

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quels sont les impacts de la violence exogène sur la santé mentale du
personnel hospitalier ?**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 janvier 2020 à 16 H
au Pôle Formation

par Marion DEFRETIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Claire-Lise CHARREL

Avertissement

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

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
BIT : Bureau International du Travail
INRS : Institut National de Recherche en Santé
EU-OSHA : European Agency for Safety and Health at Work
SUMER : Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes Statistiques
ESENER : Enquête européenne des entreprises sur les nouveaux risques émergents
ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé
OHSN : Occupational Health Safety Network
ENA : Emergency Nurses Association
LEFO : Institut norvégien d'étude des professions médicales
USLD : Unité de Soins Longue Durée
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique
PRESST : Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail
NEXT : Nurses Early Exit Study
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PCL-5 : Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5
MBI : Maslach Burn out Inventory
SEP : Score d'Epuisement Professionnel
SD : Score de Dépersonnalisation
SAP : Score d'Accomplissement Personnel
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
ECAB : Echelle d'Attachement aux Benzodiazépines
ASH : Agent de Service Hospitalier
CPP : Comité de Protection des Personnes
F2RSMpsy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts de France
CMP : Centre Médico-Psychologique
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UMD : Unité pour Malades Difficiles

Table des matières

Résumé	11
Introduction	13
Rationnel de l'étude et données issues de la littérature	15
I. Définitions de la violence	15
II. La violence dans le cadre du travail.....	16
A. Définitions.....	16
B. La violence au travail fait partie intégrante des risques psychosociaux.....	17
C. Différents types de violence au travail	20
1) Les origines de la violence	20
(a) La violence endogène (ou interne).....	20
(b) La violence exogène (ou externe).....	20
2) Les différentes formes de violence.....	20
(a) La violence physique.....	20
(b) La violence verbale	21
D. Données sur la violence au travail en France et à l'étranger	21
III. Violence exogène en milieu de santé	23
A. Prévalence de la violence exogène en milieu de santé	26
1) Données à l'étranger	26
2) Données en France	28
B. Conséquences de la violence exogène sur le personnel.....	29
1) A l'échelle individuelle.....	29
(a) Des troubles physiques.....	30
(b) Des troubles psychiques	31
2) A l'échelle collective	32
C. Prise en charge du personnel victime de violence exogène en milieu hospitalier	33
D. Conclusion.....	36
Matériel et méthode	37
I. Hypothèse principale	37
II. Objectifs de l'étude	37
A. Objectif principal	37
B. Objectifs secondaires	37
C. Critères d'évaluation	38
III. Lieu de l'étude	39
IV. Population étudiée	39

A.	Critères d'inclusion	39
B.	Critères d'exclusion	40
V.	Déroulement de l'étude	40
A.	Plan expérimental	40
B.	Schéma de l'étude	42
C.	Questionnaires	42
1)	Données socio-professionnelles et antécédents	43
2)	Mesures descriptives de la violence exogène	43
3)	Mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place suite à un fait de violence.....	44
4)	Mesure qualitative de la santé du personnel hospitalier	44
(a)	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-V (PCL-5).....	44
(b)	Maslach Burn Out Inventory (MBI).....	45
(c)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	45
(d)	Test d'addiction à une substance (critère DSM-V)	46
(e)	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	46
(f)	Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)	47
D.	Saisie des données et méthodes d'analyse.....	47
	Résultats.....	48
I.	Caractéristiques de la population étudiée	48
A.	Taux de participation	48
B.	Répartition des participants par service.....	48
C.	Répartition des participants par catégorie professionnelle	49
D.	Taux de participation parmi les catégories professionnelles les plus représentées au sein des services	50
E.	Sexe et âge moyen des participants.....	51
F.	Répartition des participants selon l'ancienneté et le temps de travail.....	51
G.	Antécédents psychiatriques et addictologiques des participants	51
II.	Caractéristiques des violences	52
A.	Violences tous niveaux confondus	52
B.	Violences de niveau 1.....	53
C.	Violences de niveau 2.....	55
D.	Violences de niveau 3.....	56
E.	Violences de niveau 4.....	58
F.	Récapitulatif des violences hospitalières	60
G.	Auteur majoritaire des violences.....	61
III.	Mesures post agression.....	61
A.	Mesures administratives	61
B.	Mesures juridiques.....	61
C.	Mesures médico-psychologiques	62
IV.	Troubles en santé mentale dépistés auprès du personnel des différents services	63

A.	Le trouble de stress post-traumatique	64
B.	Le burn out	64
C.	Les troubles anxio-dépressifs	66
D.	Les troubles de l'usage de substances	67
E.	Les troubles de l'usage d'alcool.....	68
F.	Les troubles d'usage des benzodiazépines ou apparentés	68
G.	Récapitulatif des troubles en santé mentale au sein des différents services	69
V.	Santé mentale du personnel exposé et non exposé à la violence	70
A.	Le trouble de stress post-traumatique	71
B.	Le burn out	71
C.	Les troubles anxio-dépressifs	72
D.	Les troubles de l'usage de substances	73
E.	Les troubles de l'usage d'alcool.....	74
F.	Les consommations problématiques de benzodiazépines ou apparentés.....	75
G.	Récapitulatif de la santé mentale du personnel exposé et non exposé à la violence	75
VI.	Facteurs en lien avec la présence d'un trouble psychique chez les membres du personnel hospitalier	76
Discussion.....		78
I.	Population de l'étude	78
II.	Prévalence de la violence exogène en milieu hospitalier.....	79
III.	Troubles en santé mentale dépistés chez le personnel hospitalier	83
A.	Le trouble de stress post-traumatique	83
B.	Le burn out	84
C.	Les troubles anxio-dépressifs	86
D.	Les troubles de l'usage de substances	87
IV.	Les mesures post agression	89
V.	Facteurs de risque en lien avec le développement d'un trouble psychique chez le personnel hospitalier	91
VI.	Les limites de l'étude	93
VII.	Les forces de l'étude.....	95
Conclusion		97
Annexes		98
I.	Annexe 1 : Références bibliographiques	98
II.	Annexe 2: Questionnaires.....	103
III.	Annexe 3 : Lettre d'information	117

Résumé

Contexte : La violence des patients ou de leurs accompagnants envers le personnel hospitalier est un phénomène courant. Elle fait partie intégrante des risques psychosociaux. Les conséquences de cette violence sur la santé mentale du personnel de différentes spécialités sont rarement décrites dans la littérature médicale. L'objectif de ce travail est de comparer la prévalence de la violence exogène aux urgences et au sein de plusieurs services de médecine du centre hospitalier de Tourcoing puis de comparer la santé mentale du personnel entre les différents services et selon l'exposition à la violence. Enfin, il s'agit d'évaluer les mesures mises en place par l'établissement dans les suites d'une agression.

Méthode : Une étude monocentrique, observationnelle transversale et comparative a été réalisée. L'ensemble du personnel soignant et non soignant des services d'urgence, de médecine interne, médecine polyvalente et gastro-entérologie du centre hospitalier de Tourcoing ont été inclus. Une série d'auto-questionnaires recueillant les données socio-professionnelles, les faits de violence exogène, les troubles psychiques tels que le trouble de stress post traumatique, le burn out, les troubles anxio-dépressifs et les troubles d'usage de substances ont été distribués à chaque participant.

Résultats : La prévalence de la violence exogène est de 87,2 % aux urgences et de 59,1 % dans les services de médecine. La violence est significativement plus importante aux urgences pour les niveaux 1 à 3 définis par l'ONVS. Seul le personnel des urgences est exposé aux violences de niveau 4. Parmi les participants, 59,6 % du personnel des urgences et 45,5 % du personnel de médecine présentent au moins un score pathologique aux questionnaires se rapportant à leur santé mentale mais la différence n'est pas significative entre les deux groupes. Parmi les participants, 60,3 % du personnel exposé à la violence et 51,9 % du personnel non exposé à la violence présentent au moins un trouble psychique, la différence est non significative

entre les deux groupes. Les mesures d'accompagnement après une agression sont peu nombreuses.

Conclusion : La violence exogène est un problème d'actualité au sein des établissements hospitaliers. Les troubles psychiques dépistés chez le personnel sont importants, néanmoins il n'a pas été établi de lien significatif avec la violence. Les mesures d'accompagnement du personnel pourraient être améliorées.

Introduction

Dans la nuit du 15 au 16 octobre en 2016, des faits de violence grave à l'encontre du personnel soignant ont eu lieu aux urgences du centre hospitalier de Tourcoing. Plusieurs personnes venues accompagner un patient âgé souffrant ont refusé de patienter en salle d'attente, sont rentrées dans le service et ont agressé plusieurs membres de l'équipe de soins : des insultes et menaces ont été proférées suivies de violences physiques. Pas moins de six individus auraient donné des coups à un des médecins présent sur place, une femme médecin aurait été tirée par la chevelure et aurait eu des cheveux arrachés, une interne aurait été jetée au sol. L'intervention des forces de l'ordre a été nécessaire pour arrêter ces agissements. Des sentiments d'incompréhension, de colère et d'impuissance de la part de l'équipe des urgences ont fait suite à ces faits de violence. Le docteur Hacène Moussouni, chef de service, a souligné le caractère intolérable de tels agissements. La ministre de la santé alors en poste, Marisol Touraine a publiquement condamné la violence ayant eu lieu ce jour-là. Deux ans après les faits, le tribunal correctionnel de Lille a condamné deux hommes et une femme à des peines de prison aménageables allant de six à huit mois fermes pour les deux premiers et de douze mois avec sursis pour la dernière (1).

Le 10 juin 2019, au centre hospitalier de Rennes, une patiente agitée a agressé physiquement un médecin urgentiste, une infirmière et deux aides-soignantes. Certains des soignants se sont retrouvés au sol à la suite des coups. L'intervention de cinq agents de sécurité a été nécessaire pour arrêter ces actes (2).

Le 22 août 2019, aux urgences du centre hospitalier de Hautepierre à Strasbourg, un patient a été violent envers plusieurs infirmières, ambulanciers, pompiers et médecins. Des blessures à type de traumatisme thoracique, cervicalgies et luxation de pouce consécutifs aux coups ont été relevées. L'individu aurait craché du sang au visage d'une infirmière. Plusieurs dépôts de plainte ont été déposés (3).

Le 26 octobre 2019, aux urgences du centre hospitalier de Nice, un interne de médecine générale s'est fait agresser physiquement par un patient amené par les forces de l'ordre. Après avoir été examiné pour une plaie de l'avant-bras, l'individu a tenté d'étrangler l'interne réalisant les soins. L'intervention de la sécurité de l'hôpital a été nécessaire. Suite à ces faits de violences, l'interne a bénéficié de quatre jours d'arrêt maladie et a porté plainte (4).

Ces actes de violence à l'hôpital semblent se multiplier ces dernières années et les articles dans la presse sont de plus en plus nombreux à les relater. Ces violences constituent l'une des raisons pour lesquelles en France, de nombreux services d'urgence sont en grève depuis plusieurs mois et demandent une amélioration de leurs conditions de travail. Générant le plus souvent un sentiment d'incompréhension et d'impuissance de la part des équipes soignantes confrontées à de tels actes, je me suis interrogée dans ce travail sur la fréquence des agressions dans les services hospitaliers et me suis intéressée à la santé mentale du personnel pouvant en être victime.

Rationnel de l'étude et données issues de la littérature

I. Définitions de la violence

Il existe bien des façons de définir la violence :

Dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme étant « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* ». Cette définition comprend les violences interpersonnelles, auto-infligées et collectives. Selon l'OMS, la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique au monde (5).

Selon la définition du dictionnaire le Larousse, le mot violence est issu du latin « *Violentiae* » et désigne le « *caractère de ce qui se manifeste avec une force intense voire brutale* » ou encore « *le caractère de quelqu'un qui est emporté, agressif, brutal* » (6).

Pour Lefeuvre-Darnajou K, la violence au sens large « *recouvre toutes les atteintes portées à la personne, entité composée du corps et de l'esprit mais également à ses biens* » (7).

D'un point de vue juridique, les violences volontaires sont définies par les articles 222-7 et suivants du code pénal et les violences involontaires sont définies par l'article 222-19 du code pénal :

- Article 222-7 : « *Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle* » (8).
- Article 222-9 : « *Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* » (9).

- Article 222-11 : « Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende » (10).
- Article 222-14-3 : « Les violences prévues par les dispositions de la présente section sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques » (11).
- Article 222-19 : « Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende » (12).

Ces articles de lois correspondent à une approche objective des faits de violences et se centrent sur les résultats induits par ces dernières. Elles permettent une qualification juridique des violences.

II. La violence dans le cadre du travail

A. Définitions

La violence au travail est devenue un phénomène préoccupant, en forte progression partout dans le monde et fait partie intégrante des risques psychosociaux. Elle constitue à ce titre un enjeu prioritaire de santé publique ce qui est souligné par la quarante-neuvième assemblée mondiale de la santé dès 1996 (13).

Le Bureau International du Travail (BIT) à Genève a réuni douze experts de différentes nationalités en 2003 afin d'élaborer un recueil pratique sur la violence et les stress au travail dans les secteurs de service. La définition suivante de la violence au travail a été retenue :« *toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par laquelle une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail* » (14).

Selon un rapport de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), il s'agit de tout acte de violence pouvant avoir lieu dans les locaux de l'entreprise mais également dans tout lieu où le salarié est conduit à se rendre dans le contexte de son exercice professionnel (15).

B. La violence au travail fait partie intégrante des risques psychosociaux

Le monde du travail, de par l'adoption de technologies de pointe, la concurrence mondiale et les changements culturels est en évolution permanente et entraîne pour les travailleurs des changements importants. Productivité, efficacité et rentabilité rythment ainsi le quotidien des salariés. Le secteur hospitalier n'est pas épargné par ces phénomènes. Des technologies nouvelles sont régulièrement introduites afin d'améliorer les soins prodigués aux patients. Ces nouvelles situations de travail génèrent des risques et posent de nouveaux défis aux employeurs et travailleurs. C'est dans ce contexte qu'émergent les notions de santé, bien-être, sécurité au travail et que sont définis les risques psychosociaux.

Les risques psychosociaux sont ainsi à l'interface entre l'individu et sa situation de travail et font partie des risques professionnels. Ils sont définis par le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux comme étant des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (16).

L'INRS précise qu'ils correspondent à des situations de travail où sont présents, isolés ou associés, du stress, des violences internes, des violences externes et qu'ils n'épargnent aucun secteur d'activité (17).

Selon un rapport mené conjointement par l'EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work) et Eurofound en 2014, 25 % des travailleurs européens ressentiraient du stress au travail de façon permanente ou la plupart du temps (18).

Le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux classe en six axes les facteurs contribuant à l'apparition de ces risques dans le cadre du travail (16) :

- **L'intensité et le temps de travail** : Ils prennent en compte les dimensions de quantité et de complexité du travail. Ils sont notamment liés aux notions de contrainte de rythme, aux responsabilités, aux objectifs définis comme étant flous ou peu clairs, aux interruptions d'activité et à la perception de l'usage des nouvelles technologies.
- **Les exigences émotionnelles** : Elles correspondent à la nécessité de devoir maîtriser ou cacher ses émotions, de gérer des relations difficiles avec certains interlocuteurs. Elles prennent en compte les faits de violence externe (ou exogène).
- **Une autonomie insuffisante** : Elle peut être due à des marges de manœuvres trop faibles pour accomplir certaines tâches, à une sous-utilisation des compétences du travailleur ou à des contraintes de rythme. Dans le modèle de Karasek de 1979, le terme de latitude décisionnelle est utilisé pour évoquer cette dimension.
- **La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail** : Cela inclue les relations entre les collègues ainsi que celles avec la hiérarchie. La violence interne (ou endogène) doit être prise en considération dans ce contexte. La notion de soutien social perçu apparaît importante.
- **Les conflits de valeur** : On retrouve ici la notion de souffrance éthique qui survient lorsque l'on demande à une personne d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Cela peut concerner le but, les effets ou les résultats du travail.

- **L'insécurité de la situation de travail** : Elle comprend à la fois l'insécurité socio-économique, le risque de changement de la tâche et des conditions de travail.

Dans son rapport, le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux indique un accroissement du risque de développement de certaines pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, l'anxiété, la dépression, la majoration des consommations de tabac, d'alcool, et les troubles musculo-squelettiques en cas d'exposition aux risques psychosociaux dans le cadre du travail. Ils constituent à ce titre un véritable enjeu de santé publique (16).

Dans ce contexte d'émergence des risques psychosociaux, différents textes réglementaires ont été adoptés permettant la prévention et la prise en charge de ces risques et en particulier de la violence et la sécurité au travail.

- L'article L. 4121-1 du code du travail précise que *« l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formations, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'application de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes »* (19).
- L'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail a été adopté le 26 Mars 2010. Les articles 3 et 4 de cet accord indiquent que *« les entreprises doivent clairement affirmer que le harcèlement et la violence au travail ne sont pas admis. L'employeur en concertation avec les salariés ou leur représentant prend les mesures nécessaires en vue de prévenir et gérer les agissements de violences et harcèlement au travail »* (20).
- L'accord pour la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique a été signé le 22 octobre 2013. Cet accord prévoit la mise en place d'un plan national d'action pour l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. L'élaboration de ces plans d'actions repose sur l'employeur (21).

C. Différents types de violence au travail

1) Les origines de la violence

Les travailleurs peuvent être exposés à deux types de violence suivant l'origine et l'auteur dont elles proviennent.

(a) La violence endogène (ou interne)

Selon le BIT, elle désigne les faits de violences ayant lieu entre les salariés et comprend également le personnel d'encadrement (14). Il peut s'agir d'incivilités, d'agressions physiques, psychiques, de harcèlement moral ou sexuel.

(b) La violence exogène (ou externe)

Selon le BIT, elle correspond aux violences exercées par des personnes extérieures à l'entreprise, notamment le grand public, les usagers ou les clients, à l'encontre des salariés ou du personnel d'encadrement (14).

L'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail précise qu'il peut s'agir de violences verbales ou physiques. Elles peuvent également prendre une connotation sexuelle ou raciale et peuvent porter atteinte au bien être, à la santé ou à la sécurité du travailleur qui en est victime (22).

2) Les différentes formes de violence

(a) La violence physique

La violence physique regroupe l'ensemble des comportements pouvant porter atteinte à l'intégrité physique de la personne qui en est victime.

Selon l'INRS, elle peut prendre une forme de comportements agressifs allant de la forme la moins grave jusqu'à l'homicide. Il s'agit notamment de coups, gifles, bousculades, morsures, blessures corporelles par armes blanches ou armes à feu...(15).

(b) La violence verbale

La violence verbale correspond aux incivilités, insultes, menaces et toute parole visant à humilier ou dénigrer la victime. Elle peut porter atteinte à l'intégrité psychique de la personne.

Dans son rapport sur la violence au travail, l'INRS regroupe dans les incivilités tous les actes ou comportements induisant un défaut de respect ou de politesse ou encore un manque de courtoisie. Les manifestations d'exaspération ou d'impatience en font également partie. Néanmoins les incivilités ne sont définies dans aucun texte juridique (15).

Selon Kopp N, l'incivilité correspond à un concept aux limites floues notamment par rapport à la violence et qui est souvent banalisée. Dans les emplois de service public et en particulier à l'hôpital, les actes d'incivilités sont très fréquents mais difficiles à quantifier et soulèvent des questions éthiques (23).

D. Données sur la violence au travail en France et à l'étranger

Les données concernant la fréquence et les impacts générés par la violence au travail sont très hétérogènes selon les domaines professionnels. Des disparités importantes apparaissent au niveau européen d'après les études réalisées.

D'après la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005, 12 % des travailleurs se sentent victimes d'agression dans le cadre de leur travail en Europe. Cette enquête signale une majoration du taux de violences physiques qui passe de 4 à 6 % entre 1995 et 2005 au sein de l'union européenne. En France, les taux de violence au travail sont supérieurs à la moyenne européenne avec 9 % de déclaration de violences physiques (tout comme le Royaume Uni) et 6,9 % de déclarations de menaces de violences physiques. En moyenne, 5 % des travailleurs européens ont déclaré avoir été soumis à des actes d'intimidation et de harcèlement

en 2005 mais ce taux varie de façon importante d'un pays à l'autre. Il atteint 17 % en Finlande, 12 % aux Pays-Bas, 2 % en Italie et en Bulgarie (24).

La quatrième édition de l'enquête SUMER réalisée en 2017 a été menée conjointement par la Direction Générale du Travail et la Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES) et compte près de 34 000 salariés participants en France. Cette étude dresse un état des lieux et surveille l'évolution de l'exposition des travailleurs français aux principaux risques professionnels. Elle retrouve que 71 % des personnes interrogées travaillent en contact avec le public extérieur, ce qui correspond à une augmentation de huit points par rapport à l'enquête réalisée en 1994. Cette majoration s'explique notamment par le développement des emplois de service en France ces vingt dernières années. Le taux de salariés déclarant des tensions fréquentes voire permanentes avec le public atteint 8 % et reste stable entre 2010 et 2017.

Des taux importants de violence sont observés dans certaines catégories professionnelles. Parmi les professionnels travaillant en contact avec le public, 14,5 % ont déclaré avoir été victime d'au moins un fait de violence au cours de l'année écoulée. Ce taux atteint 18 % pour les employés administratifs, 17 % pour les employés de commerce et 17 % pour les professions intermédiaires (25).

La deuxième édition de l'enquête européenne sur les risques nouveaux et émergents ESENER 2 en 2014 a été menée par l'EU-OSHA auprès de près de 50 000 établissements et entreprises en Europe. Cette étude met également en évidence un développement continu des secteurs et emplois de service en Europe. Les facteurs de risques psychosociaux identifiés comme étant les plus importants sont les tensions avec les usagers et le public (clients, élèves ou patients) et concernent 58 % des établissements.

Le taux de violence de la part du public et des usagers est majoritaire pour les professionnels travaillant dans les domaines d'enseignement, de santé et d'action sociale où il atteint 75 %. Près d'un établissement sur cinq évoquant des tensions avec le public déclare ne

pas avoir de moyens suffisants pour prévenir efficacement ce risque. Le taux de violence déclaré par les établissements est important dans certains pays européens tels que le Monténégro où il atteint 78 %, la France et l'Estonie où il est de 70 % (26).

Ces études soulignent donc le développement des professions de service en contact avec le public ces vingt dernières années. Les taux déclarés de violence en France semblent supérieurs à la moyenne européenne. Les secteurs de la santé et d'enseignement sont les plus touchés par les faits de violence selon la littérature.

III. Violence exogène en milieu de santé

La violence affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs. Elle est au croisement de plusieurs domaines : médical, social, juridique et politique. Elle menace particulièrement les professionnels de santé qui sont en contact avec la population dans son ensemble.

D'après la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail de 2005, le secteur de la santé est le plus exposé aux faits de violence devant les domaines se rapportant à l'éducation et l'administration publique et défense. Les professionnels travaillant dans le secteur des soins apparaissent huit fois plus exposés à la violence que les employés en manufacture (24).

