étaient exclues de cette analyse).

Le **Tableau VI** mettait en évidence une différence statistiquement significative sur les violences extérieures (menace terroriste, plans NOVI, risque NRBC, violences et tensions dans les quartiers difficiles, règlements de comptes...). Le personnel travaillant dans les services de la MEL se sentait plus concerné mais aussi plus préparé face aux violences extérieures :

	Hors MEL	MEL	p value
Se sentent concernés	3,4	3,6	<0,01
Se sentent préparés	1,7	2	0,003

**Tableau VI** : Comparatif MEL/Hors MEL, concernant les violences extérieures, selon un score de 0 à 4. (0= pas du tout d'accord, 1= pas d'accord, 2= sans avis, 3= d'accord, 4= tout à fait d'accord).

## 6) En termes de formations

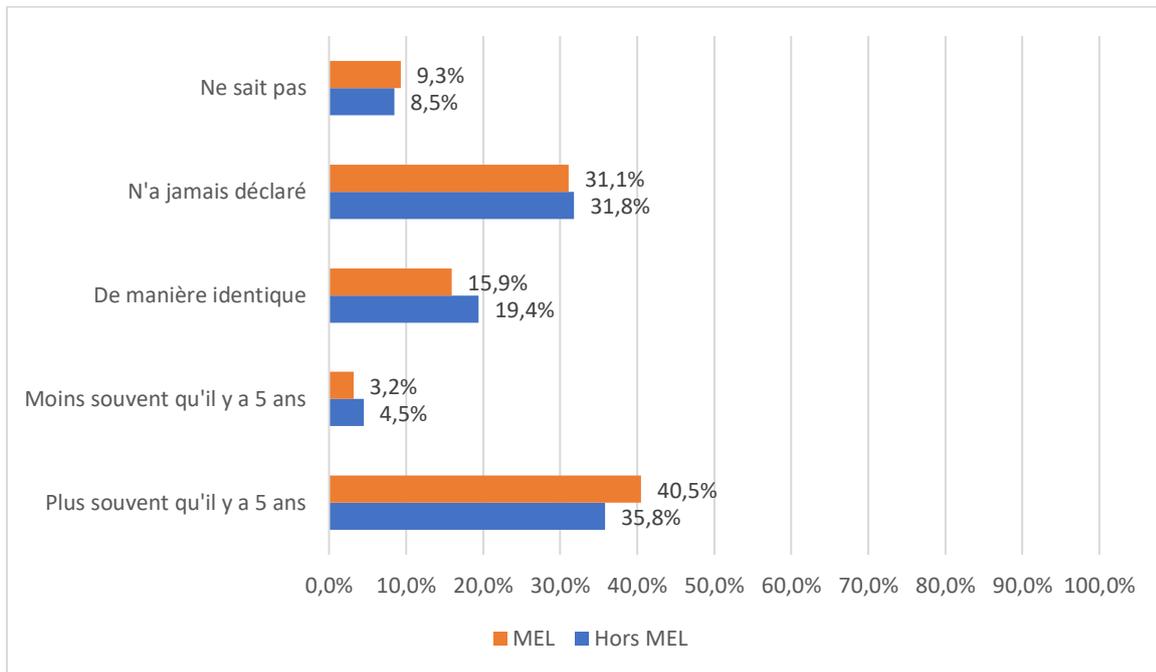
Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le taux de formation et la demande de formation. (**Tableau VII**)

	Hors Mel	MEL	p value
Taux de formation	41,1%	47,0%	0,16
Désir de formation	3,3	3,2	0,28

**Tableau VII** : Comparatif MEL/Hors MEL sur le taux de formation en pourcentage, et le score de demande de formation. (0= pas du tout, 1= plutôt non, 2= sans avis, 3= plutôt oui, 4= tout à fait).

## 7) En termes de déclaration

Les services de la MEL déclareraient plus souvent qu'il y a cinq ans comparativement à ceux hors MEL. **(Figure 21)**



**Figure 21** : Evolution des déclarations selon l'appartenance à la MEL ou non.

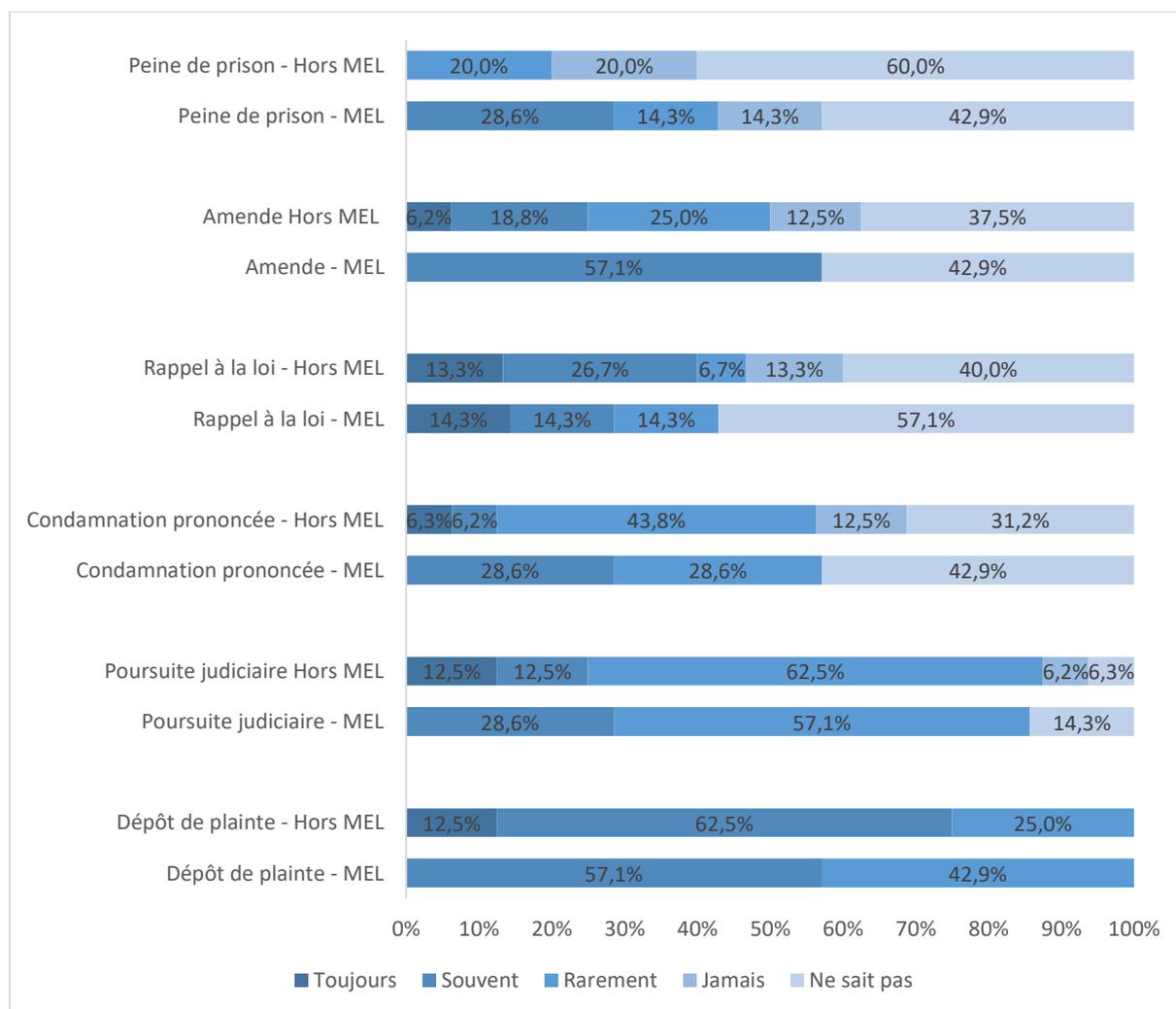
Concernant la connaissance de l'ONVS par le personnel des services, il n'était pas mis en évidence de différence statistiquement significative ; Dans la MEL l'ONVS est connu à 16,4% contre 17,3% hors MEL avec  $p = 0,85$ .

## 8) En termes de suites engagées après les déclarations

Il semblerait qu'au sein de la MEL les structures d'Urgences soient **moins au courant** des suites données aux déclarations, notamment sur la question des condamnations (existence ou non, types de condamnation).

De même, il y aurait plus souvent un dépôt de plainte après déclaration, hors MEL, qu'au sein de la MEL (75% hors MEL contre 57,1% dans la MEL).