L'hôpital est une institution ouverte à tous. Les agressions dont sont victimes les membres du personnel semblent résulter de plusieurs facteurs de risque combinés : les longs délais d'attente, le manque d'information, l'inquiétude des familles et des proches de patients, l'incompréhension sur les priorités et la prise en charge de populations à risques (patients présentant des troubles psychiatriques, patients sous l'emprise de toxiques). Une étude menée par Vezyridis P et al. au sein de plusieurs services d'urgence relève que les principaux déterminants ayant précédés les épisodes de violences physiques et verbaux envers les

professionnels étaient : les troubles du comportement chez les patients, les longs délais d'attente, les consommations d'alcool ou d'autres substances et les maladies mentales (27).

En France, L'observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a été créé par une circulaire le 11 Juillet 2005. Cet observatoire recueille, sur la base du volontariat, les faits de violence ayant eu lieu dans les établissements de soins et dirigés contre les professionnels et les biens matériels. L'ONVS réalise également des missions de prévention des violences en milieu de santé et élabore des outils de bonne pratique. Ce dispositif national classe les faits de violences à l'encontre des personnes selon une échelle de gravité basée sur la classification des violences selon le code pénal en quatre niveaux et les dégradation de biens en trois niveaux. Cette échelle permet ainsi de prendre en compte l'ensemble des faits d'agression pouvant avoir lieu au sein des structures de soins en France (28).

Les atteintes 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 (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle

Niveau 4

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

Les atteintes 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

Dégradation 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 ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

Classification des atteintes aux personnes et aux biens selon l'ONVS (29)

A. Prévalence de la violence exogène en milieu de santé

1) Données à l'étranger

D'après les études réalisées ces dernières années, les faits de violence en milieu hospitalier semblent importants et présents partout dans le monde.

Selon un article de Reddy IR et al, les premières études relatant les faits de violence envers le personnel soignant aux Etats-Unis, datent des années 1980. Cet article précise que 57 % des professionnels d'urgences américains ont déjà reçu des menaces. Au Royaume-Uni, 52 % des médecins ont déjà signalé au moins un fait de violence à leur rencontre. Dans certains pays comme Israël, l'Inde ou le Bangladesh, les taux d'agression en milieu de santé sont supérieurs à ceux des pays occidentaux (30).

Aux Etats-Unis, une étude a analysé entre 2012 et 2015 les données concernant les violences au travail de 106 hôpitaux membres de l'Occupational Health Safety Network (OHSN). Durant la période de l'étude, 3 263 faits d'agression ont été enregistrés. Les victimes étaient majoritairement les infirmiers, cumulant 40,2 % du total des violences. Les femmes étaient majoritairement ciblées, elles représentaient 66,4 % des victimes. Les patients étaient les auteurs majoritaires. L'incidence des violences avait augmenté de façon significative d'environ 23 % par an entre 2012 et 2015 (31).

Une étude menée par l'Emergency Nurses Association (ENA) a interrogé 7 169 infirmiers entre mai 2009 et janvier 2011 aux Etats-Unis. Parmi les participants, 12,1 % ont signalé des faits de violence physique (avec ou sans violence verbale) et 42,5 % des faits de violence verbale uniquement au cours des sept jours précédents. La prévalence globale de victimes de violence retrouvée dans cette étude était de 54,5 % (32).

A Chypre, Vezyridis P et al. ont mené une étude rétrospective entre novembre 2012 et février 2013 dans laquelle ils ont interrogé 227 médecins et infirmiers des services d'urgences de neuf hôpitaux publics. Parmi les participants, la prévalence de victimes de violence au cours des

douze derniers mois était de 76,2 %. Parmi les personnes interrogées, 15,1 % ont déclaré subir des abus verbaux et 0,5 % des agressions physiques de façon quotidienne (27).

En Norvège, une enquête transversale répétée en 1993 et 2014 menée par Johansen IH. et al. a utilisé les données de l'institut d'études des professions médicales norvégien (LEFO). Cette étude a permis une analyse des phénomènes de violences envers les médecins de différentes spécialités. En 1993, le nombre de participants était de 2 551 médecins. Parmi eux, 134 avaient déjà fait l'objet de menaces au moins une fois dans leur exercice professionnel, 2 491 avaient répondu positivement à la question sur les expériences d'actes de violence et 629 avaient vécu au moins une fois de véritables actes de violence physique ou verbale. En 2014, 1 143 médecins avaient répondu à l'enquête. Parmi eux, 578 avaient déjà subi des menaces, 1 132 avaient répondu positivement aux expériences de violence et 270 avaient été victimes de véritables actes de violence. En comparant 1993 et 2014, il n'y avait pas de différences significatives entre les menaces expérimentées et les actes de violences réels (33).

En Inde, une étude menée par Kumar M et al. en 2016 a recueilli les faits de violence à l'encontre des médecins de différents services d'un hôpital de soins tertiaires du district sud de Delhi. Le nombre total de participants à l'étude était de 151. Près de la moitié des participants, soit 47,02 % des médecins ont déclaré avoir été victime de violence pendant leurs heures de travail au cours des douze derniers mois. Les taux les plus importants de violence étaient observés dans les services de gynécologie-obstétriques (39,4 %), les services de chirurgie (29,6 %) et les services de médecine (26,8 %). Les auteurs majoritaires étaient les patients et leurs proches. Parmi les cas signalés, 87,3 % correspondaient à des actes de violence verbale, 8,6 % à des actes de violence physique. Les jeunes médecins moins expérimentés étaient significativement plus exposés à la violence physique (34).

A Taiwan, une étude multicentrique menée par Wei et al. en 2016 s'est intéressée à la violence envers le personnel infirmier au cours de l'année écoulée au sein de cent hôpitaux. Parmi les 26 979 infirmiers interrogés, 13 392 (49,6 %) ont subi au moins un épisode de violence,

5 150 (19,1 %) ont fait état d'agressions physiques et 12 491 (46,3 %) d'agressions psychiques (35).

Au Pakistan, une étude menée par Zafar W et al. a comparé la violence à l'encontre des médecins au sein de différents services d'un hôpital de Karachi. Le taux de violences reporté au cours des douze derniers mois était de 15,6 % pour les violences physiques (23,1 % aux urgences, 13,8 % en médecine interne, 8,6 % en pédiatrie, 28,6 % en chirurgie et 2,9 % pour les biologistes) et de 60,9 % pour les violences verbales (71,1 % aux urgences, 65,5 % en médecine interne, 80 % en pédiatrie, 67,9 % en chirurgie et 5,9 % pour les biologistes). Cette étude retrouve que les taux de violences sont significativement inférieurs pour les biologistes par rapport aux médecins des autres spécialités (36).

2) Données en France

Plusieurs études françaises font état d'un taux de violence conséquent dans les établissements de soins.

Dans son rapport annuel de 2019, l'ONVS analyse les actes de violence ayant eu lieu en 2018 dans les établissements de soins français. La plateforme a reçu 23 360 signalements émanant de 426 établissements sanitaires et médicaux. Seuls 7,35 % des établissements inscrits sur la plateforme ont déclaré des faits d'agression en 2018. 25 414 atteintes aux personnes et aux biens ont été enregistrées. Les atteintes aux personnes représentent 80 % des signalements effectués sur la plateforme répartis de la façon suivante : violences de niveau 1: 6 586 (32 %), violences de niveau 2: 3 453 (17 %), violences de niveau 3 : 9 937 (49 %), violences de niveau 4: 354 (2 %). Les services ayant les taux de violence signalés les plus importants sont la psychiatrie, les urgences et les structures de soins pour les personnes âgées : Unités de Soins Longue Durée (USLD) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), ce qui est similaire à l'année précédente (29).

Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, une étude a été menée en 2014 par Carra C incluant onze centres hospitaliers et cliniques de médecine-chirurgie et obstétrique, cinq unités de psychiatrie et neuf EHPAD. Parmi les participants, 25 % ont estimé qu'il existait « beaucoup » ou « énormément » de violences dans leur service, 58,6 % ont déclaré avoir déjà subi des faits de violence au cours de leur carrière et 21,8 % en avoir subi de façon répétée (37).

Dans une autre étude menée au centre hospitalier de Douai par Auxenfants E en 2016, la prévalence de victimes de violence parmi le personnel des urgences était de 97,06 %. Parmi les personnes interrogées, 1,5 % ont subi des violences criminelles, 17 % ont été victimes de violences physiques volontaires, 61 % ont reçu des menaces verbales, menaces de mort ou violences involontaires et 97 % ont été victimes d'insultes, injures et provocations (38).

Au centre hospitalier de Nantes, une étude a été menée par Tripodi D et al. auprès de 1 836 personnes salariées concernant les risques professionnels en 2007. Parmi les participants, 52 % ont déclaré avoir déjà subi des faits de violences physiques ou verbales dans le cadre de leur travail (39).

B. Conséquences de la violence exogène sur le personnel

1) A l'échelle individuelle

Les actes de violence physique ou verbale portent atteinte à la dignité, au respect et à l'intégrité des personnes. La santé physique et psychique des salariés peut en être gravement altérée de façon immédiate mais également à moyen et à long terme.

Dans l'étude menée par Vezyridis P et al. les victimes de violences ont fait part de sentiments tels que la colère, le stress, l'humiliation, la culpabilité ainsi que de la présence de blessures physiques dans les suites de certaines agressions (27).

(a) Des troubles physiques

Une agression sur le plan physique peut entraîner des lésions ou des blessures (hématomes, griffures, plaies, fractures...) plus ou moins graves.

Hérin F et al. ont analysé au sein de l'unité médico-légale de Rangueil à Toulouse entre janvier 2004 et juillet 2012, 2 439 certificats de coups et blessures ayant eu lieu au travail. Parmi ceux-là, 66 (2,7 %) concernaient des personnels de santé alléguant des faits de violence dans leur activité professionnelle. Cette étude s'est intéressée aux types de lésions faisant suite à des agressions physiques. Elle retrouvait une absence de lésion dans 15,2 % des cas, des stigmates contusionnels de type ecchymoses ou hématomes dans la majorité des cas. D'autres lésions telles que des dermabrasions (27,3 %), des plaies (13,6 %), des entorses (9,1 %), des fractures (2 cas) et une luxation (un cas) ont également été retrouvées. Une incapacité totale de travail a été déterminée lors de chaque consultation et a été évaluée en moyenne à un jour (40).

Une enquête a été réalisée par réalisée par Ladhari N et al. au centre hospitalier de Clermont-Ferrand de 1997 à 2001 sur les agressions verbales et physiques déclarées comme accident du travail. Le nombre d'accidents de travail recensé était de 137. Les coups (avec le pied, le poing, la tête ou à l'aide d'un objet) étaient les principales modalités d'agression physique (42,3 %), venaient ensuite les projections de liquide ou d'objet (16,7 %), les griffures (15,3 %) et les morsures (12,4 %). Les lésions physiques étaient variables : il s'agissait en majorité de contusions (33,5 %), de griffures ou de plaies (17,5 %), d'hématomes ou d'ecchymoses (16 %) et de fractures (2,9 %). Dans la majorité des cas, les lésions se situaient sur les membres supérieurs (59,1 %) et sur la tête (33,5 %) (41).

(b) Des troubles psychiques

Les actes de violence ne sont pas sans conséquences pour la santé mentale des travailleurs : anxiété, troubles du sommeil, syndrome dépressif, Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) et mésusage de substances sont décrits dans la littérature.

L'étude Pakistanaise menée par Zafar W et al. en 2013 s'est intéressée aux violences et à la santé psychique des médecins de différentes spécialités. Le taux de TSPT dépisté était de 15,4 % et le taux de burn out dépisté était de 42,4 %. Parmi les médecins interrogés, 33,9 % présentaient une détresse mentale au moment de l'étude. Le taux de TSPT était significativement associé aux violences physiques subies dans le cadre du travail (36).

Une étude menée par Sui G et al. dans la province de Liaoning en Chine a interrogé 1 392 médecins provenant de huit hôpitaux à l'aide d'auto-questionnaires. La prévalence de victimes de violence était de 77,5 %. La violence au travail était associée positivement à la présence de symptômes dépressifs et à deux des dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (42).

L'étude menée par Auxenfants E aux urgences du centre hospitalier de Douai, a montré que 32,35 % du personnel présentait un trouble anxio-dépressif, 51,47 % un burn out, 38,2 % un trouble de l'usage de substances. En revanche, aucun lien statistiquement significatif n'avait été établi entre la présence d'un trouble psychique et la fréquence ou la sévérité des violences subies dans le cadre du travail (38).

Une étude rétrospective a été réalisée par Cannavo M et al. auprès du personnel des urgences de l'hôpital universitaire Policlinico Umberto I à Rome entre Juin 2016 et février 2017. Tous les professionnels en contact avec les usagers du système de soins (personnel soignant, auxiliaires et personnel administratif) étaient inclus. Parmi les personnes interrogées, 87 % ont été victimes d'agression de la part des patients ou de leurs proches. La majorité des participants ont signalé des conséquences négatives de cette violence sur leur sphère émotionnelle. Une

majoration des consommations de tabac, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil et un isolement social ont été reporté par environ 33 % des victimes (43).

L'étude PRESST-NEXT est le volet Français d'une étude européenne recherchant les facteurs pouvant expliquer un abandon prématuré du métier de soignant. Elle a été conduite de 2003 à 2005 et souligne que l'exposition à la violence est un facteur déterminant dans la survenue d'un burn out chez les soignants (44).

Une étude rétrospective a été menée à Anger entre Janvier 2007 et Décembre 2009 par Ragot A et al. a étudié 168 dossiers de salariés adressés en consultation de psychopathologie au travail pour des problématiques professionnelles aux conséquences lourdes et complexes. Les catégories professionnelles les plus représentées étaient la santé et l'action sociale (18 %), le commerce (15,5 %) et l'industrie manufacturière (12 %). Parmi les personnes incluses, 45 % présentaient un syndrome dépressif, 51 % des troubles anxieux, 9 % un TSPT et 17,5 % un burn out. Cette étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre des facteurs de risques psychosociaux tels que les agressions au travail et la présence d'un TSPT (45).

Dans une enquête menée par l'ordre national des infirmiers en France et publiée en 2018, 57,46 % des participants estimaient que la violence était un facteur important dans le développement d'un mal-être au travail, 63 % d'entre eux avaient répondu positivement à au moins un symptôme d'épuisement professionnel, 20 % d'entre eux consommaient régulièrement du tabac (46).

2) A l'échelle collective

Les impacts en coûts directs et indirects générés par la violence externe peuvent être importants à l'échelle de l'entreprise et de l'hôpital.

L'INRS souligne les conséquences négatives engendrées par les risques psychosociaux et en particulier la violence externe telles que l'augmentation de l'absentéisme et du turnover au sein de l'entreprise, les difficultés dans le recrutement de nouvelles personnes, la démotivation

des salariés, l'augmentation des accidents du travail, la diminution de la créativité engendrant une baisse de la productivité, les ambiances difficiles entre les travailleurs, une image négative renvoyée par l'entreprise...(47).

D'après un article de Heather G et al. aux Etats unis, le coût de la dépression, qui peut être favorisé par les risques psychosociaux, s'élèverait à 83,1 milliards de dollars par an. la plus majeure partie de ce coût serait dû à l'absentéisme et au plus faible rendement au sein des entreprises (48).

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le coût du stress d'origine professionnelle était estimé en 2002, à environ 20 milliards d'euros par an. Il serait à l'origine de 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues (49).

En France, selon l'INRS, le coût social du stress (dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés) a été estimé en 2007 entre 2 et 3 milliards d'euros.

C. Prise en charge du personnel victime de violence exogène en milieu hospitalier

L'accompagnement ainsi qu'une prise en charge précoce et spécifique semblent importants afin de limiter les impacts des violences sur les victimes.

L'ONVS souligne l'importance d'une prise en charge rapide et pluridisciplinaire passant par :

- Une prise en charge clinique rapide pour l'évaluation des blessures physiques et si besoin médicalisée avec l'orientation de la victime vers une structure de soins appropriée et possibilité d'un examen médico-légal.
- Une prise en charge psychologique et sociale selon les dispositions prévues par l'établissement de soins concerné.

- Une prise en charge administrative pouvant passer par la rédaction d'une fiche d'évènements indésirables ou d'un rapport circonstancié et par la réalisation d'une déclaration d'accident de travail.
- Une prise en charge juridique avec assistance de l'établissement dans les démarches de dépôt de plainte ou main courante, la proposition d'assistance par un avocat, la possibilité de recours à la cellule juridique de l'établissement (50).

Un fait d'agression envers un professionnel dans une structure de soins est un évènement indésirable. Dans une structure de soins les évènements indésirables constituent une notion très large. D'après le ministère des solidarités et de la santé, il correspond à un évènement non souhaité, inattendu. L'ARS précise qu'il est considéré comme grave lorsqu'il impacte fortement la sécurité des biens et des personnes (51).

Le signalement de ces évènements s'inscrit dans des démarches d'amélioration continue. C'est une étape essentielle qui doit être réalisée le plus rapidement possible après la survenue de l'évènement afin de permettre la mise en œuvre de mesures correctives immédiates. Cela rentre dans une démarche de gestion des risques et fait partie intégrante des démarches d'accompagnement du professionnel victime d'agression.

La déclaration d'accident de travail apparaît également essentielle dans les démarches post-agression. Elle est en effet indispensable pour la reconnaissance du caractère professionnel des troubles présents juste après l'agression mais également pour les lésions ultérieures ou rechutes.

Lefeuvre-Darnajou K précise dans son article sur la violence en milieu hospitalier que suite à des faits de violences, l'examen médico-légal constitue une étape importante. La reconnaissance sociale et judiciaire des victimes entre intégralement dans le processus de restauration des victimes après une agression (7).

Malgré l'existence de textes au sein des établissements et au niveau national explicitant les démarches d'accompagnement à entreprendre et l'importance de celles-ci, les faits de violence restent largement sous déclarés selon la plupart des études et les mesures d'accompagnement apparaissent insuffisantes.

En France, dans son rapport annuel de 2019, l'ONVS précise que les signalements de violence en 2018 ont donné lieu à 2 066 plaintes et à 260 mains courantes. Parmi celles-ci, 508 plaintes et 48 mains courantes ont été réalisées par les établissements de soins. Moins de 10 % des établissements de soins français ont effectué des déclarations de violence sur la plateforme en ligne mise à disposition.

Dans son étude au centre hospitalier de Douai, Auxenfants E retrouve que seules 53 % des victimes ont rédigé une fiche d'évènements indésirables suite à un fait d'agression. Aucune d'entre elle n'a remonté ce fait de violence à l'ONVS via la déclaration en ligne. Environ 20 % des victimes ont réalisé une déclaration d'accident de travail et effectué un dépôt de plainte ou de main courante (38).

Dans l'étude de Ladhari N et al. au centre hospitalier de Clermont-Ferrand, 15,3 % des accidents de travail ont été suivi d'un arrêt de travail. Parmi le personnel ayant été victime de violences, 28 ont estimé que la prise en charge médico-légale était satisfaisante mais 19 ont estimé qu'elle était insuffisante (41).

L'étude menée par Hérin F et al. souligne que 86 % des actes de violence déclarés dans les structures de soins ne sont pas suivis par un dépôt de plainte ou de main courante, alors qu'il s'agit d'un acte de violence physique dans environ 50 % des cas (40).

Dans l'étude menée par Vezyridis P et al. 82,9 % des victimes de violences aux urgences ont précisé qu'ils n'avaient pas eu d'arrêt de travail dans les suites du fait d'agression (27).

D. Conclusion

Les situations de violence à l'hôpital et l'insécurité qu'elles engendrent semblent avoir des conséquences majeures sur la qualité, l'accès aux soins pour les patients et sur les conditions de travail et la motivation du personnel.

L'impact en santé mentale sur le personnel des services d'urgences et de spécialités semblent importants : syndrome de stress post-traumatique, burn out, épuisement professionnel, troubles anxieux, consommation de toxiques... Cependant les données de la littérature qui recensent la violence exogène et comparent la santé mentale du personnel hospitalier au sein des différents services sont peu nombreuses et hétérogènes.

Matériel et méthode

IV. Hypothèse principale

Au regard de la littérature, nous supposons que le personnel travaillant aux urgences est plus exposé à la violence exogène et donc plus susceptible de développer des troubles psychiques que le personnel travaillant dans d'autres services de médecine hospitalière.

V. Objectifs de l'étude

A. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de comparer la prévalence de la violence exogène subie par le personnel hospitalier entre un service d'accueil d'urgence et des services de médecine (médecine interne, médecine polyvalente et gastro-entérologie).

B. Objectifs secondaires

Objectif secondaire n°1 :

Comparer la santé mentale du personnel d'un service d'urgence et des services de médecine (médecine interne, médecine polyvalente, gastro-entérologie) en termes de symptômes de stress post-traumatique, burn out, troubles anxio-dépressifs et troubles liés au mésusage de substances.

Objectif secondaire n°2 :

Comparer la santé mentale du personnel hospitalier exposé et non exposé à la violence exogène en termes de symptômes de stress post-traumatique, burn out, troubles anxio-dépressifs et troubles liés au mésusage de substances.

Objectif secondaire n°3 :

Rechercher des facteurs en lien avec la présence d'un trouble psychique chez les membres du personnel des différents services.

C. Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation pour l'objectif principal est la prévalence de victimes de violence au cours des douze derniers mois parmi le personnel du service des urgences et des services de médecine par la passation d'un auto-questionnaire dérivé de l'outil visant à recenser les faits de violence utilisé par l'ONVS (fiche de déclaration de l'ONVS).

Les Critères d'évaluation pour les objectifs secondaires 1 et 2 sont les prévalences des différents troubles psychiques dépistés:

- La prévalence de symptômes de stress post-traumatique en lien avec le dernier épisode de violence subi au travail par la passation de la Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)
- La prévalence de burn out par la passation du Maslach Burn out Inventory (MBI) adaptée aux professionnels de santé
- La prévalence de troubles anxio-dépressifs par la passation du questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
- La prévalence de troubles liés au mésusage de substances par la passation du questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), de l'Echelle Cognitive

d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB) et du test d'addiction à une substance selon le DSM-5

Les critères d'évaluation pour l'objectif n°3 sont l'étude des données suivantes :

- Les données socio-professionnelles (âge, sexe, poste occupé)
- Les phénomènes de violences subies par le personnel au sein des 12 derniers mois
- Les mesures de prévention secondaires mises en place suite à un phénomène de violence (mesures administratives, juridiques et médico-psychologiques).

VI. Lieu de l'étude

Le lieu d'étude est le Centre Hospitalier de Tourcoing, situé dans la région des Hauts de France. Il s'agit d'un établissement de santé de taille conséquente ce qui permet la faisabilité de cette étude. En 2012, l'ensemble du personnel était représenté par 178 professionnels médicaux (médecins) et 2019 salariés (1 466 personnels soignants et éducatifs, 238 personnels administratifs, 227 personnels techniques, 88 personnels médico-techniques). Le nombre d'entrées en 2012 s'élevait à 3 380 patients aux urgences et à 11 997 patients dans les services de médecine.

VII. Population étudiée

A. Critères d'inclusion

La population ciblée par cette étude est l'ensemble du personnel soignant et non soignant des services d'urgence, de gastro-entérologie, de médecine interne et de médecine polyvalente du centre hospitalier de Tourcoing : médecins, internes, étudiants, infirmiers, aides-soignants, personnel administratif, autres (brancardiers, médiateurs, Agents de Service Hospitalier (ASH)).

B. Critères d'exclusion

Ne sont pas inclus dans l'étude : les femmes enceintes, les personnes mineures, les personnes en arrêt maladie au moment de la réalisation de l'étude, ou pour des raisons administratives : impossibilité de recevoir une information éclairée, impossibilité de participer à la totalité de l'étude.

VIII. Déroulement de l'étude

A. Plan expérimental

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, monocentrique, comparative. Le lieu d'étude est le centre Hospitalier de Tourcoing. La population ciblée par cette étude est l'ensemble du personnel soignant et non soignant des services d'urgences, de gastro-entérologie, de médecine interne et médecine polyvalente.

Conformément au Code de la Santé Publique, le protocole d'étude a été transmis au CPP et obtenu un avis favorable avant le début de la recherche en date du 27/12/2018.

Les modalités de participation à l'étude consistaient à remplir des auto-questionnaires sur l'exposition à la violence externe et sur les troubles psychiques qui peuvent en découler.

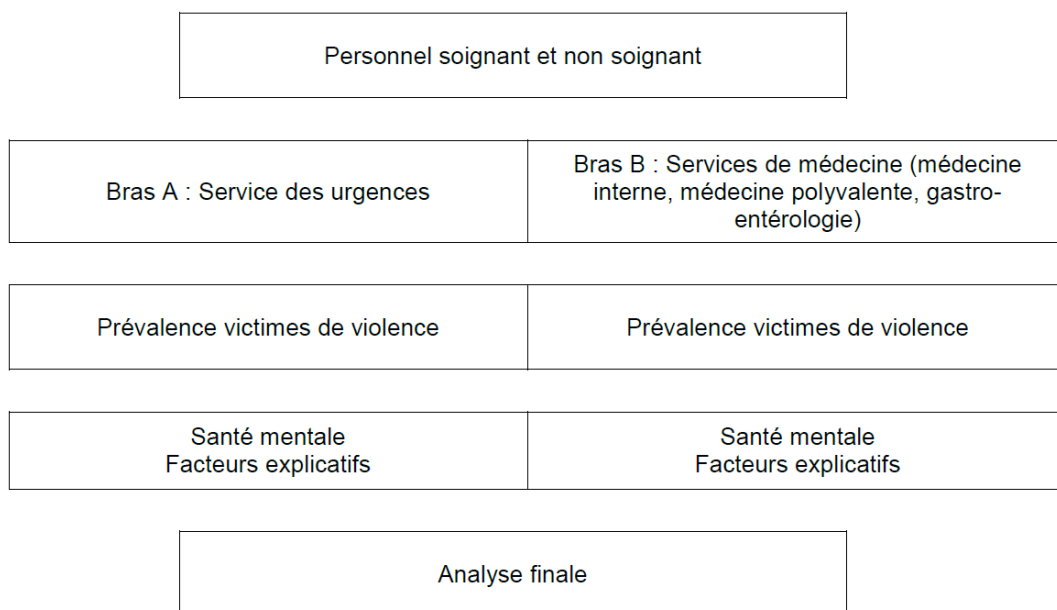
La durée de recrutement des participants a été de 9 mois.

Une information collective orale a été réalisée au sein de chaque service participant à l'étude. Elle a été réalisée aux heures de transmissions des équipes afin de ne pas perturber le temps de travail des services et de pouvoir cibler un nombre conséquent de personnels. Une lettre d'information individuelle accompagnée des auto-questionnaires a été remise à la population cible de l'étude. Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. L'obtention de la non opposition a été requise. En acceptant de remplir les questionnaires, les sujets ont

accepté de participer à cette étude. Une fois remplis, les questionnaires ont été placés dans une enveloppe sous pli scellé et déposés dans une boîte prévue à cet effet au sein de chaque service. Ceux-ci ont ensuite été récupérés par l'investigateur. Les auto-questionnaires ont été remplis et analysés de façon totalement anonyme. Aucune donnée à caractère personnel n'a été utilisée dans le cadre de cette recherche.

L'exposition à la violence au cours des 12 derniers mois a été mesurée par le biais d'une échelle dérivée du formulaire de déclaration des faits de violence édité par l'ONVS. Des auto-questionnaires utilisant des échelles validées en français aux propriétés psychométriques reconnues pour les symptômes de stress post traumatiques, le burn out, les troubles anxio-dépressifs et les troubles liés au mésusage de substances ont été remis aux participants.

B. Schéma de l'étude



C. Questionnaires

Le questionnaire utilisé pour répondre à nos objectifs comprend 4 volets reprenant les données issues d'une précédente étude réalisée au centre hospitalier de Douai par Auxenfants E (38). Ces volets sont disponibles en annexe 2.

- Données socio-professionnelles et antécédents
- Mesures descriptives de la violence externe
- Mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place suite à un fait de violence
- Mesure qualitative de la santé mentale du personnel hospitalier

Une lettre d'information comprenant une notice d'utilisation a été distribuée en même temps que le questionnaire à chaque participant.

Des coordonnées de structures de soins et numéros verts ont aussi été remis à chacun au moment de l'étude.

Le temps de remplissage du questionnaire était de moins d'une heure.

1) Données socio-professionnelles et antécédents

Ce questionnaire permet de récupérer des données sociodémographiques afin de pouvoir caractériser la population étudiée : Il comporte huit questions sur le sexe, l'âge, le service et le poste occupé par le participant, le travail à temps plein ou partiel, l'ancienneté dans le service et le recours aux soins psychiatriques ou addictologiques antérieurs aux douze derniers mois.

2) Mesures descriptives de la violence exogène

Ce questionnaire répertorie des données sur les violences externes dont le personnel a pu avoir été victime au cours des douze derniers mois : le type de violence (suivants les quatre niveaux définis par l'ONVS), la fréquence d'exposition au cours de l'année écoulée, l'auteur majoritaire (patient ou accompagnant).

Ce questionnaire est dérivé de la fiche de signalement des faits de violence mise en place par l'ONVS (29).

- Niveau 1 : Injures, insultes ou provocations sans menaces (propos outrageants à caractère sexuel ou discriminatoire)
- Niveau 2 : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou menaces de mort
- Niveau 3 : Menaces avec armes, violences volontaires (atteintes à l'intégrité physique, coups, crachats, bousculades, strangulations), agressions sexuelles (hors viol)
- Niveau 4 : Violences avec armes, viols, séquestrations, violences volontaires entraînant une mutilation ou infirmité permanente.

3) Mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place suite à un fait de violence

Ce questionnaire s'adresse uniquement au personnel ayant été victime de violence exogène au cours des douze derniers mois et vise à répertorier l'accompagnement des victimes de violence. Il comporte des questions sur les mesures administratives : fiche d'évènements indésirables, fiche de déclaration ONVS, les mesures juridiques : dépôt de plainte ou de main courante, accompagnement de ces démarches par l'établissement, la domiciliation de la plainte, l'assistance d'un avocat, le recours à la cellule juridique de l'établissement et sur les mesures médico-psychologiques : déclaration d'accident de travail, arrêt de travail, consultation du médecin traitant, du médecin du travail, du psychologue du travail, d'un psychologue ou psychiatre extérieur à l'établissement et sur la prescription de psychotropes.

4) Mesure qualitative de la santé du personnel hospitalier

Cette partie comporte six auto-questionnaires aux propriétés psychométriques validées visant à évaluer la santé mentale du personnel hospitalier par le dépistage de troubles psychiques.

(a) Post-Traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-V (PCL-5)

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation permettant le dépistage et la mesure de la sévérité des personnes souffrant d'état de stress post traumatique. Cette échelle a été mise à jour conformément aux modifications apportées aux critères de diagnostic du TSPT dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) par l'American Psychiatric Association en 2013. De nombreuses études ont montré la cohérence interne, la fiabilité test-retest, la fiabilité inter évaluateur et la validité convergente de cet outil (52). Le questionnaire comporte 20 questions. Pour chaque item explorant les différents symptômes de

TSPT, quatre réponses sont possibles : « pas du tout », « un peu », « modérément », « beaucoup », « extrêmement ». Chaque item est ainsi coté de 0 à 4. Le score est calculé par la somme de tous les items. Le sujet doit cocher la réponse correspondant le mieux à son état ressenti au cours du dernier mois par rapport à un événement vécu comme traumatique. Dans cette étude, un score de 33 ou plus est retenu pour considérer le test positif pour le calcul de la prévalence de TPST (53).

(b) Maslach Burn Out Inventory (MBI)

Il a été publié pour la première fois en 1981 par Maslach C et Jackson SE. La version adaptée aux professions d'aide (MBI-HSS) correspond à la version originale du MBI. Cette échelle investigate 22 items explorant 3 dimensions : L'épuisement émotionnel SEP (9 items), la dépersonnalisation DP (5 items), l'accomplissement personnel SAP (8 items). Il se présente sous la forme d'affirmations à propos des sentiments du salarié concernant sa situation au travail. Les réponses sont données selon une échelle de fréquence de « jamais » à « chaque jour » allant de 0 à 7. Un score élevé dans la catégorie épuisement émotionnel (score supérieur ou égal à 30) ou dans la catégorie dépersonnalisation (score supérieur ou égal à 12) ou un score faible dans la catégorie accomplissement personnel (score inférieur ou égal à 33), indiquent la présence d'un burn out. Un score de sévérité existe : Le degré de burn out est dit faible si une seule dimension est atteinte, moyen si deux dimensions sont atteintes, élevé ou sévère si les 3 dimensions sont pathologiques (54).

(c) Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

C'est une échelle permettant de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle a été élaborée par Zigmond A.S. et Snaith R.P. en 1983. Une seule version existe et comprend quatorze items. Le sujet entoure la réponse correspondant à son état au cours de la semaine écoulée. Sept items permettent d'évaluer les symptômes dépressifs, Sept items évaluent les troubles anxieux. Chaque item est coté de 0 à 3 selon la fréquence ou l'intensité du symptôme

décrit. Les seuils pour chacun des deux scores de dépression et d'anxiété sont les suivants : de 0 à 7 : absence de trouble, de 8 à 10 trouble anxieux ou dépressif suspecté, de 11 à 21 : trouble anxieux ou dépressif avéré (55).

(d) Test d'addiction à une substance (critère DSM-V)

Cette échelle est issue de l'American Psychiatric Association (2013) et du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5eme ed.) Les questions de ce test reprennent les critères d'addiction à une substance en un seul diagnostic (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne, ...). Elles se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance au cours des douze derniers mois. Il comprend douze questions sur l'utilisation répétée d'un produit, les conséquences dans la vie quotidienne induites par cette consommation, les notions de tolérance, craving et de sevrage. Le sujet répond pour chaque item oui ou non. Un score de gravité est calculé en fonction du nombre de symptômes présents. La présence de 2 à 3 critères indique une addiction légère, de 4 à 5 critères une addiction modérée et la présence de plus de 6 critères une addiction sévère (56).

(e) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

C'est un test permettant le repérage des consommations d'alcool problématiques. Il a été développé par la World Health Association en collaboration avec des centres de médecine de premier recours de différents pays. La première version date de 1989. La version Française de ce test a été validée en 2005. Il comporte dix questions. Les huit premières concernent les consommations d'alcool au cours de l'année écoulée. Les deux dernières questions n'ont pas de temporalité. Les questions 1 à 3 mesurent les consommations d'alcool, de 4 à 6, les comportements liés à ces consommations, de 7 à 10 les problèmes liés à la consommation d'alcool. Chaque question est cotée de 0 à 4, le résultat maximal étant de 40. Il s'agit d'une échelle sensible et spécifique. Un score de 8 ou plus pour l'homme et 7 ou plus pour la femme indiquent une consommation à risque ou à problème (57).

(f) Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)

Cette échelle vise à repérer les cognitions associées à une dépendance aux benzodiazépines ou apparentés (hypnotiques). Elle est constituée de dix items cotés de 0 à 1. Les questions de 1 à 9 sont cotées 1 si le participant coche « vrai », 0 si il coche « faux. La question 10 est cotée 1 si le participant coche « faux », 0 si il répond « vrai ». Le score maximal est de 10. Un score supérieur ou égal à 6 permet de différencier les patients dépendants ou non aux benzodiazépines avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 % (58).

D. Saisie des données et méthodes d'analyse

Les données ont été saisies au fur et à mesure de la récupération des questionnaires sur un tableur type Excel. Les traitements statistiques ont été réalisés sous SAS 9.4 (SAS Institute).

Dans un premier temps, une analyse descriptive a recherché les caractéristiques des participants à l'enquête en termes d'âge, sexe, poste occupé, type de service, etc.

Concernant l'objectif principal, le test du Khi2 a été employé afin de rechercher la significativité de l'écart entre les deux fréquences.

- Pour les objectifs secondaires 1 et 2, des analyses différentielles bi variées ont été réalisées selon la présence ou non de la violence et selon le type de service (service d'urgences/ services de médecine) et chacun des troubles mentionnés. Le test de Khi2 (Fisher exact si effectif théorique < 5) a été employé pour rechercher la significativité des écarts.
- Pour l'objectif secondaire 3, une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée.

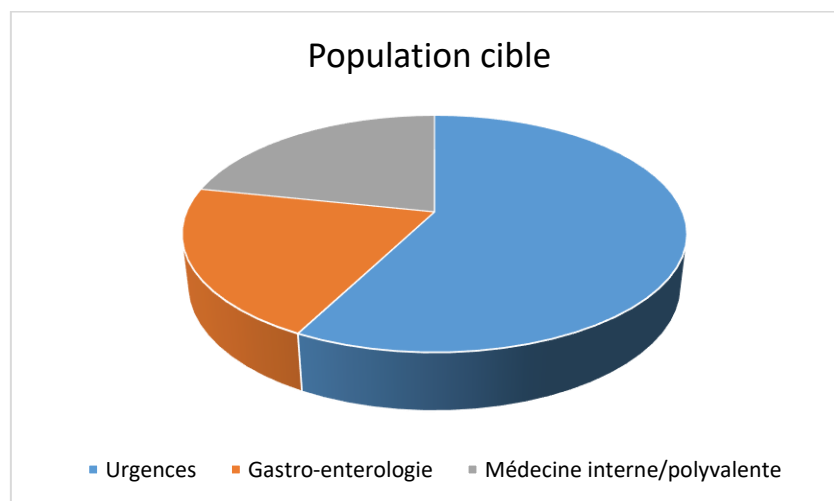
L'analyse des statistiques a été réalisée avec l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSMpsy).

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

A. Taux de participation

La population cible de l'étude est représentée par 198 personnes travaillant au sein du centre hospitalier de Tourcoing réparties de la façon suivante : 114 au sein du service des urgences et 84 au sein des services de médecine (41 en gastro-entérologie et 43 en médecine interne et médecine polyvalente). Quatre-vingt-seize personnes ont participé à cette étude, soit un taux de participation de 48,5 %.

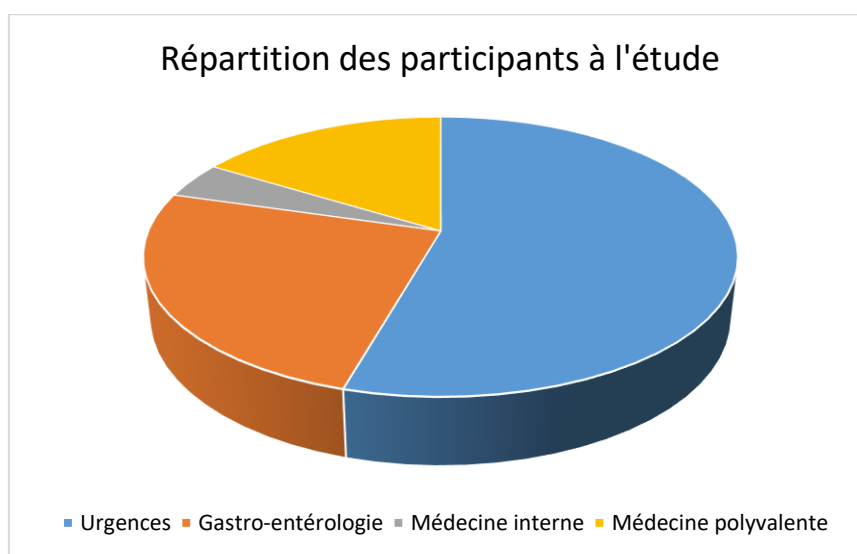


B. Répartition des participants par service

Au sein du service des urgences, 52 professionnels ont participé à cette étude, ce qui représente 54,2 % des participants.

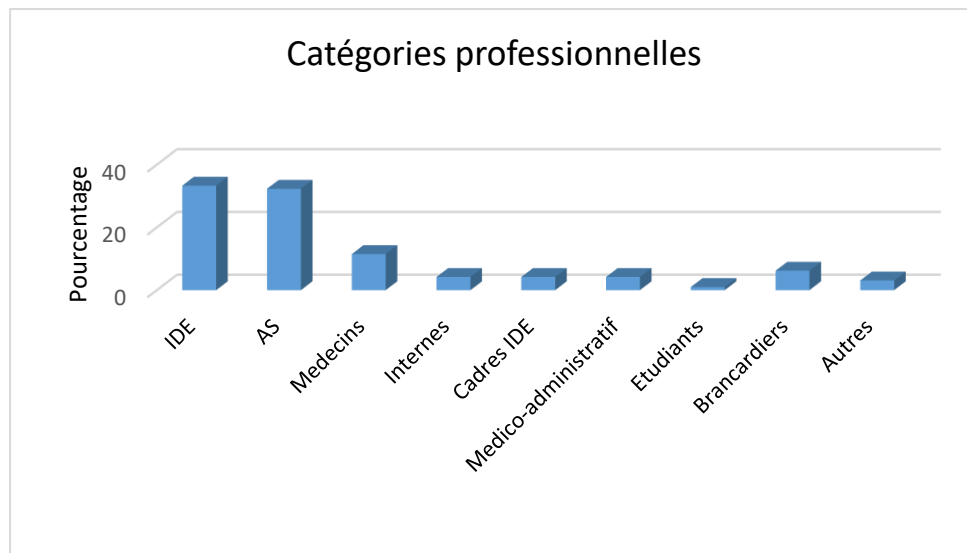
Au sein des services de médecine, 44 professionnels ont participé à l'étude, soit 45,6 % des participants répartis de la façon suivante : 24 (25 %) en gastro-entérologie, 4 (4,2 %) en médecine interne, 16 (16,2 %) en médecine polyvalente.

Lors cette étude les services de médecine interne et médecine polyvalente étaient en cours de regroupement.



C. Répartition des participants par catégorie professionnelle

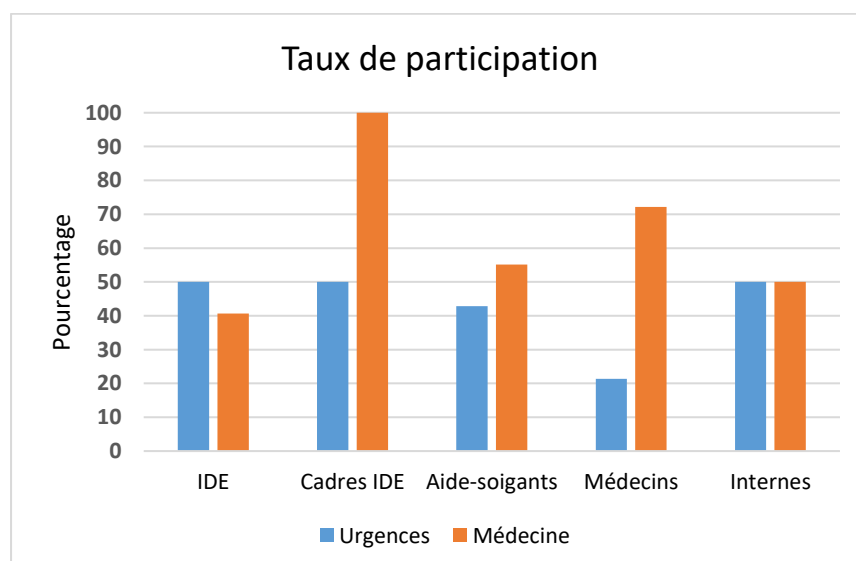
La majorité des postes occupés est représentée par les infirmiers 33,3 % (n = 32), et les aides-soignants 32,3 % (n = 31). Viennent ensuite les médecins 11,5 % (n = 11), les internes 4,2 % (n = 4), les cadres infirmiers 4,2 % (n = 4), le personnel médico-administratif 4,2 % (n = 4), les étudiants 1 % (n = 1) et autres professionnels : médiateurs au sein des urgences 2,1 % (n = 2), ASHQ 1 % (n = 1) et brancardiers 6,2 % (n = 6).



D. Taux de participation parmi les catégories professionnelles les plus représentées au sein des services

Au sein du service des urgences, 50 % (n=21) des infirmiers, 50 % (n=1) des cadres infirmiers, 42,8 % (n=15) des aides-soignants, 21,4 % (n=3) des médecins et 50 % (n=2) des internes ont participé à cette étude.

Au sein des services de médecine, 40,7 % (n=11) des infirmiers, 100 % (n=3) des cadres infirmiers, 55,1 % (n=16) des aides-soignants, 72,2 % (n=8) des médecins et 50 % (n=2) des internes ont participé à cette étude.



E. Sexe et âge moyen des participants

L'ensemble des participants est représenté par 67 femmes (69,8 %) et 29 hommes (30,2 %). L'âge moyen des participants est de 36,5 ans.

F. Répartition des participants selon l'ancienneté et le temps de travail

La majorité des participants 54,2 % (n=52) travaille depuis moins de 5 ans dans leur service actuel.

Parmi le personnel interrogé, la durée d'ancienneté dans le service se situe entre 5 et 10 ans pour 20,8 % (n = 20) d'entre eux, entre 10 et 15 ans pour 11,5 % (n = 11) d'entre eux, entre 15 et 20 ans pour 4,2 % (n = 4) d'entre eux, entre 20 et 25 ans pour 2,1 % (n = 2) d'entre eux, entre 25 et 30 ans pour 2,1 % (n = 2) d'entre eux.

Parmi le personnel interrogé, 4,2 % (n = 4) n'ont pas répondu à la question sur leur durée d'exercice dans le service actuel.

La majorité du personnel travaille à temps complet 85,4 % (n = 82).

G. Antécédents psychiatriques et addictologiques des participants

Parmi les participants, 92,7 % (n = 89) n'ont pas eu recours à des soins psychiatriques ou addictologiques hospitaliers ou extra hospitaliers (Centre médico-psychologique (CMP), psychiatre ou psychologue libéral, Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)) avant les douze derniers mois alors que 6,2 % (n = 6) ont eu recours à des soins psychiatriques ou addictologiques avant les douze derniers mois.