Enfin, les amendes seraient plus fréquentes dans la MEL (57,1%), que hors MEL (25%). **(Figure 22)**



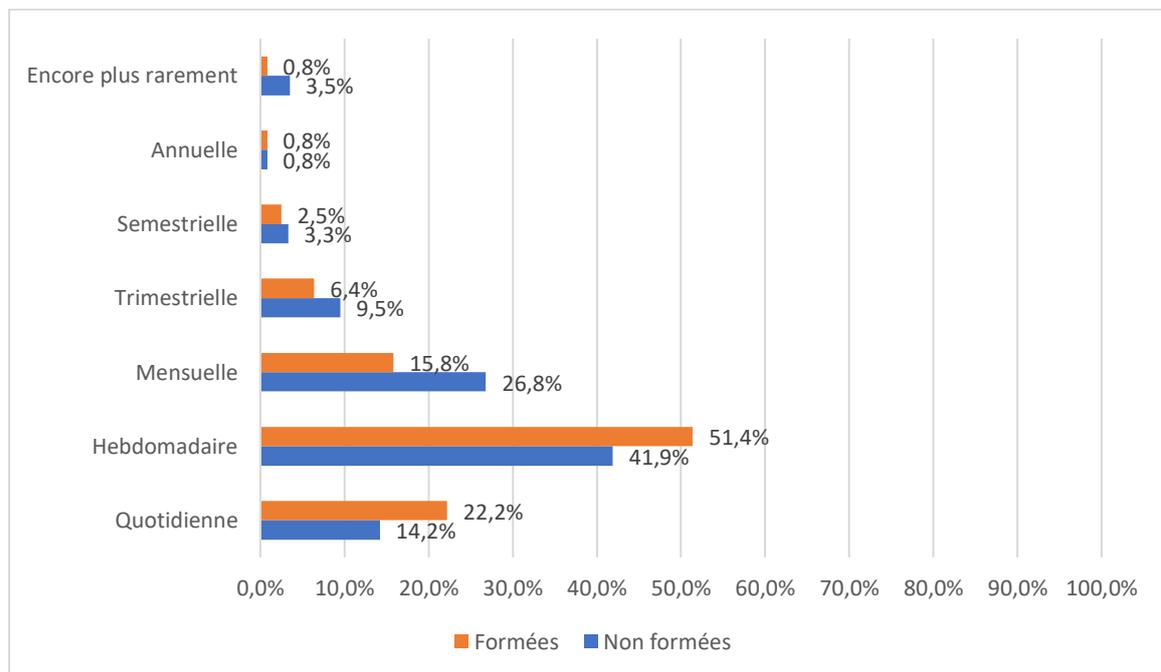
**Figure 22 : Comparatif MEL – Hors MEL sur les suites données après une déclaration d'évènement violent.**

### C- L'impact des formations : existe-il une différence chez les personnes formées ?

Au total, 32,6% des participants avaient reçu une formation interne à l'hôpital [IC95% 29,4 ; 35,8], et 10,1% avaient reçu une formation extérieure [IC95% 8,2 ; 12,3], soit une proportion de personnes formées à 42,7% [IC95% 37,6 ; 48,1].

#### 1) Les formations ont-elles un impact sur la fréquence ressentie de la violence ?

Les personnes formées percevaient la violence de manière **plus fréquente** que les personnes non formées. (**Figure 23**)



**Figure 23** : Comparatif entre les personnes formées et non formées sur la fréquence ressentie des évènements violents.

Il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative sur l'évolution des violences dans l'avenir selon que l'on soit formé ou non :

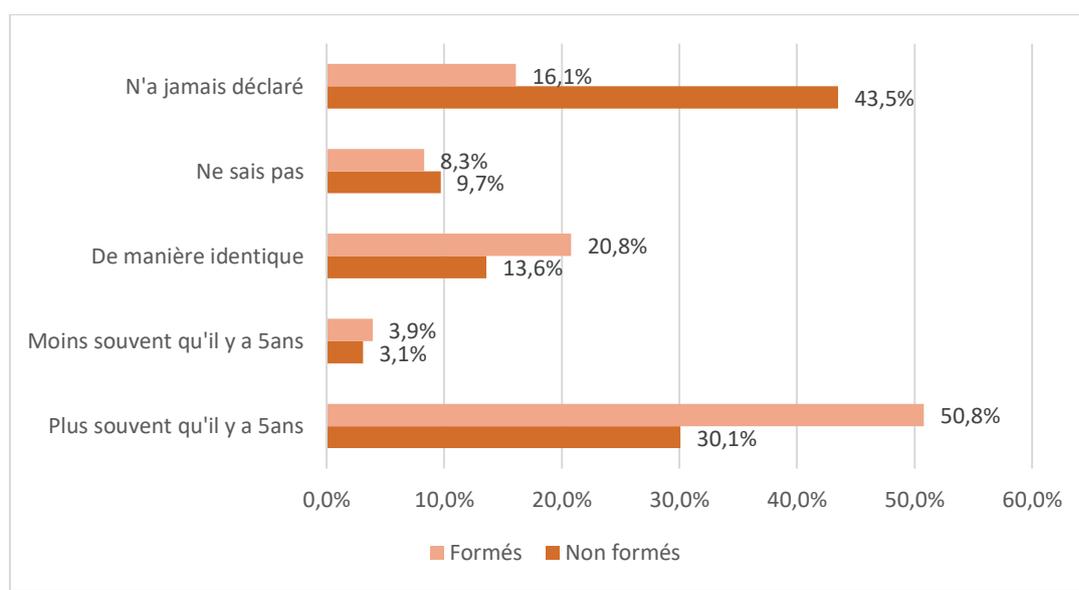
Chez les personnes formées, 93,4% pensaient à une augmentation du phénomène à l'avenir contre 89,5% chez les non formées ( $p= 0,08$ ).

## 2) Les formations reçues ont-elles un impact sur la déclaration ?

La figure 24 illustre les différences en termes de déclaration selon que les personnes soient formées ou non :

Les personnes ayant déjà reçu une formation sur le thème des violences hospitalières, semblaient **déclarer plus souvent** qu'il n'y a cinq ans : 50,8% [IC95% 45,5 ; 56,1], contre 30,1% [IC95% 26,1 ; 34,4] chez les personnes non formées.

De même, la proportion des personnes n'ayant jamais déclaré d'évènement violent était plus faible chez les personnes déjà formées : 16,1% [IC95% 12,5 ; 30,3], contre 43,5% [IC95% 39,0 ; 48,1] chez les personnes non formées.



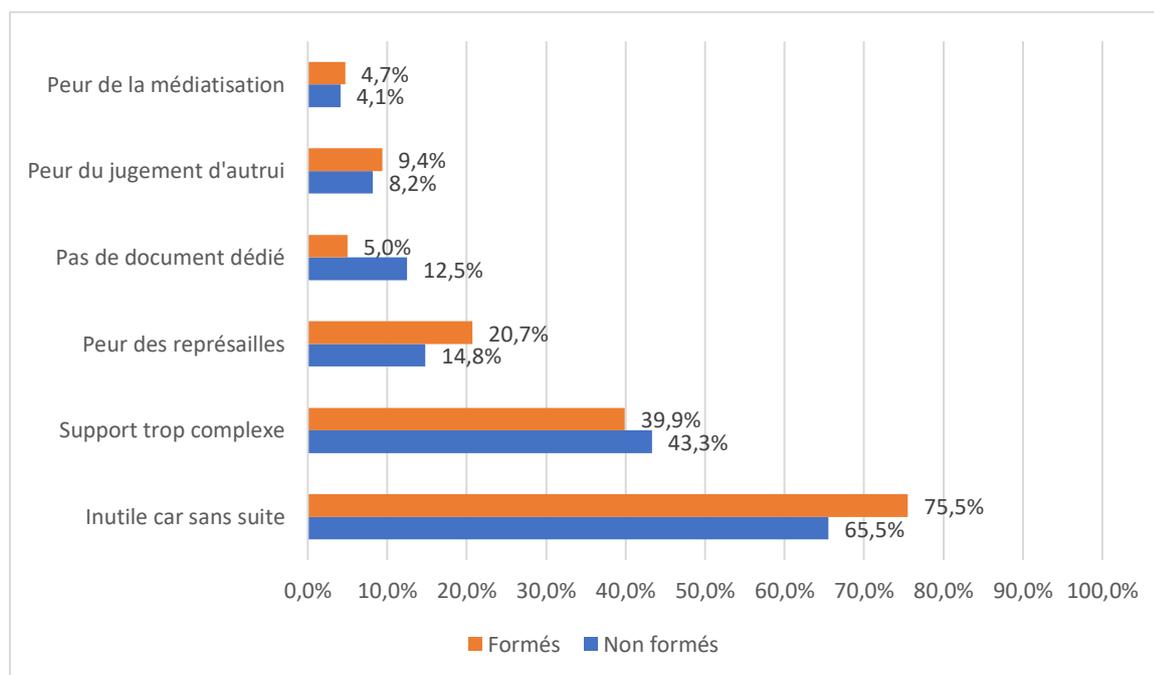
**Figure 24 :** Comparatif des personnes formées et non formées sur l'évolution des fréquences de déclarations.

Chez les personnes ayant déjà été victimes de violences et n'ayant jamais déclaré d'évènement violent, seul 21,6% [IC95% 15,0 ; 30,2] avaient déjà reçu une formation, contre 42,7% [IC95% 37,6 ; 48,1] dans la population totale.

Concernant les motifs de non-déclaration, la peur des représailles et l'absence de suite semblaient prépondérantes chez les personnes formées comparées aux personnes non formées. (Absence de suite : 75,5% [IC95% 70,7 ; 79,8] chez les personnes formées contre 65,5% [IC95% 61,1 ; 69,7] chez les personnes non formées ; Peur des représailles : 20,7% [IC95% 16,6 ; 25,2] chez les personnes formées contre 14,8% [IC 95% 11,8 ; 18,2] chez les personnes non formées).

Pour les autres motifs, la différence entre les deux groupes était faible.

**(Figure 25)**



**Figure 25 : Comparatif entre les personnes formées et non formées, des motifs de non déclaration.** (Le total dépasse 100% car les personnes pouvaient sélectionner un ou plusieurs motifs)

3) A quel endroit les personnes sont-elles le plus formées ?