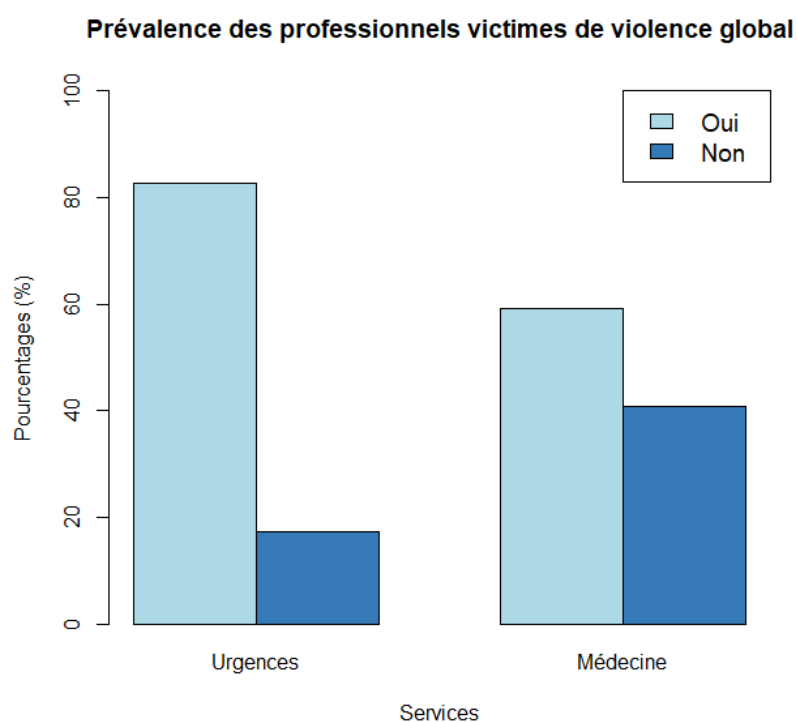
II. Caractéristiques des violences

A. Violences tous niveaux confondus

La prévalence de victimes de violences au cours des douze derniers mois parmi le personnel interrogé est de 71,9 % (n = 69), tous types de violences confondus.

Parmi les participants, 82,7 % (n = 43) du personnel des urgences et 59,1 % (n = 26) du personnel des services de médecine ont été victimes de violences.

La prévalence de victimes de violences est significativement plus importante aux urgences que dans les services de médecine (p = 0,01).



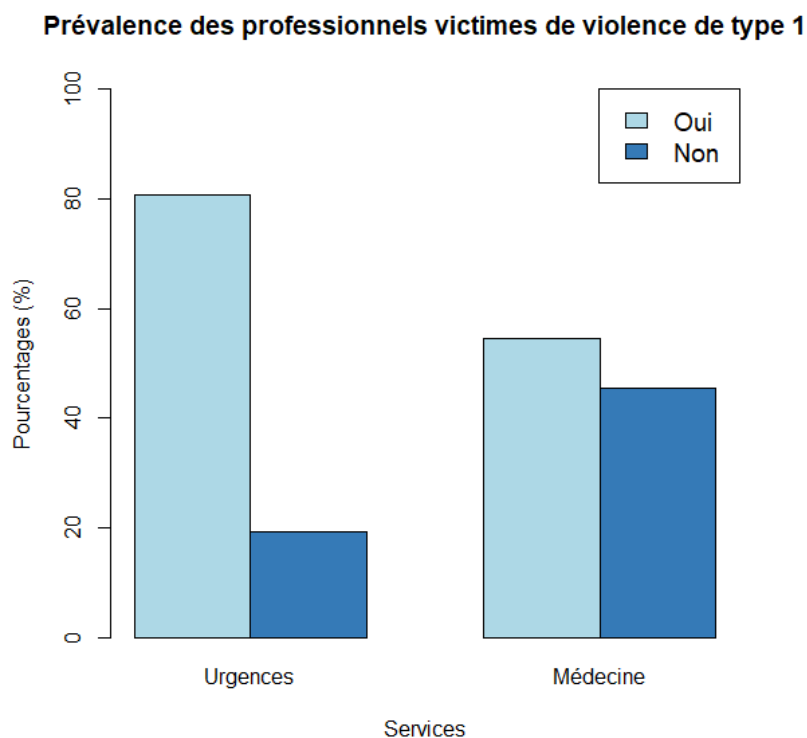
B. Violences de niveau 1

Elles correspondent à des insultes, injures et provocations sans menaces.

La prévalence totale de personnes victimes de ce type de violence au cours de l'année écoulée est de 68,8 % (n = 66).

La prévalence de victimes aux urgences est de 80,8 % (n = 42). Elle est de 54,5 % (n = 24) dans les services de médecine.

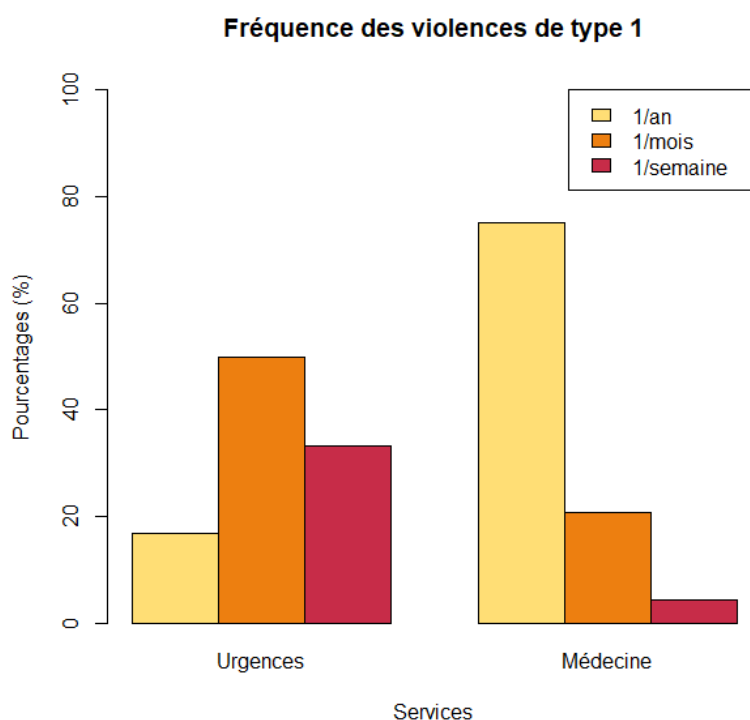
La prévalence de victimes de violences de niveau 1 est significativement plus élevée aux urgences que dans les services de médecine (p = 0,006).



Concernant la fréquence d'exposition à ce type de violence :

Parmi le personnel des urgences qui en est victime, 33,3 % (n = 14) ont subi ces violences au moins une fois par semaine, 50 % (n = 21) y ont été confronté au moins une fois par mois, 16,7 % (n = 7) y ont été confronté au moins une fois par an.

Le personnel des services de médecine ayant été victime de ces violences ont déclaré y avoir été exposé au moins une fois par semaine pour 4,2 % (n = 1) d'entre eux, au moins une fois par mois pour 20,8 % (n = 5) d'entre eux, au moins une fois par an pour 75 % (n = 18) d'entre eux.



Le personnel des urgences est significativement plus fréquemment confronté à ce type de violence que le personnel des services de médecine ($p < 0,001$).

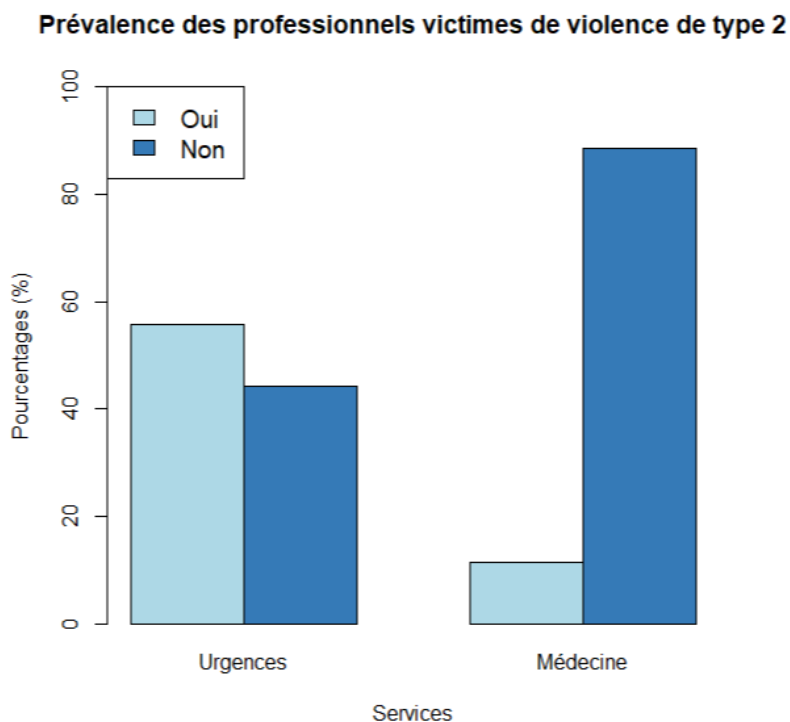
C. Violences de niveau 2

Elles correspondent à des menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou menaces de mort.

La prévalence totale de personnes victimes de ce type de violence au cours des douze derniers mois parmi les personnes interrogées est de 35,4 % (n = 34).

Concernant la prévalence de victimes au sein des différents services, elle est de 55,8 % (n = 29) aux urgences et de 11,4 % (n = 5) au sein des services de médecine.

La prévalence de victimes de ce type de violence est significativement plus élevée aux urgences que dans les services de médecine ($p < 0,001$).

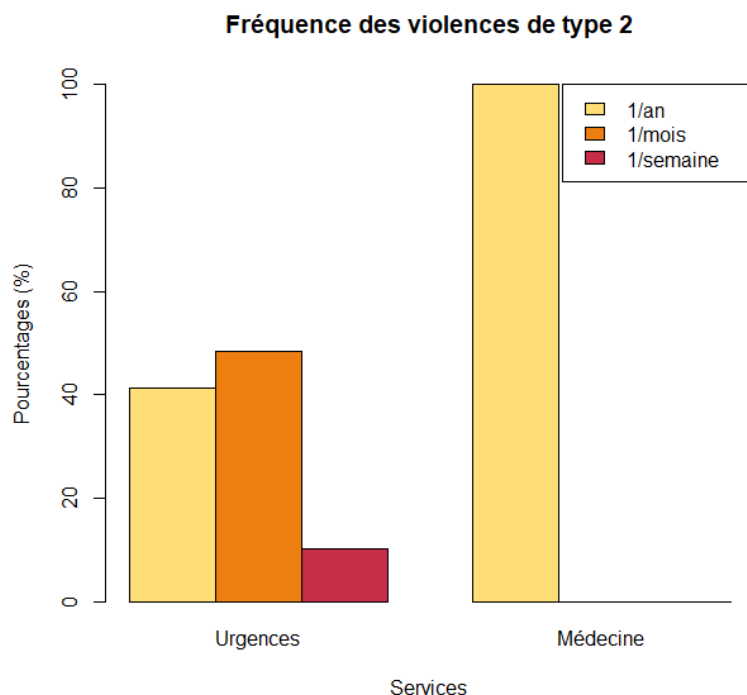


Concernant la fréquence d'exposition à ce type de violence :

Le personnel victime aux urgences y a été confronté au moins une fois par semaine pour 10,3 % (n = 3) d'entre eux, au moins une fois par mois pour 48,3 % (n = 14) d'entre eux, au moins une fois par an pour 41,4 % (n = 12) d'entre eux.

Le personnel des services de médecine ayant été victime de ce type de violence a déclaré y avoir été exposé au moins une fois par an pour 100 % (n = 5) d'entre eux.

Le personnel des urgences est plus fréquemment confronté à ce type de violence que le personnel des services de médecine, cependant, cette différence est non significative (p = 0,09).



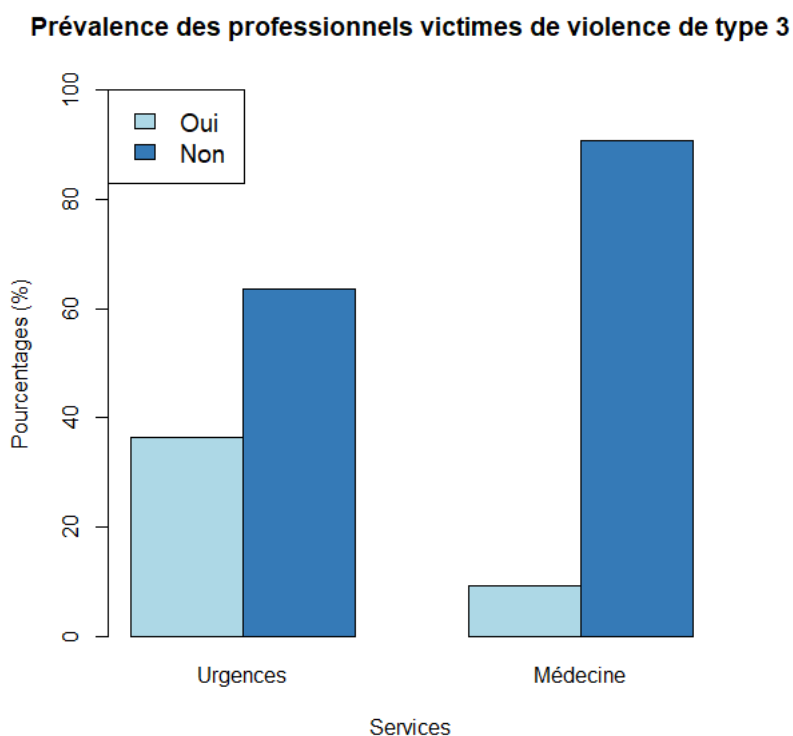
D. Violences de niveau 3

Elles correspondent à des violences physiques y compris menaces avec armes, violences volontaires, agression sexuelle hors viol.

La prévalence totale de personnes victimes de ce type de violence au cours de l'année écoulée est de 24 % (n = 23).

Aux urgences, 36,5 % (n = 19) des professionnels ont été victime de ce type de violence, tandis que 9,1 % (n = 4) du personnel des services de médecine en ont été victime.

La prévalence de victimes de ce type de violence est significativement plus élevée aux urgences que dans les services de médecine ($p = 0,002$).

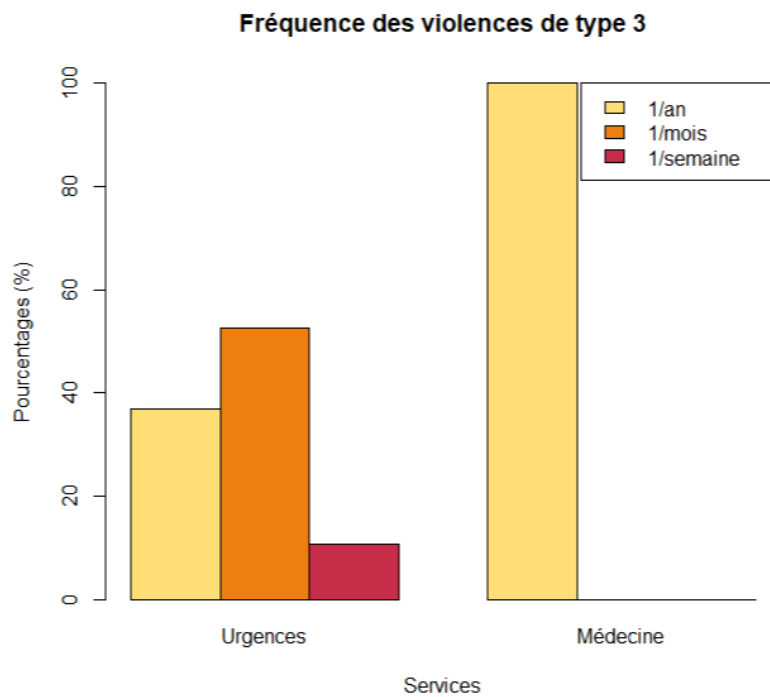


Concernant la fréquence d'exposition à ce type de violences :

Le personnel victime aux urgences a été confronté à ce type de violence au moins une fois par semaine pour 10,6 % ($n = 2$) d'entre eux, au moins une fois par mois pour 52,6 % ($n = 10$) d'entre eux, au moins une fois par an pour 36,8 % ($n = 7$) d'entre eux.

Le personnel des services de médecine ayant été victime de ce type violence a déclaré y avoir été exposé au moins une fois par an pour 100 % ($n = 4$) d'entre eux.

Le personnel des urgences est plus fréquemment confronté à ce type de violence que le personnel des services de médecine, cependant, cette différence est non significative ($p = 0,15$).



E. Violences de niveau 4

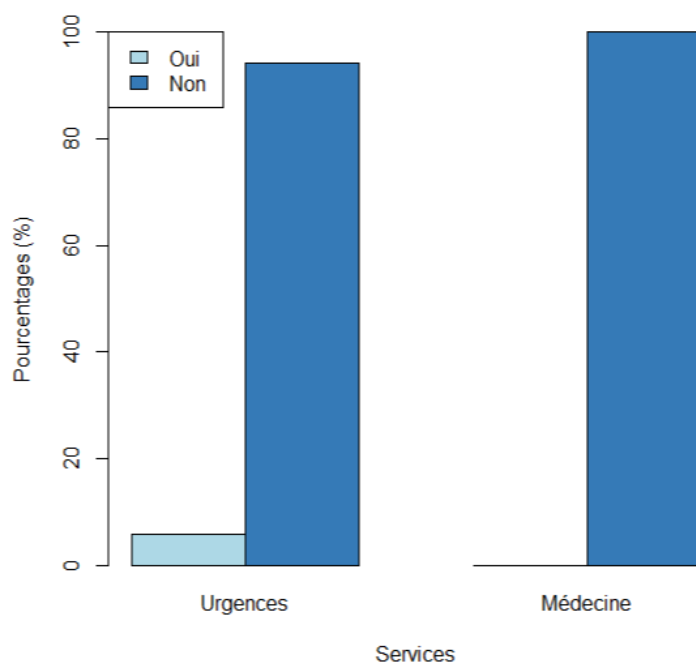
Elles correspondent à des violences avec armes, viol, séquestration, violences volontaires entraînant mutilations ou infirmité permanente

La prévalence totale de personnes victimes de ce type de violence parmi le personnel interrogé est de 3,1 % (n = 3).

La prévalence du personnel ayant été victime de ce type de violence est de 5,8 % (n = 3) aux urgences.

Aucun membre du personnel interrogé dans les services de médecine n'a fait état de ce type de violence.

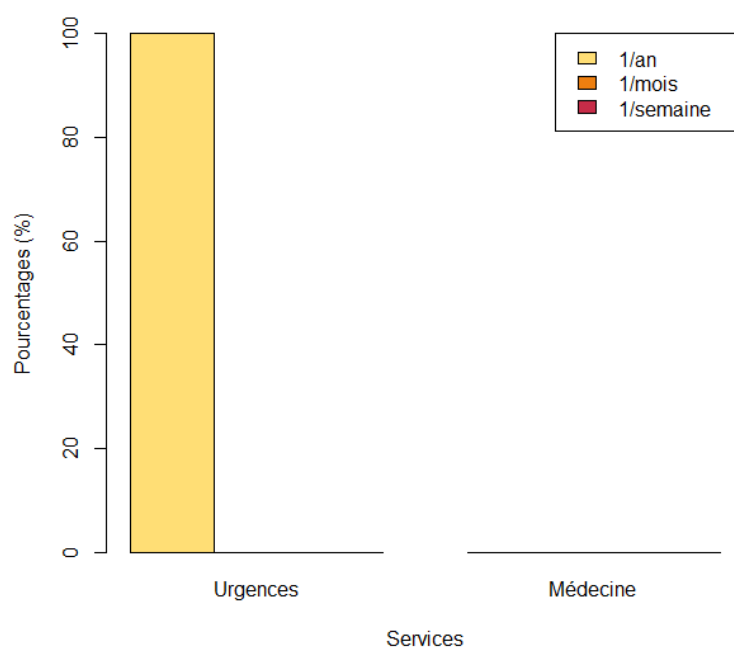
Prévalence des professionnels victimes de violence de type 4



Concernant la fréquence d'exposition à ce type de violences :

Le personnel des urgences est confronté à ce type de violence au moins une fois par an pour l'ensemble des personnes victimes.

Fréquence des violences de type 4



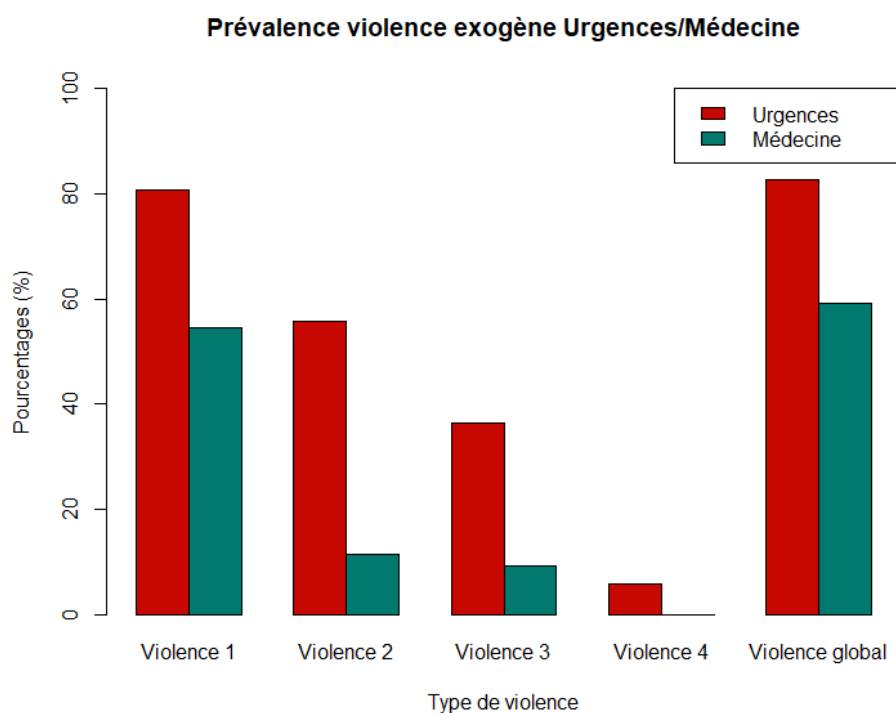
F. Récapitulatif des violences hospitalières

La prévalence des violences est significativement plus importante aux urgences que dans les services de médecine de façon globale et pour les violences de niveau 1 à 3.

Le niveau de violence retrouvé majoritairement au sein des services est la violence de niveau 1 selon la classification de l'ONVS.

Le personnel des urgences est significativement plus fréquemment exposé à la violence de niveau 1 que le personnel des services de médecine. En revanche, il n'existe pas de différence significative concernant la fréquence d'exposition pour les autres types de violences (2 et 3) entre les 2 groupes. Seul le personnel des urgences a subi des violences de niveau 4.