Il était mis en évidence une différence, statistiquement significative, sur le taux de formation entre les services d'Urgences avec un passage supérieur à 50 000 patients par an et ceux avec un passage inférieur à 50 000 patients par an (**Tableau VIII**) :

	< 50 000/an	> 50 000/an	p value
Formées	45,9%	36,8%	0,013
Non formées	54,1%	63,2%	0,013

**Tableau VIII** : Comparatifs du taux de formation entre les services avec un taux de passage supérieur ou inférieur à 50 000 patients/an.

Le personnel serait donc moins formé aux situations violentes dans les services avec un taux de passage supérieur à 50 000 patients par an.

## **IV – DISCUSSION**

S'il est dans les missions de l'hôpital de soigner les victimes de violences, cette institution est actuellement directement menacée par la violence de la société.

La principale difficulté pour analyser le phénomène est de savoir dans quelle mesure l'augmentation du *sentiment d'insécurité* est due à *l'augmentation des violences*.

Si les violences liées à l'hôpital ne sont pas nouvelles, la prise de conscience du problème est relativement récente. Il y a donc encore peu de statistiques et de chiffres sur ce sujet. On s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'en améliorer la connaissance, ce qui sera d'autant plus difficile que le phénomène est complexe (13).

Cette étude est une des rares à observer le phénomène de la violence subie par le personnel des structures d'Urgences, spécifiquement **dans la région des Hauts de France (HDF)**.

La nouvelle région Nord-Pas- de- Calais - Picardie forme, depuis janvier 2016, le troisième territoire français le plus peuplé avec près de 6 millions d'habitants et surtout, le plus jeune par sa moyenne d'âge. Située au cœur des grandes capitales d'Europe du nord : Paris, Bruxelles et Londres, la nouvelle région dispose de nombreux atouts pour exister et se développer en tant que grande région européenne (14)

**Ce territoire se caractérise par une forte hétérogénéité.** Portée par une métropole à rayonnement européen (MEL) et un maillage urbain dense, le Nord-Pas-de-Calais-Picardie est la région française la plus urbanisée après l'Île-de-France (près de 89 % de la population y vit dans une grande aire urbaine). La répartition

urbaine est inégale au sein de la nouvelle région entre le Nord-Pas- de- Calais et la Picardie. Au sein de la région, les conditions de vie des habitants sont très diverses selon les territoires et renvoient tant aux spécificités fonctionnelles des espaces qu'à leur géographie ou à leurs histoires singulières : les inégalités de niveau de vie entre les habitants sont très marquées et près d'un habitant sur cinq vit dans un quartier de la politique de la ville (15).

Un contexte social souvent difficile (chômage, précarité, sous qualification ...) est aussi à l'origine d'une partie des problèmes de santé de ses habitants dont l'espérance de vie reste en retrait du niveau national. L'état de santé de la population est également plus dégradé : la mortalité est supérieure de 30% à celle observée en France métropolitaine (après correction de la structure par âge) (15)

Les structures hospitalières assurent une certaine stabilité du système de soins dans la région. Sa ressource hospitalière de pointe est un atout majeur pour cette population.

En effet si **un Français sur quatre passe chaque année par les urgences**, les nordistes ne dérogent pas à la tendance nationale et se présentent chaque année, plus nombreux aux portes de l'hôpital. Une affluence en hausse, légèrement au-dessus de la tendance nationale. Ainsi, les services de la région ont enregistré environ 920 000 passages en 2007 et 1 117 543 en 2012, soit une hausse de 21,5 % (16). Soit près de 4 % d'augmentation annuelle de fréquentation par an en France et dans la région. Le taux de recours (taux de personnes s'étant présenté au moins une fois aux urgences dans l'année) est de 27 % pour la région en 2012, contre 25 % en 2008. Il est en France en 2012 de 25 %, et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur de 28 % (17).

*« On assiste à un changement sociétal, les gens qui n'obtiennent pas de rendez-vous avec leur médecin viennent très vite aux urgences. On a aussi une hausse des problèmes socioéconomiques dans la région : addictologie, souffrance psychologique » (17).*

Véritables laboratoires et miroirs de notre société, ces services sont des pôles de soins essentiels pour notre région, avec une cinquantaine de services d'urgences et trente-quatre services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), dans les Hauts de France, le territoire régional est solidement maillé, et le réseau robuste.

Pourtant, à l'intérieur de la région, **des disparités existent** : le taux de recours est de 29 % dans les territoires de la MEL et du Hainaut, et de 24 % et 25 % dans les territoires de l'Artois et du Littoral.

Une récurrence importante et en hausse constante n'est pas sans générer quelque tensions (conflits ouverts, ou larvés entre services, ou entre individus...) car au final les urgences sont le microcosme sociétal. L'hôpital « ouvert à tous les vents » (18) n'est pas un sanctuaire séparé du monde et n'échappe pas aux maux de la société (13).

Alors comment gérer une fréquentation en hausse quasi permanente ? Comment mettre en place la meilleure organisation, l'offre de soins, identifier les besoins (matériels et surtout humains) et affecter les ressources nécessaires au fonctionnement des urgences, en ces temps de restrictions budgétaires ? Telles sont les questions posées par les professionnels.

**Notre étude**, bien que non exhaustive (taux de participation à 36,1% selon le nombre d'ETP), a permis **d'analyser et de dresser l'état des lieux des violences aux urgences** au travers de l'expression du « **ressenti du personnel** » y travaillant.

La dimension du « **ressenti** » est assez subjective et a une variabilité inter-individuelle très importante. Mais personne ne peut nier ce que « *nous ressentons* » et nous ne prétendons pas que cette subjectivité doit être partagée par tous.(13)

« *C'est le message du « je » qui va porter sur les émotions mais aussi sur les valeurs auxquelles on adhère , sur notre vision du monde ou la situation* » (19).

En effet, certaines personnes vont s'estimer victimes de violence vis-à-vis d'un motif pour lequel d'autres personnes considéreront cet évènement comme faisant partie de leur travail, de leur quotidien. Il est donc difficile de chiffrer de manière objective le « *ressenti* » de la violence au sein d'une population, ou encore de définir de manière homogène et stricte le caractère « violent » d'un événement donné.

Physique ou symbolique, individuelle ou étatique, la **violence** est un concept protéiforme. Le point commun de ces formes de **violence** est le suivant : toute **violence** repose sur la volonté de soumettre quelqu'un, contre sa volonté, par le recours à la force.

Si on consulte la littérature, on s'aperçoit que les termes utilisés varient d'une discipline à l'autre : les comportementalistes et les psychophysiologues parleront d'agressivité là où les sociologues et les juristes parleront de violence. Et pour complexifier l'affaire les auteurs d'une même discipline permutent parfois les termes. L'étymologie du mot révèle toute son ambiguïté (*jīya* en sanskrit « prédominance,

puissance », *violentia* en latin « caractère impétueux » ou *vis* « force , vigueur »)  
(13). Le terme de violences étant polysémique (20), il nous paraît utile de préciser le vocabulaire utilisé :

**La violence** se situe sur le versant objectif : elle implique le passage à l'acte, l'agression (verbale ou physique) (21)

**L'agressivité** se situe sur le versant subjectif : elle implique souvent pulsion et colère (22), elle semble donc couvrir un champ beaucoup plus vaste que celui de la violence (13,23).

Ainsi quand on s'intéresse aux motivations ou à la signification d'un acte de violence alors on parle **d'agressivité**, mais quand on a une visée statistique où quand on apprécie le préjudice pour une victime, alors on parle de **violence**.

Cette difficulté pour stabiliser la définition rend compte d'une **représentation multiple** et d'une perception bien différente selon les individus et le contexte.

L'usage du mot violence s'applique tantôt à des actions, tantôt à des manières d'être. Toutefois le risque serait de diluer le concept de violence de telle façon que tout pourrait être identifié dans cette seconde catégorie (13)

La définition proposée par la Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Violences de Genève (CIMPV) (24) nous semble plus appropriée pour les institutions sanitaires : « *usage intentionnel ou la menace de la force physique ou du pouvoir, contre soi-même, une autre personne ou une communauté, entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique , mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime* ».

**Mais la violence semble être banalisée** (25). En effet la violence spectaculaire, rapportée ou virtuelle fait partie de notre quotidien médiatique ( meurtres, crimes, viols , attentats, guerres , catastrophes naturelles ... ) (26). A la longue, notre représentation mentale pourrait s'en trouver modifiée (27).

Les violences **verbales** sont souvent considérées comme **faisant partie du travail** aux Urgences, et donc tolérées par certains professionnels. Certaines études l'ont déjà montré en France (11,12) ou à l'étranger (28–30) comme aux Etats Unis où 71% des paramedics considèrent la violence comme « a part of their job »(7).

C'est une difficulté pour tous les personnels de santé de trouver la « bonne distance » entre soignant / soigné et d'accepter, de la part de ces patients, la non intentionnalité de leurs actes (patients atteints de maladie mentale, démences, pathologies addictives) or, la violence implique une intention, même irrationnelle de nuire (13). Ainsi certains acceptent les violences verbales et même physiques dont les auteurs sont des malades mentaux, âgés dépendants, ou déments.