Histogramme récapitulatif des violences au sein des différents services:



G. Auteur majoritaire des violences

L'auteur majoritaire est représenté par les patients dans 44,8 % (n=43) des cas, les accompagnants dans 15,6 % (n=15) des cas ou les deux dans 10,4 % (n=10) des cas.

III. Mesures post agression

Parmi l'ensemble du personnel interrogé (n = 96), 68 ont déclaré des faits de violences au cours des douze derniers mois.

Cette partie du questionnaire s'est intéressée aux mesures ayant pu être mises en place suite au dernier évènement de violence remémoré par le participant.

A. Mesures administratives

Parmi les victimes, 23,5 % (n = 16) ont rédigé une fiche d'évènements indésirables suite au dernier fait de violence déclaré.

Seules 4,4 % (n = 3) des personnes ayant déclaré des faits de violences avaient connaissance du dispositif ONVS et 1,5 % (n = 1) ont signalé ce fait de violence via la fiche de recensement national mise en place par l'ONVS.

B. Mesures juridiques

Parmi les victimes de violences, 3,4 % (n = 3) ont effectué un dépôt de plainte ou une main courante dans les suites du dernier fait de violence remémoré.

Lorsqu'un recours juridique (dépôt de plainte ou main courante) a été initié, dans 100 % des cas (n = 3), il a été réalisé avec l'aide de l'établissement et la domiciliation de la plainte était le lieu du travail. Aucune victime n'a été assistée par un avocat.

Parmi les personnes exposées à la violence, 1,5 % des victimes (n = 1) a fait appel à la cellule d'aide juridique de l'établissement.

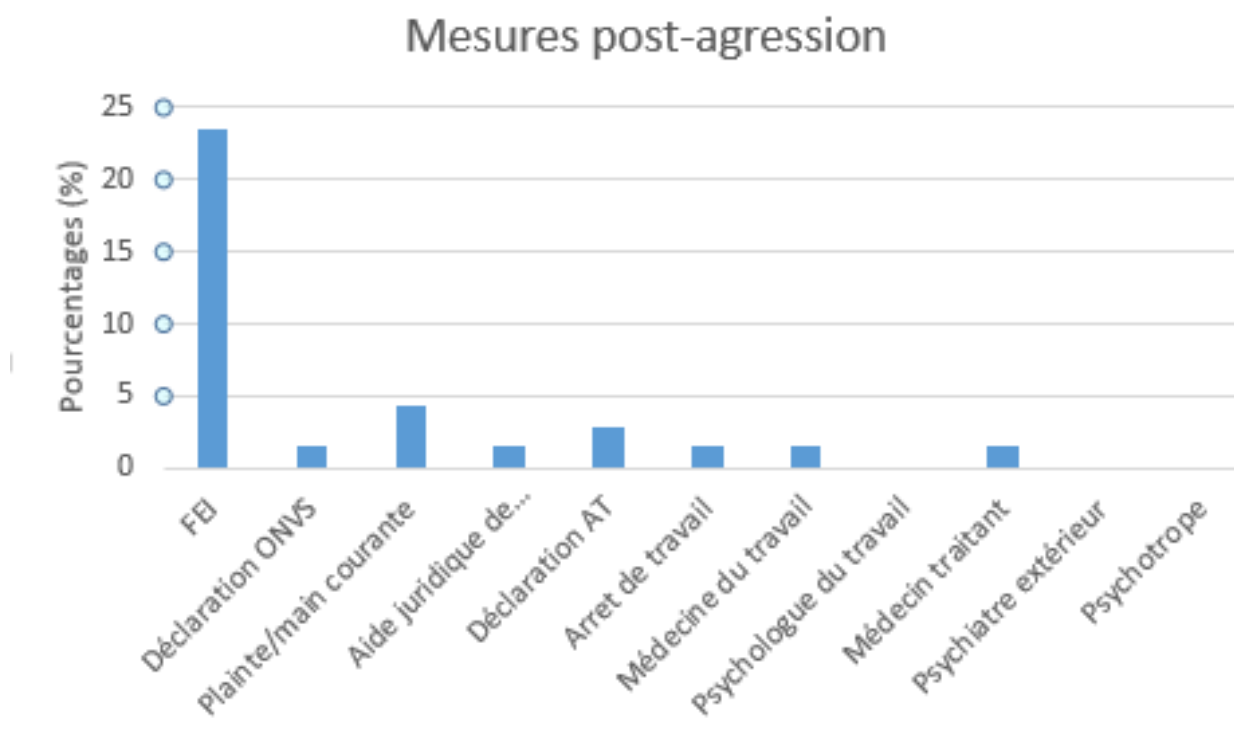
C. Mesures médico-psychologiques

Parmi l'ensemble du personnel ayant été victime de violence, 2,9 % (n = 2) ont réalisé une déclaration d'accident de travail, 1,5 % (n = 1) a eu un arrêt de travail dans les suites du fait de violence (dont la durée était de 8 mois), 1,5 % (n = 1) a consulté le service de médecine du travail et aucun n'a pris contact avec un psychologue du travail.

Seule 1,5 % (n = 1) des victimes a consulté son médecin traitant suite au fait de violence. Aucune n'a consulté de psychologue ou psychiatre extérieurs à l'établissement. Aucune victime n'a eu de prescription de psychotropes.

L'ensemble des mesures post agressions a été effectué par le personnel des urgences. Aucune de ces mesures n'a été réalisée par les professionnels victime de violence au sein des services de médecine.

Histogramme récapitulatif des mesures mises en place après un fait de violence:



IV. Troubles en santé mentale dépistés auprès du personnel des différents services

Aux urgences, 59,6 % (n = 31) du personnel interrogé présente au moins un score pathologique aux questionnaires se rapportant à leur santé psychique.

Au sein des services de médecine, 45,5 % (n = 24) du personnel interrogé présente au moins un score pathologique aux questionnaires proposés.

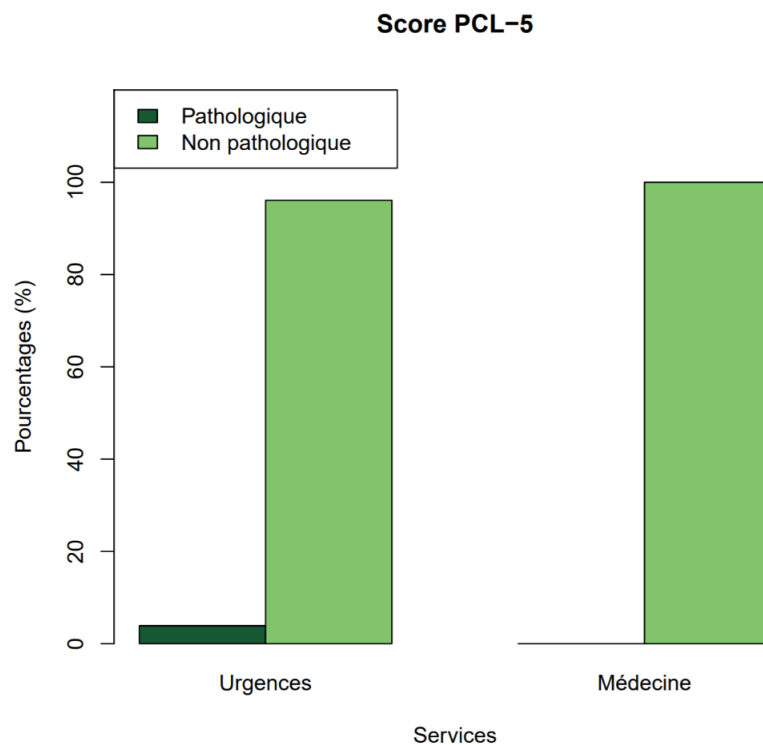
Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,769$).

A. Le trouble de stress post-traumatique

La présence d'un TSPT est déterminée par un score supérieur ou égal à 33 sur l'échelle PCL- 5.

La prévalence de TSPT aux urgences est de 3,9 % (n = 2).

Aucun membre du personnel des services de médecine ne présente de TSPT tel que défini plus haut.



B. Le burn out

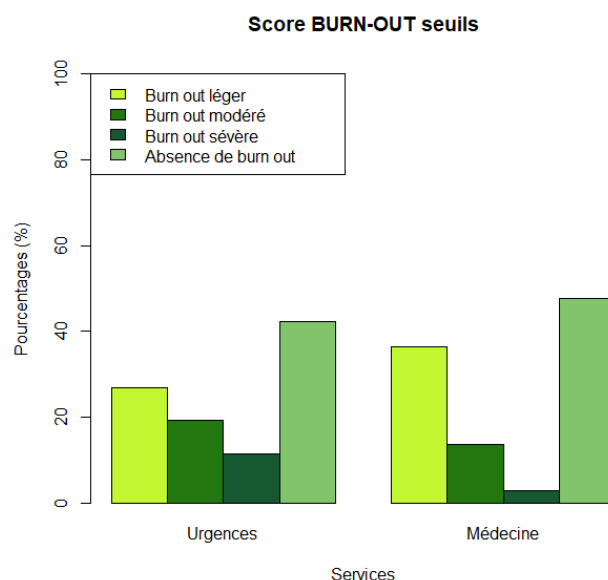
La présence d'un burn out est définie par un score supérieur ou égal à 30 dans la catégorie épuisement émotionnel (SEP) ou par un score supérieur ou égal à 12 dans la catégorie dépersonnalisation (SD) ou par un score inférieur ou égal à 33 dans la catégorie accomplissement personnel (SAP). Le degré de burn out est dit faible si une seule des

dimensions est atteinte, modéré si deux dimensions sont atteintes, sévère si les trois dimensions sont atteintes.

Parmi le personnel des urgences, 23,1 % (n = 12) présentent un score SEP pathologique, 38,5 % (n = 20) ont un score SD pathologique et 38,5 % (n = 20) ont un score SAP pathologique. Le taux de burn out aux urgences s'élève à 57,7 % (n = 30). Selon le score de sévérité, 26,9 % (n = 14) ont un burn out léger, 19,2 % (n = 10) ont un burn out modéré, 11,5 % (n = 6) ont un burn out sévère.

Parmi le personnel travaillant dans les services de médecine, 6,8 % (n = 3) présentent un score SEP pathologique, 15,9 % (n = 7) ont un score SD pathologique et 47,7 % (n = 21) ont un score SAP pathologique. Le taux de burn out s'élève à 52,3 % (n = 23). Selon le score de sévérité : 36,4 % (n = 16) ont un burn out léger, 13,6 % (n = 6) ont un burn out modéré, 2,8 % (n = 1) ont un burn out sévère

Le personnel des urgences présente un taux de score SEP pathologique significativement plus élevé que le personnel de médecine (p = 0,029) ainsi qu'un taux de score SD significativement plus élevé (p = 0,014). En revanche, il n'existe pas de différence significative pour le taux de SAP pathologique entre les 2 groupes (p = 0,361). Il n'existe pas de différence significative pour le taux de burn out entre les 2 groupes (p = 0,595) ni pour les scores de sévérité.



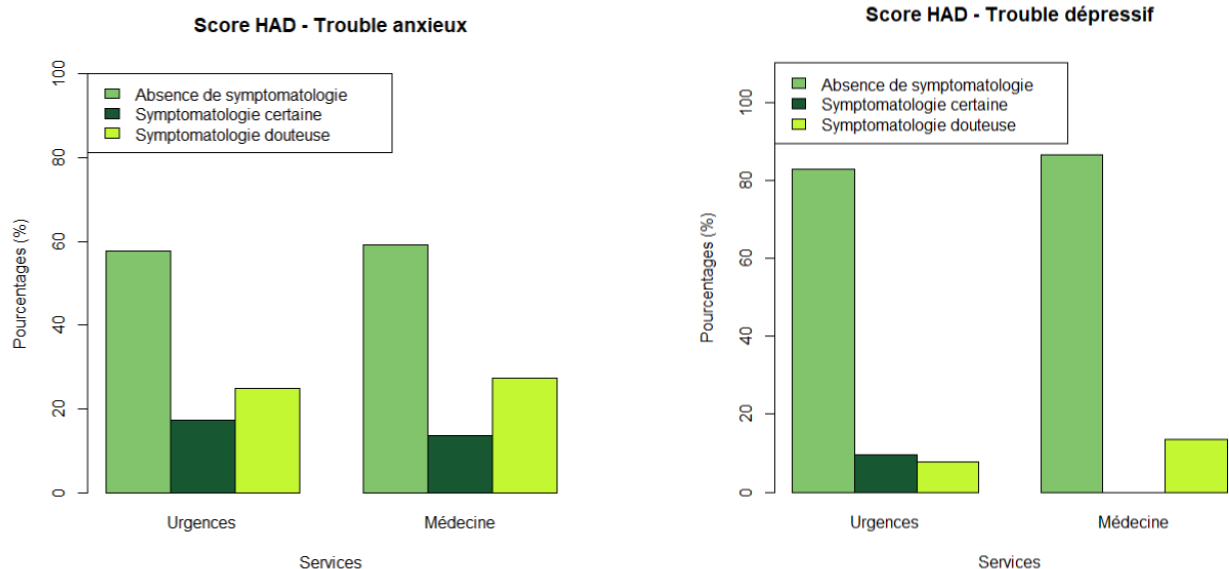
C. Les troubles anxio-dépressifs

La présence d'un trouble anxieux ou dépressif est définie par un score supérieur ou égal à 8 : trouble suspecté, supérieur ou égal à 11 : trouble avéré selon l'échelle HAD.

Aux urgences, le taux de troubles anxieux avérés est de 17,3 % (n = 8) et le taux de troubles anxieux suspectés est de 25 % (n = 13). Le taux de troubles dépressifs avérés est de 9,6 % (n = 5), le taux de troubles dépressifs suspectés est de 7,7 % (n = 4).

Au sein des services de médecine, le taux de troubles anxieux avérés est de 13,6 % (n = 6), le taux de troubles anxieux suspectés est de 27,3 % (n = 12). Aucun membre du personnel ne présente de trouble dépressif avéré et 13,6 % (n = 6) présentent un trouble dépressif suspecté.

Il n'existe pas de différence significative concernant les taux de troubles anxieux avérés ou suspectés entre les 2 groupes (p = 0,92). Il n'existe pas de différence significative dans les taux de troubles dépressifs suspectés ou avérés entre les 2 groupes (p = 0,08).



D. Les troubles de l'usage de substances

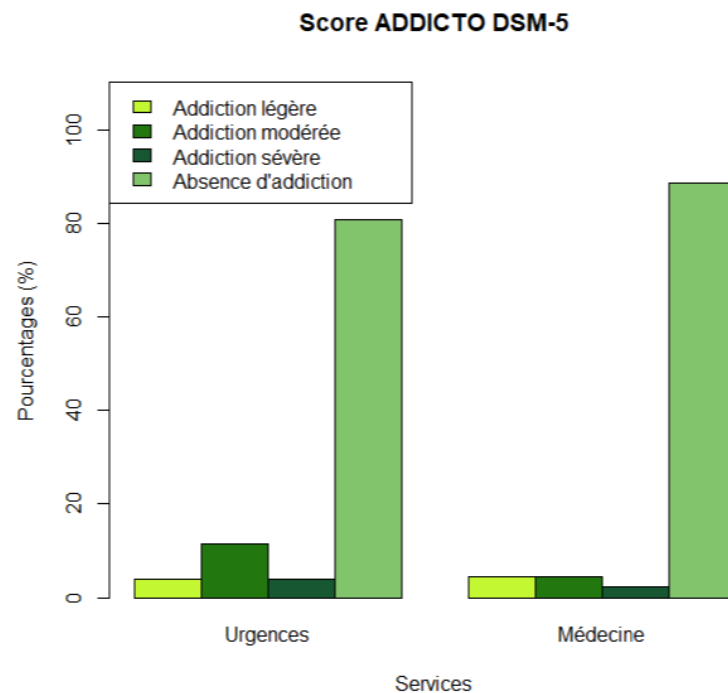
Les scores pathologiques utilisés dans le questionnaire test d'addiction à une substance selon le DSM-V sont : 2 à 3 indiquant une addiction légère, 4 à 5 indiquant une addiction modérée et la présence de plus de 6 critères indiquant une addiction sévère.

Aux urgences, parmi le personnel interrogé, 3,9 % (n = 2) présentent une addiction légère, 11,5 % (n = 6) une addiction modérée, 3,9 % (n = 2) une addiction sévère selon les scores définis plus hauts.

Dans les services de médecine, parmi le personnel, 4,5 % (n = 2) présentent une addiction légère, 4,5 % (n = 2) une addiction modérée, 2,3 % (n = 1) une addiction sévère.

Il n'y a pas de différence significative concernant les taux d'addiction entre les 2 groupes (p = 0,608)

Les substances consommées par les personnes interrogées étaient le tabac, l'alcool, le cannabis et le tramadol.



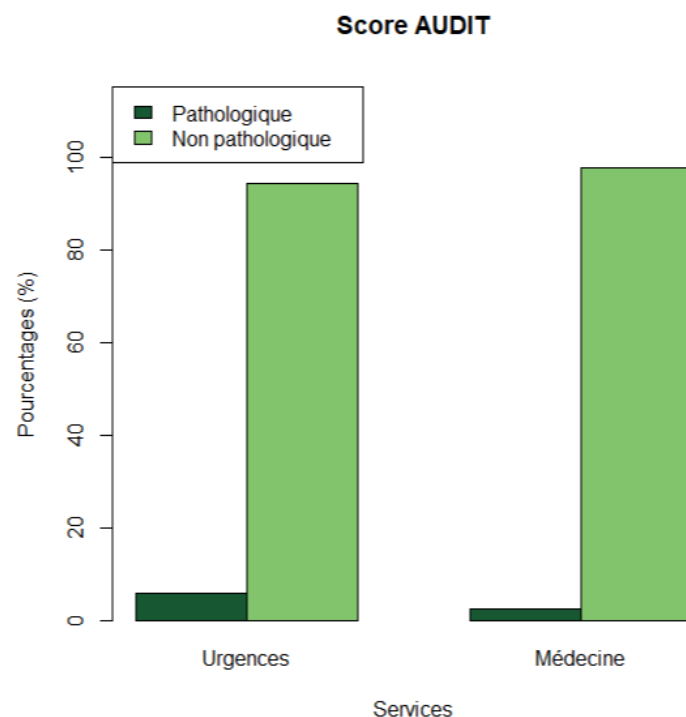
E. Les troubles de l'usage d'alcool

Un score de 8 ou plus pour l'homme et 7 ou plus pour la femme au questionnaire de l'AUDIT indiquent une consommation à risque ou à problème.

Parmi le personnel des urgences, 5,8 % (n = 3) ont une consommation problématique d'alcool.

Parmi le personnel des services de médecine, 2,3 % (n = 1) ont une consommation problématique d'alcool.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,622$).



F. Les troubles d'usage des benzodiazépines ou apparentés

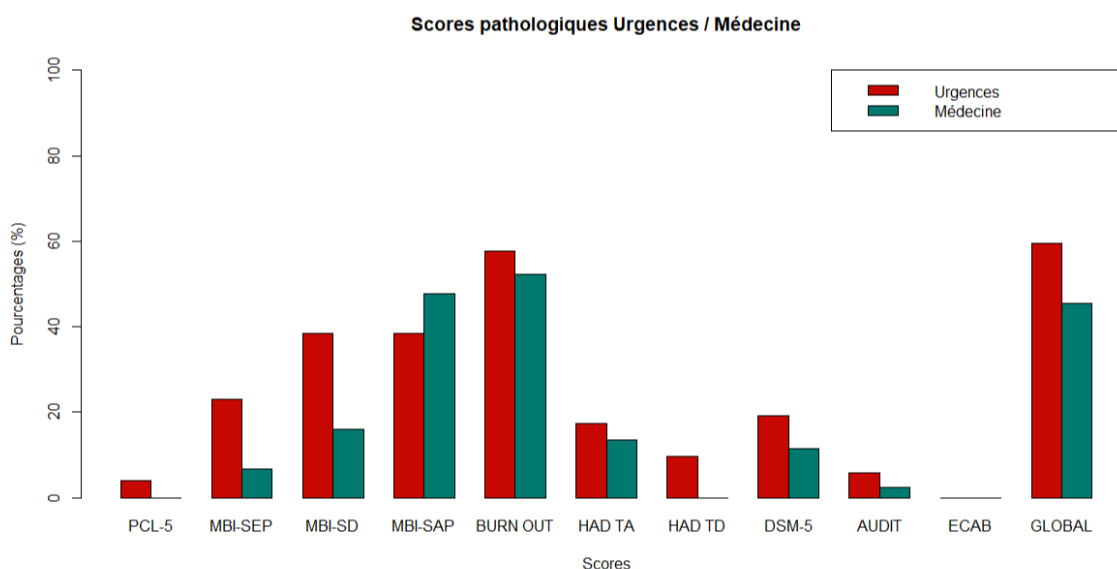
Un score supérieur ou égal à 6 sur l'échelle ECAB est considéré comme pathologique.

Aucun membre du personnel des services d'urgences ou de médecine ne présente de score pathologique sur cette échelle.

G. Récapitulatif des troubles en santé mentale au sein des différents services

Les troubles dépistés sont plus importants aux urgences que dans les services de médecine, cependant cette différence n'est pas statistiquement significative. Les taux de TSPT, les critères SEP et SD du burn out, le taux de burn out global, les troubles anxieux et dépressifs avérés et les addictions aux substances, notamment les consommations d'alcool sont supérieurs aux urgences mais cette différence est non significative sauf pour les scores SEP et SD du burn out. Seul le critère SAP du burn out est plus pathologique chez les membres du personnel des services de médecine (différence non significative). Aucun membre du personnel des différents services n'a de consommations problématiques de benzodiazépines selon l'échelle de dépistage ECAB.

Histogramme récapitulatif de la santé mentale du personnel des différents services :



V. Santé mentale du personnel exposé et non exposé à la violence

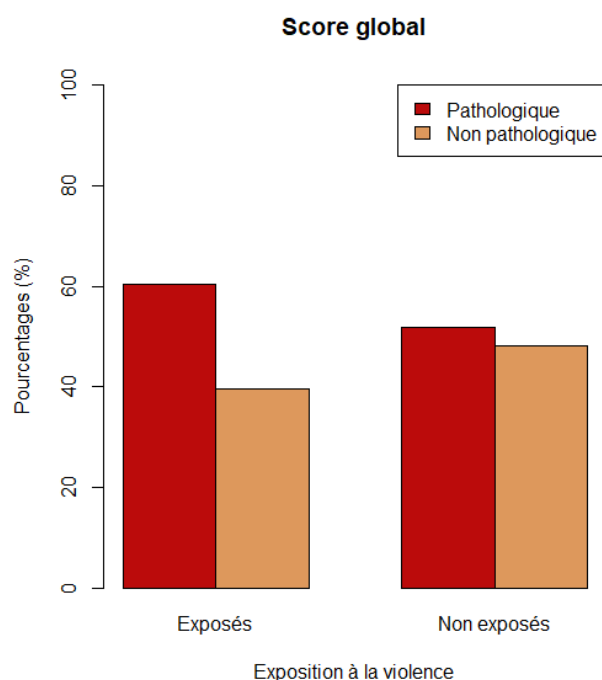
Parmi l'ensemble du personnel interrogé ($n = 95$), 68 ont été exposés à la violence au cours des 12 derniers mois, 27 n'ont pas été exposés à la violence.

Parmi les professionnels exposés à la violence, 63,2 % ($n = 43$) font partie des urgences, 36,8 % ($n = 25$) travaillent dans les services de médecine.

Parmi le personnel exposé à la violence, 60,3 % ($n = 41$) présentent au moins un score pathologique aux échelles se rapportant à leur santé mentale.

Parmi le personnel non exposé à la violence, 51,9 % ($n = 14$) présentent au moins un score pathologique.

Concernant le taux de réponses ayant au moins un score pathologique aux échelles se rapportant à la santé mentale, il n'y a pas de différence significative entre le groupe exposé et non exposé à la violence ($p = 0,602$).

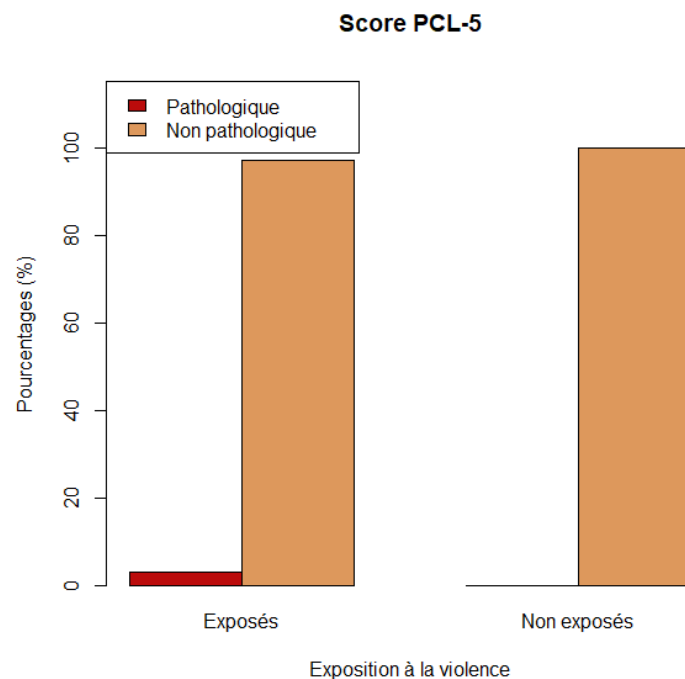


A. Le trouble de stress post-traumatique

Le personnel exposé à la violence présente un taux de TSPT à 2,9 % (n = 2).

Aucune personne interrogée parmi le personnel non exposé à la violence ne présente de TSPT.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p=1).



B. Le burn out

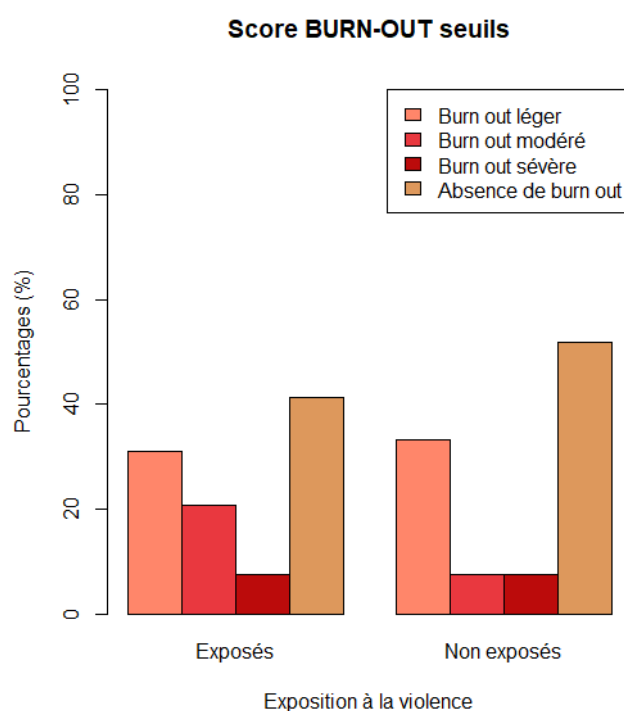
Parmi le personnel exposé à la violence, 19,1 % (n = 13) ont un score SEP pathologique, 33,8 % (n = 23) ont un score SD pathologique et 41,2 % (n = 28) ont un score SAP pathologique. Le taux de burn out est de 58,8 % (n = 40). Selon le score de sévérité, 7,4 % (n = 5) ont un burn out sévère, 20,6 % (n = 14) ont un burn out modéré, 30,9 % (n = 21) ont un burn out léger.

Parmi le personnel non exposé à la violence, 7,4 % (n = 2) ont un score SEP pathologique, 14,8 % (n = 4) ont un score SD pathologique et 48,1 % (n = 13) ont un score SAP pathologique.

La prévalence de burn out est de 48,1 % (n = 13). Selon le score de sévérité, 7,4 % (n = 2) ont un burn out sévère, 7,4 % (n = 2) ont un burn out modéré, 33,3 % (n = 9) ont un burn out léger.

Le taux de score SEP pathologique est significativement plus élevé chez le personnel exposé à la violence que chez le personnel non exposé à la violence ($p = 0,046$), il en est de même pour le taux de score SD pathologique ($p = 0,022$).

En revanche, il n'existe pas de différence significative pour les taux de SAP pathologique ($p = 0,361$) et taux de burn out ($p = 0,345$) entre les 2 groupes.

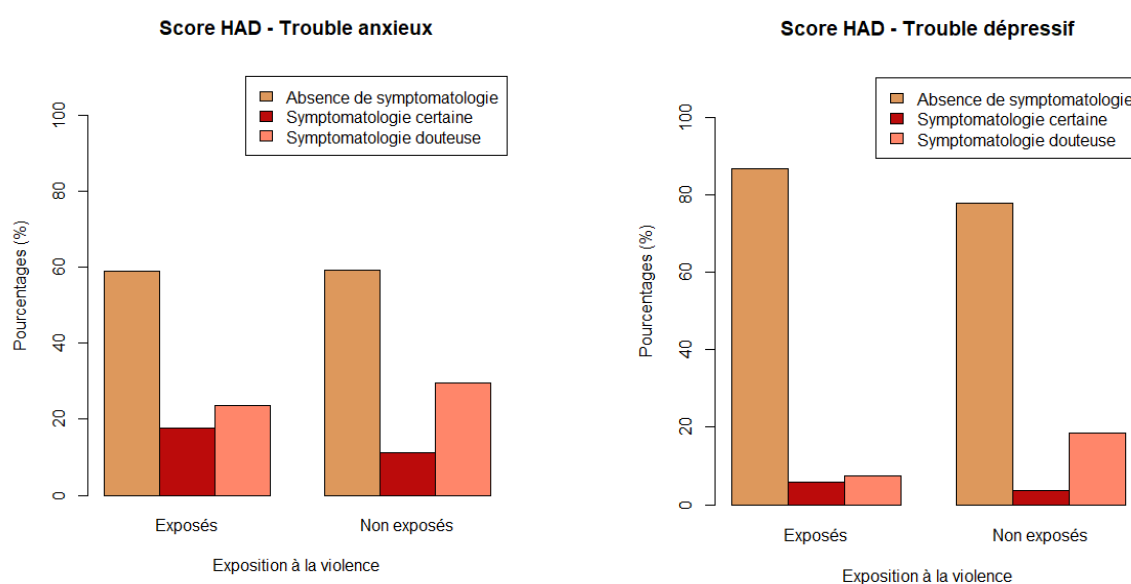


C. Les troubles anxio-dépressifs

Parmi le personnel exposé à la violence, la prévalence de troubles anxieux avérés est de 17,7 % (n = 12), la prévalence de troubles anxieux suspectés est de 23,5 % (n = 16). Dans cette population, la prévalence de troubles dépressifs avérés est de 5,9 % (n = 4) et la prévalence de troubles dépressifs suspectés est de 7,3 % (n = 5).

Chez le personnel non exposé à la violence, la prévalence de troubles anxieux avérés est de 11,1 % (n = 3), la prévalence de troubles anxieux suspectés est de 29,6 % (n = 8). Dans cette population, la prévalence de troubles dépressifs avérés est de 3,7 % (n = 1), la prévalence de troubles dépressifs suspectés est de 18,5 % (n = 5).

Il n'existe pas de différence significative concernant les prévalences de troubles anxieux suspectés ou avérés ($p = 0,73$) et les troubles dépressifs suspectés ou avérés ($p = 0,28$) chez les exposés et non exposés à la violence.

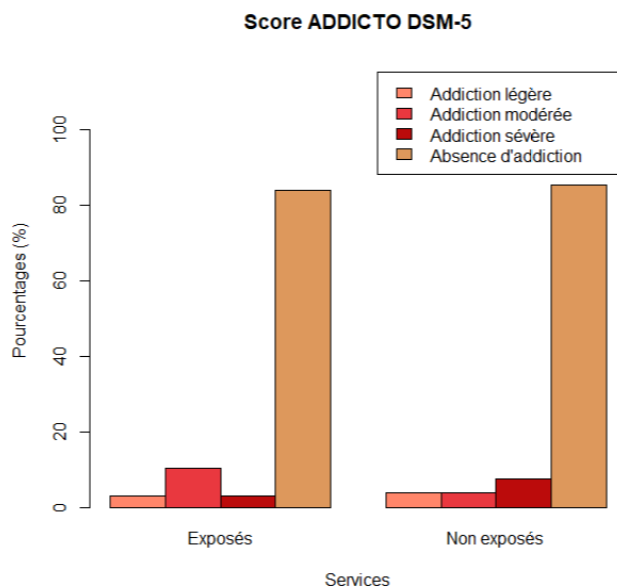


D. Les troubles de l'usage de substances

Parmi le personnel exposé à la violence, 2,9 % (n = 2) présentent une addiction sévère, 10,3 % (n = 7) présentent une addiction modérée et 2,9 % (n = 2) présentent une addiction légère.

Parmi le personnel non exposé à la violence, 7,4 % (n = 2) ont une addiction sévère, 3,7 % (n = 1) ont une addiction modérée et 3,7 % (n = 1) ont une addiction légère.

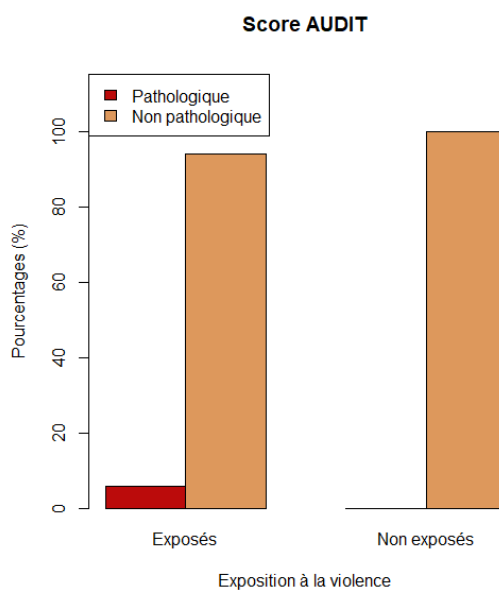
Il n'y a pas de différence significative concernant la prévalence d'addiction à une substance entre les 2 groupes ($p = 0,608$).



E. Les troubles de l'usage d'alcool

Parmi les personnes ayant été exposées à des faits de violence, 5,9 % (n = 4) présentent une consommation problématique d'alcool.

Aucun membre du personnel non exposé à la violence ne présente de consommation problématique d'alcool.



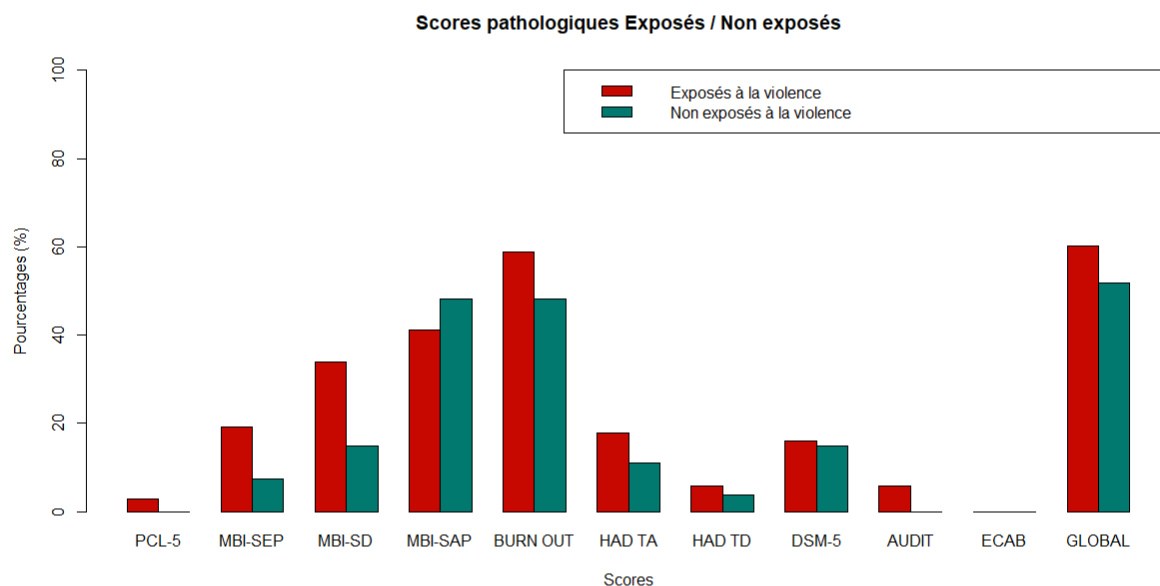
F. Les consommations problématiques de benzodiazépines ou apparentés

Aucun membre du personnel parmi les exposés et non exposés à la violence ne présente de score ECAB pathologique.

G. Récapitulatif de la santé mentale du personnel exposé et non exposé à la violence

Les taux de troubles psychiques dépistés sont plus importants chez le personnel ayant été exposé aux violences exogènes par rapport au personnel non exposé mais la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Les taux de TSPT, les critères SEP et SD du burn out, le burn out, les troubles anxio-dépressifs avérés, le mésusage de substances (score global) et d'alcool sont plus importants chez les personnes exposées à la violence. Néanmoins, cette différence n'est pas significative, hormis pour les taux de SEP et SD pathologiques. Seul les taux de SAP du burn out est plus pathologique chez les non exposé à la violence (différence non significative). Aucun membre du personnel n'a de consommation problématique de benzodiazépines ou apparentés dépisté par l'échelle ECAB.

Histogramme récapitulatif de la santé mentale des exposés et non exposés à la violence au centre hospitalier de Tourcoing :



VI. Facteurs en lien avec la présence d'un trouble psychique chez les membres du personnel hospitalier

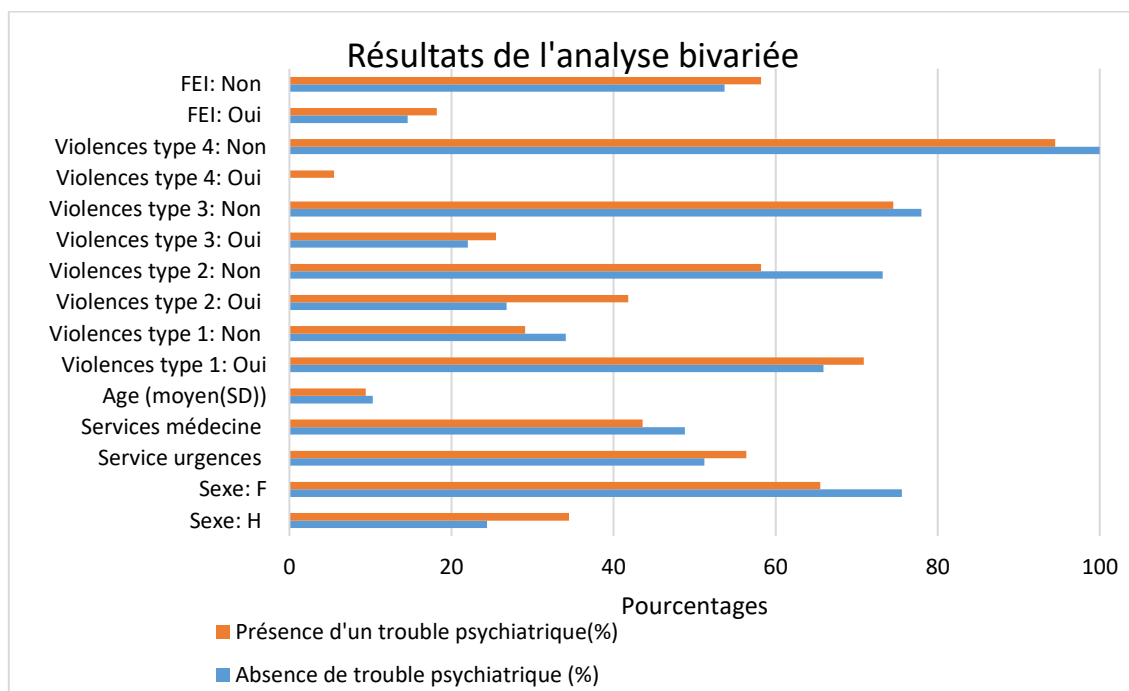
Parmi le personnel présentant un trouble psychique :

- 34,5 % (n = 19) sont de sexe masculin et 65,5 % (n = 36) sont de sexe féminin.
- L'âge moyen est de 35,9 ans.
- 56,4 % (n = 31) travaillent aux urgences et 43,6 % (n = 24) sont employés dans les services de médecine.
- 70,9 % (n = 39) ont subi des violences de niveau 1, 41,8 % (n = 23) ont subi des violences de niveau 2, 25,5 % (n = 14) ont subi des violences de niveau 3 et 5,5 % (n = 3) ont subi des violences de niveau 4.
- 18,2 % (n = 10) ont rédigé une fiche d'évènements indésirables.

Parmi le personnel ne présentant pas de trouble psychique :

- 24,4 % (n = 10) sont de sexe masculin et 75,6 % (n = 31) sont de sexe féminin.
- L'âge moyen est de 37,3 ans.
- 51,2 % (n = 21) travaillent aux urgences et 48,8 % (n = 20) travaillent dans les services de médecine.
- 65,9 % (n = 27) ont subi des violences de niveau 1, 26,8 % (n = 11) ont subi des violences de niveau 2, 22 % (n = 9) ont subi des violences de niveau 3, aucun n'a subi de violence de type 4.
- 14,6 % (n = 6) ont réalisé une fiche d'évènements indésirables.

Aucune association statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre la présence d'un trouble psychique et le sexe, l'âge, le service et le niveau de violences subi. Il n'a pas été établi de lien statistiquement significatif entre la réalisation de démarches administratives post agression comme une fiche d'évènement indésirable et l'absence de trouble psychique.



Discussion

Le personnel hospitalier est fréquemment confronté à la violence de la part des usagers du système de soins. Ces situations de violence à l'hôpital font partie intégrante des risques psychosociaux. Elles engendrent des conséquences majeures sur l'accès aux soins pour les patients et sur les conditions de travail du personnel hospitalier.

Cette étude a été menée principalement dans la perspective de faire un état des lieux sur la fréquence d'exposition du personnel à la violence exogène au sein de différents services : urgences, médecine interne, médecine polyvalente et gastro-entérologie du centre hospitalier de Tourcoing et de caractériser cette violence selon les niveaux définis par l'ONVS.

Secondairement, il s'agissait d'évaluer la santé psychique du personnel hospitalier en termes de TSPT, burn out, troubles anxio dépressifs et mésusage de substances par l'utilisation d'auto questionnaires aux propriétés psychométriques validées. Nous avons également comparé la souffrance psychique du personnel exposé et non exposé à la violence. Le dernier objectif était de rechercher des facteurs explicatifs à la présence d'un trouble psychique chez les membres du personnel des différents services par le biais des données sociodémographiques, les phénomènes de violences subies au cours des 12 derniers mois et la mise en place de mesures médicales sociales et administratives après un fait d'agression.

I. Population de l'étude

Le nombre de participants à cette étude était de 96 professionnels soignants et non soignants travaillant au centre hospitalier de Tourcoing. Parmi les participants, 54,2 % d'entre eux sont employés dans le service des urgences et 45,6 % d'entre eux travaillent dans les services de médecine. L'âge moyen des participants est de 36,5 ans. Parmi le personnel interrogé, 69,8 % sont des femmes, 30,2 % sont des hommes. Les postes occupés sont

représentés en majorité par les infirmiers : 33,3 % et aides-soignants : 32,3 %. Les médecins représentent 11,5 % des effectifs. Ces données concernant les effectifs soignants sont représentatives de la population hospitalière au niveau national et régional. En effet, d'après l'étude PRESST NEXT de 2004, en France, l'effectif des soignants paramédicaux salariés est représenté en majeure partie par les infirmiers : 34,6 % et les aides-soignants : 31,8 (44). D'après les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2013 concernant le personnel employé dans la fonction publique hospitalière dans le Nord-Pas-de-Calais, 61 % des professionnels sont représentés par le personnel soignant non médical (infirmiers et aides-soignants), 9 % sont représentés par les médecins (hors activité libérale) et 28 % correspondent à l'effectif des non soignants (59).

Parmi le personnel interrogé dans cette étude, 54,2 % ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le service et 85,4 % travaillent à temps complet.

Le taux de participation à cette étude est de 48,5 %. Ce taux est proche de ceux retrouvés dans d'autres études monocentriques menées en France. Il était de 42,9 % dans l'étude menée par Pougnet R et al. chez les soignants en réanimation (60) et de 55,7 % dans l'étude de Auxenfants E concernant le personnel des urgences du centre hospitalier de Douai (38).

II. Prévalence de la violence exogène en milieu hospitalier

Notre étude met en évidence une prévalence importante de la violence exogène à l'encontre du personnel hospitalier puisque 71,9 % déclarent avoir été victime d'au moins un fait de violence au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont similaires à ceux de l'étude réalisée par Sui G et al. en 2015 dans la province de Liaoning en Chine, dans laquelle 77,5 % des médecins interrogés ont été victimes d'agressions physiques ou verbales (42). Ils sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude menée par Carra C. en 2014 auprès de 25 établissements de santé de la région des Hauts de France où 58,4 % du personnel a déjà subi

des violences (37) et à ceux retrouvés dans une étude menée au CHU de Nantes par Tripodi D et al. où 52 % des participants estimaient subir des situations de violences physiques ou verbales dans le cadre de leur travail (39).

Dans notre étude, la prévalence des violences est significativement plus importante aux urgences où elle atteint 82,7 % par rapport aux services de médecine où elle est de 59,1 % ($p = 0,01$). Ces résultats sont confirmés par le rapport annuel de l'ONVS en 2019 dans lequel, les services d'urgences sont en deuxième place après la psychiatrie en ce qui concerne les déclarations de violences en comptabilisant 16 % de la totalité des signalements. Les services de médecine comptabilisent 8 % de la totalité des signalements de violence (28).