*« Sont considérés comme victimes les personnes qui individuellement ou collectivement ont subi un préjudice, notamment une atteinte de leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux en raison d'actes ou d'omissions » (résolution N° 40-34 de l'ONU) (31).*

Nous avons retrouvé une **forte proportion (96,7%)** de professionnels se déclarant ayant déjà été victimes de violences au cours de leur exercice professionnel. Dans de précédents travaux, le pourcentage de soignants exposés variait entre 72 et 100% (6,8,11,32–37). Cependant l'absence de standardisation dans la durée et la méthodologie des études empêchent une comparaison directe.

En effet, la plupart des acteurs hospitaliers affirment que les rapports avec les usagers donnent lieu à plus de passage à l'acte qu'auparavant, mais cette impression est difficilement prouvable en l'absence d'outil de mesure fiable, les outils d'observation se mettent progressivement en place, mais sont encore souvent trop méconnus des cadres hospitaliers (13).

Parmi les professionnels interrogés, **63,6%** estiment la fréquence des actes de violences de manière **hebdomadaire voire quotidienne**, ce qui renforce l'importance de ce phénomène dans notre étude.

Mais ce qui apparaît comme un banal incident pour certains plus ou moins vite « oublié », peut devenir pour d'autres un « accident » devenu insupportable, contribuant au développement global d'insécurité (38).

On peut expliquer la violence des usagers par l'interaction de trois séries de facteurs : ceux qui relèvent de la pathologie même du malade, ceux qui relèvent des défenses face à la situation de maladie et ceux qui relèvent des frustrations subies au sein de l'hôpital (13).

**Les principaux motifs de violences dans notre étude sont par ordre d'importance : les pathologies addictives, le manque de civisme et l'attente trop longue** (même si actuellement la durée de la prise en charge aux urgences

de moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en UHCD) (17).

Le délai d'attente et l'abus d'alcool ou de toxiques étaient déjà rapportés dans d'autres études réalisées dans certains hôpitaux du Nord ou du Pas de Calais (11,12,37). Il est intéressant de voir que celles-ci rapportaient également dans les trois motifs principaux, **les pathologies psychiatriques**. Ce motif « pathologies psychiatriques » arrive dans notre étude en quatrième position. En effet certaines pathologies sont susceptibles d'augmenter l'agressivité des sujets (paranoïa, bouffées délirantes...) qui désinhibent et favorisent le passage à l'acte.

Cependant, les autres études n'étudiaient pas le **manque de civisme**, second motif évoqué dans notre enquête.

**Nous pouvons donc penser que le manque de civisme de la part des patients, n'est pas à sous-estimer comme motif de violences.**

En effet, les violences ne sont pas toujours dues à une pathologie spécifique ou à un défaut d'organisation du service, **la constitution psychique et éducative** des patients semble devoir être pris en compte dans les motifs de violences.

Le brassage des populations à l'hôpital peut favoriser le passage à l'acte d'individus dont la culture valorise l'acte aux dépens de la verbalisation. Mais cette forme de violence préjudiciable pour le travail au quotidien des équipes peut rapidement devenir intolérable (39).

Toutes les statistiques ne rendent pas compte de ce qu'on appelle incivilités (dégradations du bien public, insultes, crachats, graffitis ...) qui habituellement ne donnent pas lieu à des plaintes mais empoisonnent la vie quotidienne (13).

**L'attente** est source d'angoisse. Les patients qui arrivent aux urgences sont souvent « paniqués » en situation de stress, et leurs proches partagent souvent cet état. Etre malade (même pour une maladie bénigne) ou même craindre de l'être, met en cause l'équilibre psychologique des personnes admises aux urgences. L'agressivité est une des réactions de défense possible face à l'angoisse de mort ou de finitude que réveille la maladie quotidienne (13).

Par ailleurs le consumérisme de santé a transformé le patient en « client » qui a des droits face à des prestataires de service. Ils sont de plus en plus exigeants sur la qualité des prestations et notamment sur l'accès aux meilleurs soins « *le tout, tout de suite* » pour eux et pour leurs proches. Certaines études relatent une agressivité accrue après la publication de dossiers sur les urgences (« 50 millions de consommateurs » ou des extraits de « Que choisir en santé ») (13). Le palmarès annuel des hôpitaux publié dans certaines revues à destination du grand public « l'Express ou le Point », qui attribuent des normes d'appréciation sans réel lisibilité des indicateurs de sélection, devraient conforter les usagers dans l'expression de leurs attentes ... ou de leur mécontentement ! Même si l'urgence ressentie est rarement une urgence objective (10% d'urgences absolues, environs 30% d'urgences vitales) (17), cette attente est souvent insupportable pour les sujets stressés qui jugent leur vie en danger. La moindre frustration pouvant devenir « explosive » (40) le patient ayant alors le sentiment de ne pas avoir été « reconnu » en sa qualité de malade (dimension relationnelle de la communication).

Dès lors si les équipes n'ont pas intégré cette dimension de « client » à haute exigence, alors les tensions risquent de s'exacerber. D'ailleurs, notre étude a montré que **66,3%** des répondants pensaient que la violence leur avait fait changer d'attitude.

Face à la réduction d'activité et à la fermeture des petites structures de soins de proximité, à laquelle s'ajoute la pénurie de médecins de premier recours, les changements de mentalité (préservation de la vie privée), la médecine de ville « se désengage » et envoie aux urgences les cas qu'ils ne peuvent plus traiter (faute de temps, de moyens ...), les urgences s'engorgent de plus en plus et parfois dysfonctionnent. Les exigences disproportionnées et une attitude inadéquate des soignants vis à vis de la demande, peuvent conduire à des comportements violents de la part du patient et/ou des proches qui l'accompagnent. De plus les émotions sont souvent contagieuses et le nombre accentue l'intensité du climat « hostile » et catalyse la pression. Le groupe donne aussi un sentiment d'impunité qui explique certaines agressions par de petits groupes d'individus (qui parfois se connaissent à peine) d'un professionnel isolé, dans une salle d'attente des urgences par exemple (13).

**Les principaux types de violences** rapportées par notre étude correspondaient aux violences de niveau ONVS 1 (injures, insultes et provocations sans menace) et aux atteintes aux biens. Aucune étude évaluant les types de violences par niveaux ONVS, dans la région, n'a été recensée. Cependant, les violences dites « verbales » (niveaux ONVS 1 et 2), sont également majoritaires dans d'autres études internationales (11,12,28,32,34–37).

Le rapport national de l'ONVS de 2014 montre pourtant que le niveau ONVS 3 (violences physiques volontaires, menace avec arme) représente la majorité des atteintes aux personnes. Ce niveau est d'ailleurs en forte augmentation par rapport à 2013, sans modification de la proportion du niveau ONVS 1. Cependant, les auteurs

signalent que les évènements sont **de plus en plus déclarés quand ils sont le plus mal ressentis ou avec des conséquences physiques** (9).

En effet on reconnaît que la gravité d'une agression est largement liée au contexte et à la signification qu'elle implique. Objectivement, les violences dramatiques qui occasionnent un dommage corporel sont rares, mais des affrontements jugés anodins provoquent parfois un lourd traumatisme psychique, disproportionné mais préjudiciable pour la victime (13).

**Les résultats issus des déclarations ONVS ne sont donc pas forcément comparables à ceux de notre étude.**

Nous avons pu montrer que le personnel ressent une véritable inquiétude face à ce sujet : **83% pensent à une augmentation de celle-ci dans l'avenir**. Ce sentiment global d'insécurité est partagé par les différents acteurs de santé mais à des degrés différents (13). Mais s'agit-il d'une réelle montée de la violence, ou d'une plus grande sensibilité à celle-ci ? Nous pourrions avancer l'hypothèse qu'il faut distinguer et dissocier « fait de violence » et « sensibilité à la violence ».

En effet, selon Norbert Elias (sociologue) du fait de l'adoucissement des mœurs, nos contemporains seraient devenus plus sensibles aux violences et toléreraient ainsi moins facilement les violences des personnes (41).

Cependant, un grand nombre de ces personnes n'ont encore « **jamais** » déclaré d'évènement violent (31,8% dans notre étude), ceci aboutit donc à une **sous-estimation flagrante** de la violence dans nos services d'urgences. Celle-ci serait

due à l'**absence de suites** données aux déclarations du personnel, et à un **support de déclaration trop complexe**, selon notre étude.

Cette sous-estimation, avec un taux de déclarations souvent inférieur à 50%, ainsi que ces principaux motifs de non déclaration (« *inutile car sans suite* » et « *support de déclaration trop complexe* ») sont également observés dans d'autres régions de France et à l'étranger (11,12,28–30,32,33,42,43).

Grâce au questionnaire Q2, il a été démontré que le dépôt de plainte était quasi systématique **après déclaration**.

Une des vocations fondamentales de l'Hôpital est de soigner les victimes (et parfois aussi les agresseurs). Mais le rôle de l'hôpital ne se limite pas à soigner : on y constate aussi des dommages, des préjudices (corporels, plus rarement moral) subis (certificats, examens de médecine légale). L'hôpital est le lieu où l'on peut traiter les personnes traumatisées (physiquement et psychologiquement). Il est donc important que l'hôpital puisse reconnaître le statut de victime au personnel agressé sur son lieu de travail, et assurer ce service aux victimes de violences subies en son sein « *il n'y a de violence que s'il y a victime* » (44).

Or indépendamment d'une quelconque indemnisation matérielle de la victime, une des fonctions implicites du « *psychodrame judiciaire* » est la reconnaissance du statut de victime versus le statut de coupable par un tribunal. Cette reconnaissance de victime peut alors aider la victime à se libérer d'un éventuel sentiment de culpabilité et l'aider à se « reconstruire » (13).

Cependant, les responsables remplissant ce questionnaire (Cadres de santé, Responsables Qualité, Chefs de Services) après dépôt de plainte, n'étaient

majoritairement **pas au courant des suites judiciaires**, s'il y en avait. Il serait donc important que les établissements de santé s'informent des suites données, afin d'en faire un retour au personnel, ce qui l'encouragera à déclarer et donc, diminuera cette sous-estimation de la violence au sein de nos services.

Par ailleurs, la connaissance de l'ONVS par le personnel est très faible (17%). Le nombre de feuilles d'événements indésirables est triple par rapport au nombre de déclarations ONVS par an et par service. Cette méconnaissance et ce non-usage de l'ONVS aboutissent donc à une sous-estimation nationale de la violence en santé. Celle-ci avait déjà été mise en évidence en 2012 dans le département du Nord (12). Comme dans d'autres institutions (lycées, prisons, casernes) ...et à l'exception des cas graves (meurtre d'une infirmière en 1999 à Marseille ou plus récemment à Pau en 2004) les responsables avaient naguère tendance à vouloir préserver l'image de l'établissement et cherchaient à régler les problèmes sans faire de vague, en interne. Et par ailleurs, de nombreux soignants, comme on l'a vu, estimaient que ces « incidents » faisaient partie des « risques du métier » (13). C'est seulement depuis une dizaine d'années que les violences sont de moins en moins tolérées : « *violence : tolérance zéro* » (39) et que le principe de précaution a incité les institutions à déclarer les actes de violences.

**Il serait donc urgent de communiquer sur l'existence de l'ONVS, et la nécessité de transformer les FEI en déclarations ONVS.**

**Le taux de personnel formé** dans notre étude atteignait **45,7%**. De faibles taux de personnes formées étaient également retrouvés dans d'autres études sur le sujet (8,11,12,32,33,36,37,42,45). Ces personnes formées semblaient **ressentir plus fréquemment** les situations violentes. Ne connaissant pas la nature des formations suivies, ni le contenu de celle-ci il est difficile de tirer une conclusion sur ces données.

Cependant, il est possible que les professionnels formés aient été plus sensibilisés sur le **repérage de la violence**, et détectent donc plus facilement les situations nécessitant un « *désamorçage* » de la violence (46,47). Cette association entre un ressenti plus fréquent de la violence et niveau de formation a déjà été observée lors d'une étude menée en 2015 dans la région Poitou Charente (36). D'ailleurs, dans notre enquête, il ne semble pas exister de différence significative entre les personnes formées et celles non formées face à l'inquiétude sur l'avenir des violences.

Il a été mis en évidence que les services avec un **nombre de passages supérieur à 50 000 /an** formaient moins leur personnel. Ceci est potentiellement dû à la présence d'équipes dédiées à la sécurité au sein des hôpitaux de grande taille. Ainsi, le personnel de ces établissements se sentirait moins concerné par ces formations. Cependant, ces équipes de sécurité ne sont pas présentes de façon pérenne et constante aux côtés du personnel des services d'Urgences, il est donc important d'inciter toutes les équipes d'urgence (toutes catégories professionnelles confondues) à participer aux formations à la gestion des situations violentes.

Nous avons également observé que le personnel (formé ou non) était majoritairement **demandeur de formation** ou d'un complément de formation, avec un taux de **84,8%**. Les formations sont régulièrement évoquées dans les articles

techniques de gestion et de management hospitalier (48) et s'intègrent dans une véritable politique institutionnelle (49).

La **gestion de conflit** et le **self défense** semblent être les plus plébiscitées, actuellement. Ces données également sont évoquées dans la littérature. (8,34,42,50,51). Les professionnels **doivent aussi apprendre** à contrôler leurs réactions spontanées, et maîtriser la communication verbale et non verbale qui peuvent varier d'un contexte à un autre en fonction des cultures, des classes sociales, des familles et des individus et « traduire un code à un autre » (13).

Nous avons montré que les formations sur le sujet incitaient à **déclarer plus souvent** (36). Il est à noter que, dans notre étude, le personnel formé semble, certes, déclarer plus fréquemment, mais paradoxalement juge de manière plus importante « *inutile car sans suite* » le fait de déclarer.

On peut donc avancer l'idée que, **au plus on déclare, au plus on constate l'absence de suites données à ces déclarations**. Ceci pourrait donc finalement aboutir à une **augmentation de la sous déclaration malgré les formations** reçues. **Il paraît donc indispensable que les établissements de santé puissent s'enquérir rapidement des suites données aux déclarations formulées et ensuite d'en informer les personnes déclarantes, afin d'encourager les déclarations et de stopper la banalisation de la violence.**

**Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur le ressenti, les formations ou les déclarations entre la MEL et hors-MEL.**

La violence serait donc ressentie de manière relativement semblable au sein du territoire des Hauts de France. Ceci à l'exception du niveau ONVS 2, et du manque de moyens de dissuasion qui sont plus souvent rapportés au sein de la MEL. Les pathologies addictives et l'attente trop longue sont plus vivement ressenties hors MEL. Les suites données aux déclarations sont moins connues en MEL, et le dépôt de plainte est plus systématique hors MEL, pourtant, les déclarations sont pourtant plus fréquentes qu'il y a cinq ans au sein de la MEL.

Il est à noter que le taux de participation à l'étude est nettement plus faible au sein de la MEL (21,2% contre 42,1%). Ces résultats comparatifs sont donc à pondérer au vu d'un faible taux de réponses dans la Métropole Lilloise.

Dans une étude de 2012, sur les Médecins Urgentistes du département du Nord (12), il n'était pas mis en évidence de différence significative sur le sentiment d'insécurité entre le milieu urbain, semi-urbain et non urbain après analyse multivariée. Nos résultats vont donc dans le même sens concernant les faits de violences urbaines à l'hôpital (52,53).

Cependant, lorsqu'on s'intéresse à la géographie régionale, on constate que chaque hôpital est situé en milieu urbain ou semi-urbain, souvent dans la banlieue ou la périphérie de la ville qui l'entoure. Il est donc difficile de comparer le milieu urbain et non-urbain pour les services d'Urgences, ceci d'autant plus qu'il n'existe pas un « taux d'urbanisation » précis et connu pour chaque ville de la région. La classification entre milieu « urbain », « semi-urbain » et « non urbain » est donc subjective et floue. On a longtemps associé cette forme de violence , à une délinquance (ou incivilités) à quelques secteurs bien circonscrits de la banlieue des

grandes agglomérations (54). Mais le phénomène semble diffuser dans les campagnes et le monde rural (où d'ailleurs on enregistre au niveau national le plus fort taux de délinquance) (13).

Afin de **limiter et de prévenir** le phénomène, le personnel est en faveur de la mise en place (ou du renforcement) des moyens humains et techniques, ainsi que de favoriser l'accès aux formations. Cependant, malgré une inquiétude très forte et une demande importante d'actions émanant des soignants, ceux-ci sont peu favorables à **l'implication des forces de l'ordre** dans la sécurité hospitalière au quotidien. Le personnel pense peu utile le recours à **la force** pour une prévention ou une sécurisation efficace. De plus, cette présence amènerait à changer les conditions de travail : la présence de Police ou Gendarmerie, instaurerait et pérenniserait très probablement un **climat de tension** déjà fort dans les services d'Urgences.

***Notre étude présente des limites :***

Elle a permis le recueil, prospectif, multicentrique, du ressenti d'un grand nombre de personnes (854 réponses incluses). Le thème de la violence hospitalière a intéressé et motivé le personnel des urgences, permettant ainsi d'obtenir un taux de participation de **35,1%**.

Cependant, ce taux était calculé sur la base d'un nombre d'équivalent temps plein et non sur le nombre de personnes total interrogeable (un ETP pouvant correspondre à plusieurs personnes). Le taux de participation exacte est donc inconnu.

La diffusion de cette étude a été la plus large possible au sein de la région des Hauts de France, cependant, la majorité des centres inclus faisait partie du Nord et du Pas- de- Calais. Faute de temps (délais impartis pour le recueil des données on- line : 6 semaines), peu de centres de l'ancienne région Picardie ont pu participer (seul 5,6% des réponses sont issues de la Somme et de l'Oise, aucun centre de l'Aisne n'a pu être inclus).

La diffusion du questionnaire Q1 dans certains centres a présenté quelques difficultés : les responsables de ces centres ne possédaient aucun moyen de diffusion d'un questionnaire on-line, ce qui représentait une difficulté majeure d'accès au questionnaire pour le personnel désirant y répondre. Ces éléments soulignent un phénomène connexe : la difficulté de diffusion de l'information par les moyens informatiques modernes pour faciliter la réalisation d'enquête commune au sein des établissements de la région des Hauts de France et ainsi assurer les échanges et la communication des résultats « on line » et « au fil de l'eau » aux équipes. Un outil de recueil et d'analyse de données anonymes permettrait un recrutement plus facile des participants, une large diffusion et une analyse rapide pour accroître la pertinence et la puissance des études régionales.