Dans l'étude menée par Cannavo M et al. auprès des professionnels des services d'urgences, le taux de violence atteint 87 % (43). Dans l'étude menée par Auxenfants E en 2015, la quasi-totalité du personnel des urgences du centre hospitalier de Douai (97 %) a subi des violences.

L'étude Pakistanaise de Zafar W et al. ne montre pas de différence significative d'exposition à la violence entre les urgences et d'autres services de spécialité tels que la gynécologie-obstétrique, la chirurgie, la médecine interne et la pédiatrie (36). Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par le fait que seuls les médecins sont interrogés dans l'étude de Zafar W et al contrairement à notre étude qui inclue l'ensemble des professionnels des différents services. Par ailleurs, il est possible que certaines spécialités incluses dans l'étude de Zafar W et al soient amenées à effectuer des prises en charges en urgence et donc se retrouver confrontées aux mêmes problématiques de violences que dans le service des urgences.

Parmi les agressions subies par le personnel des différents services, les violences verbales sont majoritaires. Elles correspondent aux violences de niveau 1 et 2 selon la classification ONVS. La prévalence globale de victimes est de 68,7 % pour les violences de niveau 1 et 35,4 % pour les violences de niveau 2, ce qui est considérable. Dans notre étude, ces taux sont significativement plus importants aux urgences où ils sont de 80,8 % pour les violences

de niveau 1 et de 55,8 % pour les violences de niveau 2. Ces violences verbales sont fréquentes aux urgences puisque la majorité du personnel déclare y avoir été confronté au moins une fois par mois au cours de l'année écoulée.

Dans les services de médecine, la majorité du personnel subit ces violences au moins une fois par an. La fréquence d'exposition est significativement plus importante aux urgences pour les violences de niveau 1 ($p < 0,01$).

Les taux de violences physiques subis par le personnel hospitalier, correspondant aux violences de niveaux 3 et 4, sont de 24 % pour les violences de niveau 3 et 3,1 % pour les violences de niveau 4, ce qui est également préoccupant. Il est significativement plus important aux urgences pour les violences de niveau 3 où il atteint 36,5 % par rapport aux services de médecine où il est de 9,1 % ($p = 0,002$).

Les violences de niveau 4 étant peu nombreuses, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Néanmoins, nous pouvons souligner que seul le personnel des urgences a été victime de ce type de violence qui correspond au niveau de gravité le plus important selon l'ONVS.

Ces résultats se retrouvent dans la littérature. D'après le rapport annuel de 2019 de l'ONVS, les violences verbales sont majoritaires aux urgences constituant 81 % des signalements ainsi que dans les services de médecine où elles représentent 75 % des signalements d'atteinte aux personnes. En revanche dans certains services, la violence physique prédomine dans les déclarations, c'est le cas notamment pour les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), les Unités pour Malades Difficiles (UMD) et pour les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) (28). On peut supposer que la violence verbale est banalisée dans les deux premiers établissements et donc moins déclarée, en revanche dans les MAS, la violence physique semble être une modalité d'expression pour certains patients ne pouvant s'exprimer verbalement de par leurs troubles.

Dans l'étude menée par Kumar M et al. sur la violence au travail dans un établissement de soins à Delhi en Inde, les agressions verbales sont les plus courantes, et correspondent à 87,3 % des déclarations de violence (34). C'est également le cas dans l'étude de Zafar W et al. où le taux d'agressions verbales est de 60,9 % et le taux d'agressions physiques est de 15,6 % au cours des douze derniers mois (36).

La prévalence plus importante de la violence aux urgences retrouvée dans notre étude peut s'expliquer par les facteurs relevés par l'ONVS tels que les contraintes organisationnelles du service, les conditions matérielles d'accueil, les long délais d'attente, l'anxiété de la part du patient et de ses proches dans l'attente d'un diagnostic, l'incompréhension sur les priorités...(28).

Dans son rapport sur les violences au travail de 2015, l'INRS souligne l'impact généré par la prise en charge de certaines populations, notamment les patients atteints de confusion, les consommations de toxiques, les pathologies psychiatriques, les personnes en situation de précarité sociale dans les services d'urgences, générant un risque de violence accru (61). Les exigences excessives de certains usagers envers la médecine d'urgence est également un facteur à prendre en compte. Ces éléments étant moins présents et les patients étant orientés selon leur pathologie et reçus dans des conditions différentes dans les services de médecine, cela peut expliquer le plus faible taux de violence dans ces services.

Dans cette étude, l'auteur majoritaire des actes de violence est le patient seul pour 44,8 % des participants. Dans 10,4 % des cas, les auteurs majoritaires identifiés sont le patient et les accompagnants. Notons que 28,1 % des participants n'étaient pas concernés par les faits de violence, sous-estimant probablement les résultats précédents. Ces données sont confirmées par la plupart des études retrouvées dans la littérature notamment par Groenewold MR et al. aux Etats-Unis où l'agresseur est le patient dans 94,8 % des cas (31), par Auxenfants E où le patient est l'auteur dans 80,7 % des cas (38) et par Ladhari N et al. où les patients sont responsables des agressions déclarées dans 87,6 % des cas (41). Dans l'étude de Carra C, 29,7 % des victimes identifient les patients et leurs proches comme auteurs principaux (37). Les troubles présentés

par le patient et l'absence d'accompagnants à de nombreux moments du séjour peuvent expliquer le taux plus important de violence de la part du patient.

En revanche, dans l'étude menée par Sachdeva S et al. dans un service d'urgences à Delhi, les membres de la famille du patient sont les principaux auteurs de violences (62).

III. Troubles en santé mentale dépistés chez le personnel hospitalier

A. Le trouble de stress post-traumatique

Dans notre étude, la prévalence de TSPT aux urgences est de 3,9 %. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant le taux de TSPT entre les différents services (médecine et urgences), néanmoins, nous pouvons relever que les professionnels présentant un score positif sur l'échelle PCL-5 faisaient tous partie des urgences. En effet, aucun TPST n'a été mis en évidence chez les membres du personnel des services de médecine.

La prévalence de TSPT chez les personnes ayant été exposées à la violence est de 2,9 %. L'ensemble des personnes présentant un score positif à la PCL-5 avait été exposé à des faits de violence au cours de l'année écoulée. Néanmoins, il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative entre le fait de développer une TSPT et le fait d'avoir été exposé à la violence exogène ($p = 1$).

Dans la littérature, le TSPT est retrouvé à plusieurs reprises comme conséquences des violences pour le personnel qui en est victime, c'est notamment le cas dans l'étude Chinoise menée par Shi L et al. auprès des professionnels de santé de 39 hôpitaux, où le taux de TSPT, mesuré à l'aide du questionnaire PCL-C, est corrélé de façon positive aux violences physiques (63).

Dans l'étude de Zafar W et al. il n'y a pas de différence significative entre le taux de TSPT chez les urgentistes par rapport aux médecins des autres services hospitaliers. En revanche, les médecins ayant été victimes d'agressions physiques étaient plus susceptibles de développer un TSPT que ceux qui n'avaient pas été victime d'agression.

Dans leur étude, Ragot A et al mettent en évidence le rôle important joué par les facteurs psychosociaux, notamment les violences physiques et verbales et les facteurs organisationnels chez les salariés présentant un TSPT (45). En revanche, une étude menée par Theresa L et al, s'intéressant au TPST chez les internes de l'université britannique de Colombie, ne montre pas d'association statistiquement significative entre le score obtenu après passation de la PCL-5 et l'année d'internat ou le type d'événement traumatique auxquels ont été exposés les étudiants (notamment violences, décès de patients, harcèlement, erreurs médicales ou aucun événement traumatique) (64).

B. Le burn out

Cette étude retrouve des taux importants de burn out chez le personnel des différents services puisqu'il s'élève à 57,7 % aux urgences et à 52,3 % dans les services de médecine. Cette étude ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (médecine et urgences) concernant le taux de burn out dépistés. En revanche, si l'on se penche sur les trois dimensions de l'échelle du MBI, nous pouvons remarquer que les taux de SEP et SD pathologiques sont significativement plus importants aux urgences que dans les services de médecine ($p = 0,029$) et ($p = 0,014$).

Le taux de burn out est plus important chez le personnel exposé à la violence où il est de 58,8 % que chez le personnel non exposé à la violence où il atteint 48,1 % , mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,354$). Les scores SEP pathologiques et SD pathologiques sont

significativement plus importants chez les personnes exposées à la violence que chez les personnes non exposées ($p = 0,046$) et ($p = 0,022$).

Les taux de burn out retrouvés dans cette étude sont donc préoccupants puisque plus de la moitié des soignants des différents services sont ici dépistés positivement au test MBI.

Les données issues de la littérature concernant le burn out et ses causes sont très hétérogènes comme le souligne un article de Rotenstein LS et al. en 2018. Il varierait chez les soignants entre 0 % et 80 % selon les études (65).

Dans l'étude menée auprès du personnel des urgences du centre hospitalier de Douai par Auxenfants E le taux de burn out s'élève à 51,47 %. En revanche, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le taux de burn out et l'exposition à la violence (38).

Dans l'étude Pakistanaise menée par Zafar W et al. 42,4 % des médecins interrogés ont un burn out. Les urgentistes ont un score de SEP plus élevé que dans les autres services mais un score de SD significativement inférieur. Les violences physiques ou verbales ne sont pas significativement associées à la présence d'un burn out (36).

Dans l'étude de Sui G et al. en Chine, la violence est associée de façon significative aux symptômes dépressifs et aux dimensions SEP et SD du burn out (42).

Dans son rapport sur le burn out, la Direction Générale du Travail insiste sur l'exposition prolongée à un ensemble de facteurs de risques psychosociaux ainsi que l'interaction avec des facteurs individuels (notamment traits de personnalité) dans la constitution d'un burn out (66).

L'impact de chaque facteur de risque psychosocial dans la survenue d'un burn out ne faisait pas partie des objectifs de notre étude mais mériterait d'être exploré.

C. Les troubles anxio-dépressifs

Dans cette étude, la prévalence de troubles anxieux chez les soignants est élevée quel que soit le service d'exercice. En effet, la prévalence de troubles anxieux avérés est de 17,3 % aux urgences et de 13,6 % dans les services de médecine. Il n'existe pas de différence significative entre les services ($p = 0,92$). Parmi le personnel ayant été exposé à la violence, la prévalence de trouble anxieux avérés est de 17,7 %. Elle est de 11,1 % chez les non exposés. La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative ($p = 0,73$).

En ce qui concerne la prévalence de troubles dépressifs, elle est de 9,6 % pour les troubles dépressifs avérés et de 7,7 % pour les troubles dépressifs suspectés aux urgences. Dans les services de médecine, aucun membre du personnel n'a de trouble dépressifs avérés selon l'échelle de dépistage HAD mais la prévalence de trouble dépressifs suspectés est de 13,6 %. Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes (médecine et urgences) ($p = 0,08$). Le taux de troubles dépressifs avérés est de 5,9 % chez les personnes ayant été exposées à la violence et de 3,7 % chez les personnes n'ayant pas été exposées à la violence. Il existe une différence non significative entre les 2 groupes ($p = 0,28$).

Le taux de troubles dépressifs dans la population active varie selon les études et selon les pays.

Dans une étude menée par Gigonzac V et al. auprès de 14 520 actifs occupés en France en 2017, le taux de trouble dépressifs est de 8,2 %. Certains facteurs professionnels comme les violences physiques et verbales sont associées de façon significative au développement d'un trouble dépressif dans les douze derniers mois (67).

Au Canada, dans un article de Gilmour H et al. utilisant les données de l'ESCC (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2002), les taux de syndrome anxio-dépressifs sont nettement inférieurs puisque 3,7 % des personnes actives âgées de 25 à 64 ans ont présenté un syndrome dépressif dans les douze derniers mois et 8 % en ont connu un au cours de leur

vie. Les emplois en contact avec le public sont plus susceptibles de développer ce type de trouble (48).

Dans l'étude menée par Pougnet R et al. en 2013 dans le service de réanimation d'un CHRU Français, le taux de trouble anxieux avéré est de 47,2 % tandis que le taux de troubles dépressifs avérés est de 22,2 %, les taux sont supérieurs à ceux retrouvés dans notre étude. Parmi les participants, 11,1 % ont fait état de tensions fréquentes avec le public ou les patients et 50 % ont évoqué des tensions occasionnelles (60).

Dans son étude aux urgences du centre hospitalier de Douai, Auxenfans E retrouvait une prévalence de troubles dépressifs de 32,35 % par l'utilisation de l'échelle de Beck, ce qui est supérieur à celle retrouvée dans notre étude (38).

D. Les troubles de l'usage de substances

Dans notre étude, aux urgences, selon le questionnaire d'addiction à une substance (DSM 5), 3,9 % du personnel présentent une addiction légère, 11,5 % une addiction modérée, 3,9 % une addiction sévère. Dans les services de médecine, 4,5 % présentent une addiction légère, 4,5 % une addiction modérée, 2,3 % une addiction sévère. Il n'y a pas de différence significative pour les différents seuils d'addiction entre les spécialités d'urgences et de médecine ($p = 0.608$). Les substances consommées déclarées par les participants sont le tabac, l'alcool, le cannabis et le tramadol.

Concernant les consommations d'alcool, 5,8 % du personnel des urgences et 2,3 % du personnel de médecine ont une consommation problématique d'alcool selon le questionnaire AUDIT. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,622$).

Parmi le personnel exposé à la violence, 2,9 % présentent une addiction sévère à une substance, 10,3 % présentent une addiction modérée et 2,9 % présentent une addiction légère à une substance.

Parmi le personnel non exposé à la violence, 7,4 % (n = 2) ont une addiction sévère, 3,7 % (n = 1) ont une addiction modérée et 3,7 % (n = 1) ont une addiction légère.

Il y a davantage de consommations problématiques d'alcool chez le personnel ayant été exposé à la violence puisque le taux atteint 5,9 % alors que chez les non exposés à la violence, aucune consommation problématique d'alcool n'a été relevée, cependant cette différence n'apparaît pas significative (p = 0,575). Une des hypothèses pouvant expliquer l'absence de significativité est une taille d'échantillon trop petite.

Dans cette étude, aucun des participants ne présente de consommations à risque de benzodiazépines ou apparentés dépistés selon l'échelle ECAB.

Les résultats d'études dans la littérature concernant le mésusage de substances parmi les professionnels de santé sont peu nombreux et hétérogènes.

En réanimation, d'après Pougnet R et al. 5,7 % du personnel consomme des traitements anxiolytiques, 2,9 % a un traitement antidépresseur et 31,4 % prennent des hypnotiques de façon occasionnelle. Il est également mis en évidence qu'au cours de l'année écoulée, 58,4 % des fumeurs et 69,2 % des consommateurs d'alcool ont majoré leurs consommations (60).

Une enquête nationale a été menée en 2001 en France auprès des médecins travaillant dans les services d'anesthésie réanimation. Cette étude a montré que 10,9 % des personnes interrogées présentent un abus ou une dépendance à au moins une substance hormis le tabac, 6,5 % présentent une consommation problématique d'alcool selon le questionnaire AUDIT. Les taux d'abus ou de dépendance sont de 4,5 % pour les anxiolytiques et hypnotiques, 0,7 % pour le cannabis et 0,6 % pour les opiacés (68).

Dans l'étude menée par Tripodi D et al. sur les risques professionnels au CHU de Nantes, 2 % des participants présentent un mésusage d'alcool, 9 % consomment des anxiolytiques ou hypnotiques et près de 30 % ont pris des antalgiques de manière régulière au cours de la semaine précédente. La consommation de psychotropes est associée de façon significative dans cette étude au stress, à une surcharge de travail et à une fatigue. La consommation d'antalgiques est

également liée aux troubles musculo-squelettiques. Cette étude n'a en revanche pas étudié le lien entre les consommations de substance et les violences subies par le personnel (39).

Dans l'étude menée par Cannavo M et al. dans un centre hospitalier à Rome, après exposition à la violence, près d'un tiers des soignants ont déclaré une majoration de leur consommation de tabac (43)

IV. Les mesures post agression

Dans cette étude, après un fait de violences, 23,5 % des victimes ont rédigé une fiche d'évènements indésirables. Seules 4,4 % connaissaient le dispositif ONVS et 1,5 % d'entre elles a réalisé une déclaration via la plateforme en ligne à disposition.

Seules 4,4 % des victimes ont effectué un dépôt de plainte ou de main courante, toutes accompagnées par l'établissement. Parmi le personnel ayant déposé plainte, des violences de niveau 3 (atteintes physiques) ont été relevées dans le questionnaire, 2,9 % ont effectué une déclaration d'accident de travail et une des victimes a eu un arrêt de travail d'une durée de 8 mois dans les suites de violences. Aucune n'a bénéficié d'un accompagnement psychologique après le fait de violence subi.

Cette étude met en évidence que peu de démarches ont été entamées après un fait d'agression physique ou verbale aux urgences, tandis que dans les services de médecine, aucune démarche n'a été effectuée.

Pour expliquer cette différence concernant les démarches post agression entre les services, plusieurs hypothèses peuvent être émises. La première se rapporte au taux des violences subies par le personnel, qui est inférieur dans les services de médecine. En effet, dans notre étude, le taux de violence de type 1 est de 54,5 % dans les services de médecine, tandis qu'il est de 80,8 % aux urgences. Aucun membre du personnel des services de médecine n'a subi de violences de niveau 4. Un autre facteur pouvant expliquer cette différence est une

méconnaissance des dispositifs et un manque d'information concernant ces démarches, ce qui a été souligné par les équipes de façon informelle dans les services de médecine durant la réalisation de l'étude. Les questions des professionnels « *une fiche d'évènement indésirable ? Pourquoi faire, comment ça marche ?* » revenaient à plusieurs reprises.

Un soignant a pu évoquer la difficulté à porter plainte ou à entamer des mesures judiciaires contre un patient violent mais dont le discernement pouvait être altéré au moment du passage à l'acte.

Dans tous les services, le personnel évoquait également un manque de temps et la lourdeur des démarches à effectuer qui pouvaient les décourager. Certains banalisaient également la violence qu'ils pouvaient subir, la considérant comme « normale », ou « faisant partie de leur travail ». On peut supposer que la tolérance des faits de violence peut notamment être induite par la répétition de ces phénomènes, en effet, 39,4 % des violences de type 1 et 41,2 % des violences de type 2 dans les services ont eu lieu au moins une fois par mois.

En ce qui concerne le dispositif de déclaration via la plateforme de l'ONVS, une méconnaissance importante a été mise en évidence puisque la quasi-totalité des participants n'en n'avait jamais entendu parler.

Dans la littérature, les études relèvent également le faible nombre des démarches entamées par le personnel après un fait d'agression.

L'enquête cadre de vie et sécurité menée de 2007 à 2016 en France relève que seules 7 % des victimes de violences sur leur lieu de travail ont déposé plainte. Le taux de plaintes semble varier selon la nature des violences subies, il est plus élevé pour les violences physiques où il est de 27 % que pour les violences verbales où il n'est que de 4 % (69).

L'étude menée par Hérin F et al. au sein de l'institut médico-légal de Rangoeuil souligne que 86 % des actes de violences ne sont pas suivis de dépôts de plainte (40).

Dans l'étude menée par Auxenfants E au centre hospitalier de Douai, 40,9 % des victimes de violence aux urgences n'ont réalisées aucune démarche dans les suites d'une agression, 53 % ont rédigé une fiche d'évènement indésirable et 21,21 % ont déclaré le fait de violence via la plateforme en ligne mise en place par l'ONVS (38).

Dans chacun de ses rapports annuels, l'ONVS souligne que peu de services effectuent de démarches de déclaration des violences via leur plateforme en ligne.

Il reste néanmoins important de déclarer les faits d'agression via une fiche d'évènements indésirables et via la plateforme ONVS afin de pouvoir recenser ces faits de violence et mettre en place des mesures de prévention secondaires et tertiaires.

Les déclarations en tant qu'accident de travail également peu nombreuses, apparaissent pourtant essentielles pour permettre la prise en charge des frais médicaux liés à l'agression ainsi que l'apparition de séquelles ou rechutes à distance de l'évènement. Il serait intéressant de sensibiliser les employeurs et les salariés sur l'utilisation de celles-ci.

Ces résultats laissent donc à supposer qu'il est essentiel d'améliorer l'information et de faciliter les démarches administratives, médicales et judiciaires pouvant être mise en place après un fait de violence pour permettre une augmentation des déclarations notamment dans des démarches de prévention et d'accompagnement des victimes.

V. Facteurs de risque en lien avec le développement d'un trouble psychique chez le personnel hospitalier

Notre étude n'a pas montré de lien statistiquement significatif entre la présence d'un trouble psychique et l'âge, le sexe, le service où le personnel travaille et les différents niveaux de violences subies.

Les données issues de la littérature essayant d'identifier les facteurs de risque pour la santé mentale des soignants sont peu nombreuses et hétérogènes.

Dans l'étude PRESST-NEXT de 2004 se rapportant au personnels paramédicaux en France, la fréquence de troubles psychiques traités telles que la dépression, l'anxiété, le burn out ou l'insomnie se majore avec l'ancienneté dans le service : elle est de 5,9 % lorsque l'ancienneté est de moins de 2 ans et passe à 12,4 % lorsque l'ancienneté est supérieure à 25 ans et suivant le type de service dans lequel le personnel travaille : elle est plus fréquente dans les services de jour ou semaine (s'occupant de pathologies lourdes telles que les chimiothérapies) où elle atteint 15 %, les unités de longs séjours et maison de retraite où elle est de 13 % et en pédiatrie où elle est de 12,7 %. Il y a davantage de troubles psychiques traités chez le personnel de médecine où le taux est de 9,7 % qu'aux urgences où le taux est de 7,9 %. Le taux de burn out le plus élevé concerne les infirmiers et aides-soignants. Il est majoritaire chez les individus de sexe masculins. Un soutien psychologique régulier au travail apparait dans l'étude comme un facteur protecteur (44).

En ce qui concerne le lien entre santé mentale et violence, les données varient selon les études.

Dans l'étude Pakistanaise de Zafar W et al. la violence apparait comme étant un facteur de risque pour le développement de certains troubles notamment le TSPT (36).

Dans l'étude de Sui G et al. l'exposition à la violence est associée positivement à la présence de troubles dépressifs et à un épuisement émotionnel (42).

Notre étude n'a pas établi de lien statistiquement significatif entre la présence d'un trouble psychique et l'absence de démarche d'accompagnement mise en place après une agression de type fiche d'évènements indésirables. Les autres démarches n'ont pu être exploitées en raison d'un trop faible nombre de déclaration. La présence d'un soutien professionnel et personnel ou familial, une capacité de résilience importante, des stratégies d'ajustement ou coping influencent probablement le développement ou non de troubles psychiques après une agression et mériterait d'être étudié.

L'étude PRESST NEXT de 2004 relève que les membres du personnel ayant la possibilité de s'exprimer dans leur service sur les questions et problèmes professionnels rencontrés, présentent moins de troubles psychiques, en particulier troubles du sommeil et consommation d'anxiolytiques et hypnotiques (44).