Les répondants avaient déjà été victimes de violences dans 96,7% des cas. Ce qui représente sans doute un certain *biais de sélection*. Le personnel estimant n'avoir jamais été violenté, ne se sentait probablement pas concerné par cette étude et n'a pas estimé important de répondre au questionnaire Q1, ce qui affaiblit la

représentativité de la population étudiée. Mais il ne s'agit pas d'une enquête coercitive !

Dans ce type d'étude descriptive, observationnelle on est parfois amené à raisonner sur des éléments quantitatifs limités, non validés statistiquement, pour établir des hypothèses plus ou moins probables.

La subjectivité du « *ressenti* » est contrebalancée par la capacité des professionnels à répondre selon leurs propres émotions et leurs propres valeurs sans céder aux arguments des autres (propices aux jugements de valeur ou d'opinion). Ce qui permet d'analyser objectivement les faits et saisir les raisons qui ont amené les réponses.

Cependant, il aurait été intéressant d'étudier dans notre étude la proportion de personnes ayant déjà été victimes de violences mais qui considèrent cela comme faisant partie de leur quotidien.

Afin de limiter l'inflation du risque alpha, et afin de garder une certaine rigueur statistique, certaines analyses bivariées n'ont pas été testées statistiquement. Il était donc difficile de conclure de manière significative à certaines différences potentielles entre les centres de la MEL et ceux hors-MEL, et entre les personnes formées et celles non formées. Ainsi, *un biais de mesure* peut être relevé au sein de cette étude.

De plus concernant la fréquence ressentie, aucun score n'a pu être calculé en raison d'écart différents entre chaque catégorie. Ainsi, une comparaison statistique aurait été très risquée en termes de significativité de tests répétés.

Enfin, en raison du manque de données sur la population générale des Urgences de la région Hauts de France, la représentativité de l'échantillon n'a pu être vérifiée en termes de taux de formation.

# **V- CONCLUSION**

L'émergence de la violence n'est peut-être qu'un symptôme parmi d'autres, du mal être actuel du personnel hospitalier. Le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France est particulièrement inquiet de l'évolution récente et future de ce phénomène.

Cette inquiétude semble être partagée par l'ensemble des professionnels de la région. Bien que celle-ci possède quelques disparités en termes d'urbanisation, la violence hospitalière aux Urgences toucherait de manière identique tous les services des Hauts de France.

Si « le ressenti » confère une dimension très subjective et difficilement quantifiable uniformément, cette étude a permis à un tiers du personnel d'exprimer individuellement un mal-être puissant et fort sur ce sujet.

Le taux de déclarations reste faible et constant depuis plusieurs années malgré une augmentation des violences ressenties. Bien souvent, les suites données à ces déclarations sont peu connues des services, ce qui aboutit à un manque de reconnaissance du statut de « victimes ».

Cette sous-déclaration importante est à l'origine d'une sous-estimation évidente du phénomène. Cette absence de réactivité ressentie par le personnel aboutit à une banalisation dérangeante de la violence, « *qui finirait par devenir une habitude* ». Les formations aboutissent à une meilleure sensibilisation sur la violence. Les personnes formées sont plus aptes à détecter, et donc ressentir, ces événements indésirables. Malgré une demande forte d'être formé, le personnel éprouve encore trop souvent l'inutilité d'une déclaration du fait d'absence de suite donnée à celle-ci. Enfin, le personnel des structures d'Urgences estime nécessaire la mise en place de moyens humains et techniques supplémentaires dans leurs services.

Afin de stopper la banalisation de cette violence croissante et inquiétante, cette étude souligne la nécessité de :

- Former le personnel de façon adaptée,
- Favoriser les déclarations en faisant la promotion de l'ONVS,
- Simplifier les modes de déclaration,
- Permettre le retour d'informations des suites données aux plaintes déposées,
- Réaliser un feedback et un accompagnement personnalisé (médical, juridique, psychologique) des professionnels « victimes ».

Il nous paraîtrait nécessaire de prendre en compte la dimension relationnelle au sein des équipes : il pourrait être utile de mettre en place des structures de régulation et d'analyse dans les services (groupes de paroles, d'échanges, groupes d'analyses de pratiques) dont la principale fonction serait d'aider les soignants à faire face à leur mal être, en les laissant exprimer authentiquement leurs difficultés, en oubliant leur pudeur ou leur crainte d'être jugés par leurs pairs ou leur hiérarchie. Ce qui suppose aussi que *le point de vue « normatif » qui domine les rencontres entre professionnels soit remplacé par une ouverture sur les « ressentis »* (13).

Ces structures devraient pouvoir être pérennes et ne pas être que ponctuelles ou faire l'objet d'une médiatisation au détour d'un événement qui a traumatisé l'ensemble d'un service. Même si c'est souvent un événement grave qui permet de prendre conscience de ce que l'on supportait jusqu'ici, il s'agit aussi de faire émerger les non-dits ... dire ce qui, jusqu'ici, est pudiquement caché.

Lutter contre l'insécurité apparaît aujourd'hui comme un enjeu stratégique. Il ne s'agit pas seulement de restaurer l'image des services d'urgences au sein de nos établissements hospitaliers, mais bien d'en faire un élément essentiel de management, car dans un contexte où les conditions de travail rendent le personnel hospitalier plus vulnérable, la violence devient souvent « intolérable ». Et le soin des malades, qui au final reste l'ultime intérêt et préoccupation des soignants commence par la mise en place d'un cadre sécurisant et rassurant pour tous ceux qui y travaillent et qui y soignent.

Cette démarche d'évaluation du « ressenti » est nécessaire pour faire admettre ou mieux désirer le changement. Mais cela suppose que des « remèdes », des « solutions » suivent assez vite la révélation du « mal-être », sous peine d'aggraver la frustration et le mécontentement des professionnels. Car sans une réelle mobilisation des institutions, cette volonté de changement se limite souvent à une simple velléité (13).

Il est donc urgent d'étudier les moyens de prévention, de sécurisation de déclaration et de formation déjà en place au sein des structures d'Urgences des Hauts de France, et ainsi de proposer, d'autres solutions concertées à la sensibilisation de la population et à la prévention des situations violentes.

Une enquête en partenariat avec la fédération Hospitalière des Hauts de France est actuellement en cours pour répondre à ce nouvel objectif. Les résultats sont attendus pour 2018.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Donzelot J. Quand la ville se défait : quelle politique face à la crise des banlieues ? Paris : Éd. du Seuil; 2008.
2. Bauer A, Soullez C. Violences et insécurités urbaines. Paris : Presses universitaires de France; 2010.
3. Leveau P. Sécurité des soignants et analyse des dangers en médecine d'urgence - EM Premium. 2013; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/882293/resultatrecherche/9> [consulté le 07 janvier 2017]
4. Martini A, Fantini S, D'Ovidio MC, Ceracchi A, De Santis A. Risk assessment of aggression toward emergency health care workers. *Occup Med.* 1 avr 2012;62(3):223-5.
5. Medley DB, Morris JE, Stone CK, Song J, Delmas T, Thakrar K. An Association Between Occupancy Rates in the Emergency Department and Rates of Violence Toward Staff. *J Emerg Med.* oct 2012;43(4):736-44.
6. Tintinalli JE, McCoy M. Violent patients and the prehospital provider. *Ann Emerg Med.* août 1993;22(8):1276-9.
7. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *J Emerg Nurs.* août 1998;24(4):320-3.
8. Duchateau F., Bajolet-Laplante M., Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposition à la violence en Smur. *Ann Fr Anesth Réanimation.* déc 2002;21(10):775-8.
9. Rapport annuel de l'observatoire national des violences en milieu de santé. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs/article/onvs-rapport-annuel-2014-donnees-2013> [consulté le 12 décembre 2016]
10. Géographie de la région Hauts-de-France / Géographie / Portrait de la région / Région et institutions / Accueil - Les services de l'État en préfecture de région Hauts-de-France. Disponible sur : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Geographie/Geographie-de-la-region-Hauts-de-France> [consulté le 02 août 2017]
11. Damblemont A. Violences aux urgences : mythe ou réalité ? : étude rétrospective multicentrique au sein du département du Nord : Analyse de 935 questionnaires [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
12. Jaillette C, Malfoy H. Le ressenti de l'insécurité des médecins urgentistes dans les Centres Hospitaliers de la région Nord-Pas-de-Calais. 2012.
13. Michel M, Thirion J-F. Faire face à la violence dans les institutions de santé. Rueil-Malmaison : Lamarre; 2004.

14. Chiffres clés de la région Hauts-de-France / Chiffres clés / Portrait de la région / Région et institutions / Accueil - Les services de l'État en préfecture de région Hauts-de-France. Disponible sur : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Chiffres-cles/Chiffres-cles-de-la-region-Hauts-de-France> [consulté le 02 Août 2017]
15. Revenus et pauvreté des ménages en 2013 | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2117515> [consulté le 02 Août 2017]
16. SROS\_V9.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/SROS\\_V9.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/SROS_V9.pdf) [consulté le 02 Août 2017]
17. Observatoire Regional de la Santé. 50/51° Nord - Les Urgences victimes de leur succès ? 2014;(39):6.
18. Foucault M. Surveiller et punir : naissance de la prison. 2014. Disponible sur : <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782072176609>
19. Chalvin D. L'affirmation de soi : mieux gérer ses relations avec les autres. Paris : ESF; 2016.
20. Fédida P. Le concept et la violence. Paris : Union générale d'éditions ; 1977. 284 p. (10/18 [ie. Dix/dix-huit] ; 1186).
21. Mucchielli L. Violences et insécurité : fantasmes et réalités dans le débat français. Paris : La Découverte ; 2007. 161 p. (Sur le vif).
22. Aïn J. Violences : racines ou destins des pulsions ? Ramonville Saint-Agne : Érès; 1994.
23. Millet L. L'agressivité. Paris, Broche, 1970. 192 p.
24. Consultation inerdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV). Disponible sur : <http://www.prevention.ch/consultationpreventionviolence.htm> [consulté le 12 Juin 2017]
25. Maffesoli M. Essais sur la violence banale et fondatrice. 3e éd. Paris: CNRS Éd; 2009. 212 p.
26. Frydman M. Television et violence : bilan + réponses aux questions des parents et éducateurs. Charleroi : EMPC/EMIS ; 1993. 142 p. (Grands dossiers du 21e siècle).
27. Mongin O, Mongin O. La violence des images, ou, Comment s'en débarrasser ? Paris : Seuil ; 1997. 183 p. (La couleur des idées).
28. 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. 28(1) :11-7.

29. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J.* 19(2):75-81.
30. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm.* Août 2009;39(7-8):340-9.
31. Résolutions de la quarantième session de l'Assemblée générale. Disponible sur : <http://www.un.org/french/documents/ga/res/40/fres40.shtml> [consulté le 03 Septembre 2017]
32. 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.
33. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* 2006;31(3):331-7.
34. 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(2):142-7.
35. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med.* 2005 ;28(3):361-5.
36. Bourry PA. Évaluation de l'impact de la violence subie par le personnel médical et paramédical des services d'urgence du Poitou-Charentes. Thèse d'exercice ; 2015 ; Poitiers.
37. MANGAR J, =Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. L'accueil aux urgences : gestion de l'agressivité et de la violence (à propos d'une expérience aux urgences SMUR de Calais). 2005.
38. Audet J, Katz J-F. Précis de victimologie générale. Paris : Dunod ; 2006.
39. Roché S. Tolérance zéro ? incivilités et insécurité. Paris : Jacob ; 2002. 303 p.
40. Hellbrun R, Roth C. Agression et sécurité. 1991.
41. Elias N. The civilizing process. Oxford : B. Blackwell; 1982. 2 p.
42. Bataille B, Mora M, Blasquez S, Moussot P-E, Silva S, Cocquet P. Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1 mars 2013;32(3):165-9.
43. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* 31(1):197-205.
44. Michaud Y. La violence. Paris: Pr. Univ. de France; 1986. 127 p. (Que sais-je?).

45. 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.* 40(5):565-79.
46. Hellbrunn R, Pain J. *Intégrer la violence.* Vigneux : Matrice; 1992.
47. Midol A. *Crises, agressions, conflits : Guide des comportements.* Paris; Paris La Défense (92080): CNPP ; Afnor; 1988.
48. Ayache D, Bayle M. Les soignants confrontés à la violence dans les services d'urgence. 1999;(635).
49. Vignat J-P. *La politique institutionnelle face à la violence.* 1998;(624).
50. Fernandes CMB, Raboud JM, Christenson JM, Bouthillette F, Bullock L, Ouellet L, et al. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 39(1):47-55.
51. Grouille D. Prévention de la violence en milieu hospitalier : l'expérience du centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges. *Ann Fr Anesth Réanimation.* mars 2003;22(3):245.
52. Bui Trong L. *Violences urbaines : des vérités qui dérangent.* Paris : Bayard; 2000. 179 p.
53. Body-Gendrot S. *Les villes face à l'insécurité.* Paris : Bayard; 1998. 366 p. (Société).
54. Costargent G, Vernerey M. *Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé.* 2001 p. 24. Report No.: 110.

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 : Le Questionnaire Q1 On-Line**

## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

Madame, Monsieur,

Vous êtes sur le point de participer à une étude sur la violence envers le personnel des services d'Urgences et de SAMU-SMUR des Hauts de France, et je vous en remercie d'avance.

Cette étude a pour but d'établir un état des lieux, en évaluant vos ressentis, votre formation, ainsi que le taux de déclaration de ces événements violents.

Ce questionnaire est totalement anonyme, et non rémunéré. Il comprend 26 questions, et nécessite 6 à 8 minutes pour le terminer.

Je sais que vos contraintes professionnelles sont chronophages. Je vous serai donc très reconnaissant de prendre un peu de votre temps, pour compléter ce questionnaire.

Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment en me contactant à l'adresse mail ci dessous.

Cette étude est menée du 15 mars au 30 avril 2017 inclus.

Les résultats seront envoyés à chaque Centre Hospitalier participant à cette étude, afin qu'ils soient significatifs, j'ai besoin d'un taux de participation important, c'est pourquoi je vous encourage à communiquer ce questionnaire à vos collègues.

Je reste entièrement disponible pour toutes questions vis à vis de cette étude.

Merci d'avance pour votre participation.

Antoine GODDYN, Interne de Médecine Générale, postulant au DESC de Médecine d'Urgences.

Contact : violencesauxurgences@gmail.com



## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

**En cliquant sur "suivant", vous reconnaissez avoir été informé :**

- des objectifs de l'étude
- des modalités de l'enquête (questionnaire)
- de l'absence de rémunération et du caractère non lucratif de l'étude
- du caractère anonyme et sécurisé du traitement des données
- des règles de confidentialités selon la loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée par la loi N° 94-548 du 1er juillet 1994
- de votre droit de retrait de l'étude à tout moment,
- de votre droit d'accès et de rectification des informations permanent prévu conformément à la loi Informatique et libertés (article 40 de la loi 78.17 en date du 6 janvier 1978 modifiée)



## Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.

### Partie1

1. Vous êtes :

Un homme

Une femme

2. Vous avez :

ans

3. Depuis quand travaillez vous dans un service d'Urgences? (Ancienneté dans le service)

ans

4. Quelle type de profession exercez vous au sein du service?

Médical (PU-PH, PH, Praticien Contractuel, Chef de Clinique...)

Stagiaire (Interne, Etudiant Hospitalier, Eleve...)

Paramédical (IDE, Aide-Soignant(e), ASH, Ambulancier...)

Autre

Administratif (ARM, Hôte(sse), Secrétaire...)

Si 'Autre' précisez :

*Une seule réponse possible*

← Précédent

Suivant →

## Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.

5. Vous travaillez :

De jour

De nuit

*Plusieurs réponses possibles*

6. Vous arrive-t-il de travailler durant 24 heures? (Gardes)

Oui

Non

7. Quel type d'exercice effectuez-vous?

*Plusieurs réponses possibles*

Hospitalier

Pré-hospitalier

8. Dans quel centre hospitalier travaillez-vous?

Si 'Autre' précisez :

← Précédent

Suivant →

## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

### Partie2

9. Avez vous déjà été victime de violence (verbale, physique, dégradation) au sein de votre exercice?

- Oui  Non

10. Diriez vous que vous êtes victime de violence de manière :

*Une seule réponse possible*

- Quotidienne (une fois par jour ou plus)  Semestrielle (Au moins une fois tous les 6 mois)  
 Hebdomadaire (Au moins une fois par semaine)  Annuelle (Au moins une fois par an)  
 Mensuelle (Au moins une fois par mois)  Encore plus rarement.  
 Trimestrielle (Au moins une fois tous les 3 mois)

## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

11. Selon vous, il s'agit de violence de type :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Ne sais pas
Injures, insultes et provocations sans menace	<input type="radio"/>					
Menaces d'atteinte à l'intégrité physique, menaces de mort, port d'armes	<input type="radio"/>					
Violences physiques volontaires ou menace avec arme	<input type="radio"/>					
Violences avec armes, viol, crime	<input type="radio"/>					
Atteintes aux biens (vols, dégradation de matériel, de bien personnel etc.)	<input type="radio"/>					

12. Lorsqu'il y a violence, l'auteur est :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Ne sais pas
Le patient	<input type="radio"/>					
L'entourage du patient	<input type="radio"/>					
Un collègue de travail	<input type="radio"/>					
Autre personne	<input type="radio"/>					



## Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.

### Partie 3

17. A l'heure actuelle, diriez-vous que vous déclarez la survenue d'acte de violence (au moyen de FEI, plaintes, signalement, déclarations ONVS : Observatoire National des Violences en Santé...)

- Plus souvent qu'il y a 5ans  
 Moins souvent qu'il y a 5ans  
 De manière identique  
 Ne sais pas  
 Je n'ai jamais déclaré d'évènement violent

18. Avez vous connaissance de l'existence de l'ONVS (Observatoire National des Violences en Santé)?

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

19. Selon vous, les motifs de non-déclaration sont :

Plusieurs réponses possibles

- Il n'existe pas de document dédié au sein du service  
 C'est inutile, car sans suite  
 La peur des représailles  
 La peur de la médiatisation de l'évènement  
 La peur du jugement des autres face à cette déclaration (Collègues, supérieurs...)  
 Le support de déclaration trop complexe (logiciel, formulaire...)

← Précédent  Suivant →

## Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.

### Partie 4

20. Diriez-vous qu'à l'avenir les violences dans l'exercice de votre profession vont :

- Augmenter  
 Diminuer  
 Rester identiques  
 Ne sait pas

21. Concernant les violences extérieures (menace terroriste, plans NOVI, NRBC, violences et tensions dans les quartiers difficiles, règlements de comptes...), dans l'exercice de votre profession :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Sans avis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Vous vous sentez concernés	<input type="radio"/>				
Vous vous sentez préparés	<input type="radio"/>				

← Précédent  Suivant →

## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

### Partie 5

22. Avez-vous déjà reçu une formation quant à la gestion de situations violentes?

- Oui, formation interne à l'hôpital  Non  
 Oui, formation extérieure

23. Si oui, cette formation :

- Vous a été proposée par l'hôpital  Faisait l'objet d'une demande personnelle.  
 Etait obligatoire lors de votre prise de fonction

24. A l'heure actuelle, jugeriez-vous utile de recevoir une formation ou un complément de formation sur ce sujet?

- Oui tout à fait  Plutôt non  
 Plutôt oui  Non, pas du tout  
 Sans avis

25. Si oui, de quel type de formation aimeriez vous bénéficier?

*Plusieurs réponses possibles*

- Formation théorique sur la prévention des situations violentes, l'approche relationnelle et les réactions utiles face à une personne violente  Formation à la gestion de conflits  
 Formation de type "self-défense" (ex : arts martiaux)  Autre  
 Formation interne à l'hôpital, aux protocoles à appliquer face à une situation violente, en fonction des moyens à disposition au Centre Hospitalier

Si 'Autre' précisez :

## *Etat des lieux des violences envers le personnel aux Urgences : Ressentis, déclarations, formations.*

26. Parmi ces moyens, votre service devrait selon vous :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Renforcer les moyens de prévention (Affichages etc)	<input type="radio"/>				
Renforcer les moyens humains (Personnel de sécurité, vigiles...)	<input type="radio"/>				
Renforcer les moyens techniques (vidéosurveillance, boutons d'appel à l'aide...)	<input type="radio"/>				
Avoir une équipe des forces de l'ordre en permanence au SAU	<input type="radio"/>				
Mettre en place ou ajouter, un poste de médiateur (facilitant la communication avec les usagers)	<input type="radio"/>				
Favoriser l'accès aux formations théoriques et/ou pratiques	<input type="radio"/>				
Mettre en place des dispositifs personnels d'auto-défense, ou de légitime défense (ex : bombe au poivre...)	<input type="radio"/>				

Autre :

## **ANNEXE 2 : Les différents niveaux ONVS**

## **L'atteinte aux personnes**

**Niveau 1 :** Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures

**Niveau 2 :** Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)

**Niveau 3 :** Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle

**Niveau 4 :** Violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : stylo, lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration, etc.).

## **L'atteinte aux biens**

**Niveau 1 :** Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

**Niveau 2 :** Vols avec effraction

**Niveau 3 :** Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée et/ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.)

### **ANNEXE 3 : Le Questionnaire Q2 (Questionnaire Cadres)**

# QUESTIONNAIRE DESTINE AUX CADRES DE SANTE

## État des lieux des violences envers le personnel des Urgences - SAMU SMUR des Hauts de France : Ressentis, déclarations, formations.

Q1. De quel Centre Hospitalier êtes vous ?

Q2. Au sein de votre service quel est le nombre équivalent temps-plein de :

- Professions médicales :
- Professions paramédicales :
- Professions administratives :

Q3. Quel est le nombre de passages dans votre service par an ?

→ \_\_\_\_\_ passages/an.

Q4. Existe -t- il un protocole de déclaration des événements violents au sein de votre service ?

Oui

Non

Ne sait pas

Q5. Quel est le nombre de déclarations de violences subies par le personnel, que votre service effectue par an ? (1 seule réponse possible)

< 5/an

5 à 10/an

10 à 20/an

20 à 30/an

>30/an

Q6. Dans votre service, quel est le nombre de FEI (Feuille d'Événement Indésirable) concernant des actes de violences envers le personnel, par an ?

\_\_\_\_\_ FEI/an.

Q7. Dans votre service, sous quelle forme les victimes de violences doivent-elles déclarer ?

Informatique

Papier

Q8. Dans votre service, quel est le nombre de déclaration ONVS (Observatoire National des Violences en Santé), par an ?

\_\_\_\_\_ Déclarations ONVS /an.

Q9. Au sein de votre service, par qui sont traités ces différents modes de déclaration ?  
(Plusieurs réponses possibles)

Chef de Service     Cadre supérieur de Santé     Cadre de Santé     la victime

Autre : \_\_\_\_\_

Q10. Quelles sont en général les suites engagées ? (cochez une seule case par ligne)

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Dépôt de plainte, main courante					
Poursuites judiciaires					
Condamnation prononcée (Rappel à la loi, amende, prison)					

Q11. Si une condamnation est prononcée, il s'agit :

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Rappel à la loi					
Amende					
Peine de prison					

Q12. S'il y a dépôt de plainte, celle-ci est déposée par :

- La victime.
- L'établissement.
- Les deux.

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire, je reste entièrement disponible pour toute question ou demande particulière. Vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : [violencesauxurgences@gmail.com](mailto:violencesauxurgences@gmail.com)

Je vous invite également, si vous ne l'avez pas encore fait, à remplir le questionnaire de cette étude en suivant ce lien : <https://www.sphinxonline.com/SurveyServer/s/antoinegoddyn/violencesauxurgences/questionnaire.htm>

Merci d'avance et bonne continuation.

Antoine GODDYN

## **ANNEXE 4 : La déclaration CNIL**

RÉCÉPISSÉ

Monsieur GODDYN Antoine  
APPT 232, 80 RUE JEANNE D'ARC  
59000 LILLE

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**2030234 v 0**

du 09 mars 2017

**A LIRE IMPÉRATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des Intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Organisme déclarant

Nom : FACULTE DE MEDECINE DE LILLE - HENRI WAREMBOURG -  
Université Droit et Santé Lille 2

Service :

Adresse : 1 PLACE VERDUN

Code postal : 59000

Ville : LILLE

N° SIREN ou SIRET :  
195935606 00101

Code NAF ou APE :  
8542Z

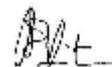
Tél. : 0320626911

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE MULTICENTRIQUE : ETAT DES LIEUX CONCERNANT LES VIOLENCES SUBIES PAR LE PERSONNEL DES SERVICES D'URGENCES DU NORD PAS DE CALAIS : RESENTI, DÉCLARATION ET FORMATION DU PERSONNEL. ETUDE RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE THÈSE D'EXERCICE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

Fait à Paris, le 09 mars 2017  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

**AUTEUR : Nom : GODDYN      Prénom : Antoine**

**Date de Soutenance : Le vendredi 20 octobre 2017 à 16h00**

**Titre de la Thèse : État des lieux des violences envers le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France. *Étude descriptive, observationnelle, multicentrique, au sein de vingt-trois centres.***

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine d'Urgences, Santé Publique, Médecine du travail**

**DES + spécialité : Médecine Générale, DESC de Médecine d'Urgences.**

**Mots-clés : Violences, Urgences, ressenti, déclarations, formations, sous-estimation.**

**Introduction :** Selon l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) les services d'urgences comptent parmi les structures hospitalières les plus exposées à la violence. L'augmentation du phénomène semble être perçue par l'ensemble des professionnels de santé. Pourtant, les données chiffrées sont rares.

*L'objectif principal* était de dresser un état des lieux des violences ressenties par le personnel des structures d'Urgences des Hauts de France, d'évaluer le nombre de déclarations formulées ainsi que les formations reçues. *Les objectifs secondaires* étaient de comparer ces données entre les services de la Métropole Européenne de Lille (MEL) et ceux en dehors, puis d'évaluer l'impact des formations sur le ressenti et les déclarations d'événements violents.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, menée sur 6 semaines, à l'aide d'un questionnaire Q1 diffusé on-line (SPHINX®) aux acteurs des services ayant accepté de participer à l'étude. Un second questionnaire Q2 caractérisant les 23 centres était envoyé aux responsables.

**Résultats :** 854 questionnaires Q1 ont été analysés. Le personnel estimait avoir déjà été victime de violence dans 96,7% des cas. L'auteur principal était le patient. Les addictions, l'incivilité et le délai d'attente étaient les motifs de violences les plus rapportés. Ces cinq dernières années, l'intensité et la fréquence semblaient augmenter et 83% des interrogés estimaient que dans l'avenir le phénomène allait s'aggraver, mais 31,8% avouaient n'avoir jamais déclaré d'évènement violent. Les motifs principaux de non déclaration étaient « *c'est inutile car sans suite* » et « *un support de déclaration trop complexe* ». Il n'existait pas de différence significative entre les services MEL et hors MEL en termes d'intensité et fréquence des événements, ni du taux de déclarations. Il existait une différence significative quant aux violences de niveau ONVS2, et les principaux motifs de violence. Concernant la formation, 45,7% du personnel déclaraient être déjà formés et 84,8% souhaitaient l'être. Ces formations permettaient de détecter plus fréquemment les situations violentes et incitaient à déclarer.

**Conclusion :** La violence est de plus en plus ressentie au sein des structures d'urgences des Hauts de France. Le personnel est inquiet et demandeur de formations. Celles-ci semblent favoriser la déclaration des incidents. Des propositions émanant du personnel pourraient être évaluées pour améliorer leur sécurité face aux violences.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL**

**Assesseurs : Madame le Professeur Annie SOBASZEK  
Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD  
Madame le Docteur Nathalie ASSEZ**

**Directrice de Thèse : Madame le Docteur Nathalie ASSEZ**