VI. Les limites de l'étude

Cette étude est épidémiologique et transversale ce qui entraîne un faible niveau de preuve scientifique. Ce type d'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre le phénomène étudié : la violence exogène et des facteurs de risques tels que l'exposition à la violence, les données sociodémographiques ou les mesures post agression pouvant être mises en place.

Néanmoins, ce type d'étude permet de disposer de données concernant ce risque professionnel s'intégrant dans les risques psychosociaux.

L'utilisation d'auto questionnaires sur les faits de violences s'étant produits au cours des douze derniers mois engendre un biais de mémorisation de la part des participants ce qui peut sous-estimer certains résultats.

L'utilisation des échelles concernant la santé mentale du personnel ne permet pas de poser un diagnostic. Cela reste un instrument d'auto-évaluation qui mériterait d'être complété par des entretiens. Elles constituent néanmoins un outil de dépistage intéressant pour le repérage des troubles.

Le nombre de participants à cette étude est inférieur au nombre de sujets nécessaires calculé qui était de 138. Cette étude compte 96 participants avec un taux de participation de 48 %.

Différents facteurs peuvent expliquer ce nombre inférieur à l'effectif théorique calculé : Certains membres du personnel ont pu ne pas se sentir concerné par le thème de l'étude. La

longueur et la durée de remplissage des questionnaires ont pu également être un frein. En effet, il fallait environs 45 minutes pour remplir l'intégralité du questionnaire.

Lors de la réalisation de l'étude, un réaménagement de certains services a eu lieu ayant pu impacter la participation des soignants avec notamment la fusion du service de médecine interne avec le service de médecine polyvalente.

Au moment de l'étude, de nombreux médecins des urgences ont quitté leurs fonctions ce qui peut expliquer le faible taux de participation de la part de l'équipe médicale des urgences.

Certains des résultats non significatifs obtenus peuvent être dus à la taille d'échantillon trop faible. Cependant, le taux de participation est similaire voir supérieur à celui de plusieurs études retrouvées dans la littérature.

La participation à cette étude reposait sur la base du volontariat, cela a pu engendrer un biais de sélection et expliquer en partie le taux important de violence relevé. En effet, le personnel le plus touché par la violence a pu se sentir davantage concerné par l'étude incitant davantage sa participation.

Les personnes présentant un trouble psychique ont pu se sentir en difficulté pour remplir les questionnaires ou pour participer à cette étude ce qui a pu induire une sous-estimation des troubles. Néanmoins, des numéros verts et de structures de soins ambulatoires avaient été laissés à l'ensemble de la population cible en même temps qu'une lettre d'information préalablement à l'étude. Des passages réguliers de l'investigateur principal dans les services ont permis de répondre aux différentes questions du personnel concernant l'étude. Une adresse mail avait également été mise à disposition ainsi que le numéro du coordinateur de l'étude.

Lors de mes passages dans le service des urgences, l'équipe médicale avec qui j'ai pu échanger faisait état des conditions de travail difficiles aux urgences, raisons évoquées par certains médecins pour expliquer leur départ du service. Cette étude n'a pas établi de lien entre les faits de violences et la présence de troubles psychiques mais elle n'a pas étudié les autres facteurs de risques psychosociaux et l'effet engendré par les contraintes organisationnelles des

services. Néanmoins elle permet d'ouvrir de nouvelles perspectives d'études pour caractériser ces phénomènes.

Le centre hospitalier de Tourcoing, prenant régulièrement en charge une population en précarité, cela a pu engendrer une majoration du chiffre de la violence par rapport à d'autres centres hospitalier. Dans ce cadre la réalisation d'une étude multicentrique pourrait être intéressante.

VII. Les forces de l'étude

La violence dans les structures de soins est un sujet d'actualité de plus en plus décrit notamment dans les services d'urgences. Les études comparant les faits de violences au sein de différents services hospitaliers et s'intéressant à la santé mentale du personnel sont peu nombreuses. Cette étude permet donc de disposer de données intéressantes permettant de caractériser ces phénomènes.

Le recrutement exhaustif de la population cible est également une force de l'étude. L'ensemble du personnel soignant et non soignant était invité à participer à cette étude ce qui permet une bonne représentativité de la population hospitalière.

Le recueil des données a été effectué de façon totalement anonyme et gratuite ce qui est également une force de l'étude.

L'utilisation dans les questionnaires des niveaux de violences définis par l'ONVS qui est un dispositif national Français est pertinente.

L'utilisation d'échelles aux propriétés psychométriques validées permet de comparer les données à celles retrouvées dans la littérature.

L'utilisation d'un test de Khi 2 a permis d'établir une différence significative concernant les taux de violence (niveau 1 à 3) entre les services d'urgences et de médecine. Concernant la

santé mentale du personnel, Le score de deux éléments du burn out : épuisement personnel et dépersonnalisation est significativement plus important aux urgences que dans les services de médecine et significativement plus important chez ceux ayant été exposé à la violence. Les taux des troubles psychiques aux urgences sont plus importants aux urgences que dans les services de médecine, cette différence n'est pas significative mais elle permet de donner une tendance et d'ouvrir des perspectives de recherches par l'étude des différents risques psychosociaux.

La méconnaissance des dispositifs d'accompagnement et de déclaration post agression mis en évidence dans cette étude permet d'orienter les actions de prévention secondaires et tertiaires à mettre en place au sein des établissements de santé.

Conclusion

Ce travail réalisé au centre hospitalier de Tourcoing a permis de montrer un taux de violence exogène important envers le personnel hospitalier. Le taux de violence aux urgences apparaît significativement supérieur à celui retrouvé dans les services de médecine. Les taux de troubles psychiques dépistés dans les différents services sont importants notamment en ce qui concerne le burn out et les troubles anxio-dépressifs. Cette étude met en évidence un taux de troubles psychiques aux urgences supérieur à celui retrouvé dans les services de médecine mais cette différence n'est pas significative dans notre étude hormis pour les paramètres épuisement personnel et dépersonnalisation du burn out. Cette étude n'a pas permis de montrer d'association significative entre le niveau de violences subi et la présence d'un trouble de santé mentale. Une méconnaissance importante des dispositifs d'accompagnement dans les suites d'une agression a été mise en évidence. La violence envers le personnel et ses conséquences reste un sujet préoccupant. Des études complémentaires multicentriques pour un recueil exhaustif des faits de violences et étudiant l'impact des autres risques psychosociaux sur la santé mentale des travailleurs seraient intéressantes.

Annexes

I. Annexe 1 : Références bibliographiques

1. Quille F. Après une agression d'une rare violence, les urgences de Tourcoing sous le choc. Le Quotidien du médecin. 18 octobre 2016. [Internet]. Consulté le 3 novembre 2019. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/apres-une-agression-dune-rare-violence-les-urgences-de-tourcoing-sous-le-choc>.
2. Dumas Primbault M. Urgences : agression d'un médecin et de trois soignants au CHU de Rennes sur fond de mobilisation nationale. Le Quotidien du médecin. 11 juin 2019. [Internet]. Consulté le 3 novembre 2019. Disponible sur <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/urgences-agression-dun-medecin-et-de-trois-soignants-au-chu-de-rennes-sur-fond-de-mobilisation>.
3. AFP. Aux urgences de Strasbourg, un préavis de grève à la suite d'une très violente agression. Le Monde. 23 août 2019. [Internet]. Consulté le 3 novembre 2019. Disponible sur https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/23/aux-urgences-de-strasbourg-un-preavis-de-greve-a-la-suite-d-une-tres-violente-agression_5502261_3224.html.
4. Martos S. Au CHU de Nice, un interne de médecine générale étranglé aux urgences par un patient. Le Quotidien du médecin. [Internet]. 31 octobre 2019. Consulté le 3 novembre 2019. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/au-chu-de-nice-un-interne-de-medecine-generale-etrangle-aux-urgences-par-un-patient>
5. Krug E, Dalhberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. OMS - World report on violence and health. Geneva; ed 2002; 346 p.
6. Jeuge-Maynard I, Maire P, Robinson A-F, Houssemaine-Florent H, Durand B, Delacroix F et al. Violence def. Le petit Larousse Illustré. 2014.
7. Lefeuvre-Darnajou K. La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit. Médecine & Droit. 1 mars 2004;2004(65):54-66.
8. Article 222-7 du code pénal. Version du 1 mars 1994.
9. Article 222-9 du code pénal. Version du 1 janvier 2002.
10. Article 222-11 du code pénal. Version du 1 janvier 2002.
11. Article 222-14-3 du code pénal. Version du 29 janvier 2017.
12. Article 222-19 du code pénal. Version du 19 janvier 2011.
13. Crisostome. OMS, rapport mondial sur la violence et la sante. Psychocriminologie. 2002.
14. Bouras M, Harwood N, Ravn J, Ullsperger P. Organisation internationale du travail. Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. MEVSW. octobre 2003.
15. Guyot S. Violences externes: de quoi parle-t-on? Revue technique de l'INRS: Hygiène et sécurité au travail. septembre 2014.

16. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. 2011.
17. Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet] Consulté le 4 août 2019. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
18. Flintrop J, Vargas O. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention - Safety and health at work - EU-OSHA. 2014.
19. Article L4121-1. Code du travail. Version du 1 octobre 2017.
20. Accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail. 26 mars 2010.
21. Roumaneix D. L'accord-cadre du 22 octobre 2013 sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. Village de la Justice. 2013.
22. Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail. La violence au travail. Facts N 24 FR-ISSN1681-2131. mai 2002.
23. Kopp N. Incivilités subies par les acteurs de santé à l'hôpital. Aspects éthiques et sociétaux. Éthique & Santé. septembre 2013;10(3):149-54.
24. Parent-Thirion A, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, éditeurs. Fourth European working conditions survey. Luxembourg: Office for Official Publ. of the European Communities [u.a.]; 2007. 134 p. (EF).
25. Memmi S, Rosankis E, Sandret N, Duprat P, Leonard M, Morand S, et al. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017 : comment ont évolué les expositions des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Références en santé au travail. septembre 2019;26.
26. Xabier I. Deuxième enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents — ESENER-2. 2015.
27. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. J Clin Nurs. mai 2015;24(9-10):1210-22.
28. Terrenoir V, Barat C, Massabau C. Rapport annuel sur les violences en milieu de santé. Données 2018. [Internet]. Consulté le 9 novembre 2019. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf
29. Terrenoir V, Barat C, Massabau C. Violences en santé: synthèse du rapport 2019 de l'ONVS. [Internet] consulté le 9 novembre 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_onvs_synthese_du_rapport_2019.pdf.
30. Reddy IR, Ukrani J, Indla V, Ukrani V. Violence against doctors: A viral epidemic? Indian J Psychiatry. avril 2019;61(Suppl 4):S782-5.
31. Groenewold MR, Sarmiento RFR, Vanoli K, Raudabaugh W, Nowlin S, Gomaa A. Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. American Journal of Industrial Medicine. 2018;61(2):157-66.
32. ENA. Emergency Department Violence Surveillance Study. IENR. septembre 2011, 60 p.

33. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*. 11 août 2017.
34. Kumar M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanandan A. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *J Clin Diagn Res*. novembre 2016;10(11):LC06-LC10.
35. Wei C-Y, Chiou S-T, Chien L-Y, Huang N. Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 1 avril 2016;56:63-70.
36. Zafar W, Khan UR, Siddiqui SA, Jamali S, Razzak JA. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*. 1 janvier 2016;50(1):167-177.e1.
37. Carra C. Violences dans le secteur sanitaire et médico-social. *Le sociographe*. 28 déc 2016;N° 56(4):25-37.
38. Auxenfans E. Conséquences psychopathologiques de la violence aux urgences : étude au Service d'Accueil et d'Urgences du Centre Hospitalier de Douai. *Mémoire Méd, Lille 2*. 2017.
39. Tripodi D, Keriven-Dessomme B, Lombrail P, Bourut Lacouture M, Chabot AS, Houdebine MT, et al. Évaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du Centre hospitalo-universitaire de Nantes. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. décembre 2007;68(5):457-73.
40. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). *La Revue de Médecine Légale*. 1 mars 2014;5(1):15-21.
41. Ladhari N, Fontana L, Faict TW, Gabrillargues D, Millot-Theïs B, Schoeffler C, et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 décembre 2004;65(7):557-63.
42. Sui G, Liu G, Jia L, Wang L, Yang G. Associations of workplace violence and psychological capital with depressive symptoms and burn-out among doctors in Liaoning, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 24 mai 2019.
43. Cannavò M, Torre FL, Sestili C, Torre GL, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *La Clinica Terapeutica*. 16 avril 2019;170(2):e110-23.
44. Estryn-Behar M, Caillard JF, Le Nezet O, Chartron-Pomeyrat C, Heurteux P, Ben-Brick E. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. *Etude PRESST NEXT partie 1*. janvier 2004;67.
45. Ragot A, Guiho-Bailly M-P, Tanguy M, Gohier B, Garré J-B, Roquelaure Y. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. *Sante Publique*. 2013;Vol. 25(6):729-36.

46. Ordre national des infirmiers. Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ? avril 2018. [Internet]. Consulté le 5 octobre 2019. Disponible sur: https://www.ordreinfirmeries.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthes_e_enquete_avril%202018.pdf
47. INRS. Agression et violence externe. [Internet]. Consulté le 9 novembre 2019. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
48. Gilmour H, Patten SB. La dépression et les problèmes de santé au travail. Rapport sur la santé. Février 2007;18(1).
49. Hassard J, Teoh K, Cox T, Dewe P, Cosmar M, Grundler R et al. Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail. Observatoire européen des risques, analyse documentaire ISSN: 1831-9351. 2014, 43 p.
50. Groupe de travail FHF sur la violence. Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social. 2012.
51. ARS. Signaler un événement indésirable [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-4>. Consulté le 10 octobre 2019.
52. Attal J. Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale PCL. Evaluation clinique standardisée en psychiatrie. 2008.
53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition; 2015.
54. Langevin V, Boini S, Francois M, Riou A. Risques psychosociaux: outil d'évaluation, Maslach Burnout Inventory. 2012.
55. Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand. Traduction française : J.F. Lépine. 1983, 67, 361-370
56. Addiction à une substance : critère DSM-5 - Test-addicto [Internet]. Consulté le 9 décembre 2019. Disponible sur: <http://test-addicto.fr/tests/drogues/dsm5.html>
57. SFA. Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement, recommandations de bonnes pratiques. Alcoologie et addictologie. 2015 ; 37(1) : 5-84.
58. HAS. Arrêt des benzodiazépines, échelle ecab. octobre 2007 [Internet]. Consulté le 9 décembre 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/arrêt_des_bzd_-_echelle_ecab.pdf
59. INSEE. Une fonction publique hospitalière bien présente mais des besoins importants - Analyses Hauts-de-France - 23 [Internet]. Consulté le 29 octobre 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128968#titre-bloc-6>.
60. Pougnet R, Di Costanzo-Pougnet L, Quéré S, Kerrien M, Loddé B, Dewitte J-D. Souffrance au travail dans un service de réanimation d'un CHRU. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 juin 2013;74(3):271-8.
61. INRS. Travailler en contact avec le public - Brochure - INRS [Internet]. Consulté le 29 octobre 2019. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206201>
62. Sachdeva S, al. Perception of Workplace Violence in the Emergency Department. J Emerg Trauma Shock. Juillet-Septembre 2019.

63. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 juillet 2017;7(7):e016810.
64. Lo T, De Stefano L, Lu S, Marquez-Azalgara V, McKenzie K-J, Ou G, et al. Post-traumatic Stress Disorder in Resident Physicians. *Cureus*. juin 2019.
65. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians. *JAMA*. 18 septembre 2018;320(11):1131-50.
66. DGT, INRS, Anact. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. *DICOM*, édition 15-045. mai 2015, 32 p.
67. Gigonzac V, Delézir P, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. *Baromètre santé*. 2017.
68. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 mai 2005;24(5):471-9.
69. Vanier C, Sourd A, Alouache F. Le dépôt de plainte des victimes de violences sur le lieu du travail ou d'études. La note de l'ONDRP n°28 ; novembre 2018.

II. Annexe 2: Questionnaires

Données socio-professionnelles et antécédents :

Ce questionnaire reprend des informations relatives à votre statut personnel et professionnel, ainsi qu'une question concernant vos antécédents psychiatriques et addictologiques. Pour chaque question, merci de COCHER la réponse correspondante, une seule réponse possible par question. Certaines questions concernant votre âge et la durée de travail au sein du service sont à compléter.

1. Etes-vous :
 - ☐ Un homme
 - ☐ Une femme
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quel poste occupez-vous ?
 - ☐ Médecin
 - ☐ Interne
 - ☐ Infirmier
 - ☐ Cadre infirmier
 - ☐ Aide-soignant
 - ☐ Assistante sociale
 - ☐ Etudiant/externe
 - ☐ Psychologue
 - ☐ Agent médico-administratif
 - ☐ Autre. Précisez
4. Dans quelle unité travaillez-vous ?
 - ☐ Urgences
 - ☐ Gastro-entérologie
 - ☐ Médecine interne
 - ☐ Médecine polyvalente
5. Travaillez-vous dans ce service :
 - ☐ A temps plein
 - ☐ A temps partiel
6. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de ce service:
7. Avez-vous eu recours à des soins psychiatriques OU addictologiques hospitaliers ou extra hospitaliers (Centre médico psychologiques, psychiatre ou psychologue libéral, CSAPA) AVANT ces 12 derniers mois ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Mesures descriptives de la violence externe au sein du service :

Le questionnaire ci-dessous répertorie les principaux types de violences qui peuvent être rencontrés sur votre lieu de travail.

Ce questionnaire ne concerne que la violence émanant de personnes EXTERIEURES au service (patient, accompagnants) dont vous avez pu être victime ces 12 derniers mois.

Un acte de violence est défini par l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé (ONVS) comme : tout évènement, agression, parole, portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels, aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

Les faits de violence que vous pouvez avoir rencontrés seront classés par niveau de gravité selon la classification ONVS et renseignés en fonction de leur fréquence. Ils ne concernent QUE la violence par atteinte à la personne.

Pour chaque question, merci de bien vouloir COCHER oui si vous avez été victime d'un ou plusieurs des faits de violence cités, et de préciser la fréquence au cours de l'année écoulée. Plusieurs réponses sont possibles.

1. Avez-vous, au cours de l'année écoulée, été victime d'INJURES, INSULTES ou PROVOCATIONS SANS MENACES (propos outrageants à caractère sexuel ou discriminatoire)? (NIVEAU 1) :

- ☐ Oui
☐ Non

Si OUI, quelle a été la fréquence de ce type de violence au cours de l'année écoulée ?

- ☐ Au moins une fois dans l'année
☐ Au moins une fois par mois
☐ Au moins une fois par semaine

2. Avez-vous, au cours de l'année écoulée, été victime de MENACES PHYSIQUES ou MENACES DE MORT (NIVEAU 2):

- ☐ Oui
☐ Non

Si OUI, quelle a été la fréquence de ce type de violence au cours de l'année écoulée ?

- ☐ Au moins une fois dans l'année
☐ Au moins une fois par mois
☐ Au moins une fois par semaine

3. Avez-vous, au cours de l'année écoulée, été victime de MENACES AVEC ARME, VIOLENCES VOLONTAIRES (atteintes à l'intégrité physique, coups, crachats, bousculades, strangulation), AGRESSION SEXUELLE (hors viol) ? (NIVEAU 3)

- ☐ Oui
☐ Non

Si OUI, quelle a été la fréquence de ce type de violence au cours de l'année écoulée ?

- ☐ Au moins une fois dans l'année
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Au moins une fois par semaine

4. Avez-vous, au cours de l'année écoulée, été victime de VIOLENCES AVEC ARME, VIOL, SEQUESTRATION, VIOLENCES VOLONTAIRES ENTRAINANT MUTILATION OU INFIRMITÉ PERMANENTE ? (NIVEAU 4)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si OUI, quelle a été la fréquence de ce type de violence au cours de l'année écoulée ?

- ☐ Au moins une fois dans l'année
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Au moins une fois par semaine

5. Si vous êtes concernés par un des faits de violence cités dans les 4 premières questions, l'AUTEUR de ces faits de violence était-il pour la majorité :

- ☐ Un patient
- ☐ Un accompagnant
- ☐ Je ne suis concerné par aucun des faits de violence cités plus haut

Mesures médico psychologiques, sociales et juridiques mises en place suite à un fait de violence :

Le questionnaire suivant vise à évaluer les mesures médicales, psychologiques, sociales et juridiques qui peuvent être mises en place suite à un fait de violence lors de l'exercice de votre travail.

Si vous n'êtes concernés par aucun des faits de violence répertoriés dans le questionnaire descriptif de la violence au sein du service où vous travaillez, merci de vous rendre directement à la PAGE 6.

Si ce n'est pas le cas, merci de poursuivre le questionnaire comme suit.

Si vous avez été victime des faits de violence précédemment cités, quelles mesures ont été mises en place dans les suites du dernier évènement dont vous vous remémorez ? Cochez la réponse correspondante.

Mesures administratives :

1. Avez-vous signalé ce fait de violence à l'encadrement via une fiche d'évènement indésirable (FEI) ?
☐ Oui
☐ Non
2. Connaissez-vous le dispositif ONVS (Observatoire National des Violences en milieu de Santé) ?
Oui
Non
3. Si vous connaissiez ce dispositif, avez-vous signalé ce fait de violence par déclaration à l'Observatoire National de la Violence en milieu Sanitaire (ONVS) via la fiche de déclaration pour le recensement national ?
☐ Oui
☐ Non

Mesures juridiques :

4. Avez-vous effectué un dépôt de plainte ou de main courante ?
☐ Oui
☐ Non
5. Si un recours juridique a été initié (dépôt de plainte ou de main courante), a-t-il été effectué (plusieurs réponses possibles) :
☐ Seul
☐ Accompagné par l'établissement

☐ Domiciliation de la plainte à l'adresse particulière du plaignant
☐ Domiciliation de la plainte sur le lieu de travail

☐ Assistance d'un avocat par l'intermédiaire de l'établissement
☐ Avocat choisi par le plaignant
☐ Pas d'assistance d'avocat

6. Avez-vous fait appel à la cellule d'aide juridique de l'établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Mesures Médico-psychologiques :

7. Y a-t-il eu une Déclaration comme accident de travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Y a-t-il eu un Arrêt de travail dans les suites ?

- ☐ Oui (Durée estimée :)
- ☐ Non

9. Suite à l'incident, avez-vous consulté la médecine du travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Suite à l'incident, avez-vous consulté la psychologue du travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Suite à l'incident, avez-vous consulté votre médecin traitant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Suite à l'incident, avez-vous consulté un psychologue ou un psychiatre extérieur à l'établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Suite à l'incident, avez-vous bénéficié d'une prescription de psychotropes ? (anxiolytiques, hypnotiques/somnifères, traitement antidépresseur)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Mesure qualitative de la santé mentale du personnel hospitalier :

Les 6 questionnaires qui suivent, sont des questionnaires visant à évaluer votre santé mentale de la façon la plus globale possible.

Merci d'y répondre même si vous n'êtes victime d'aucun des faits de violence cités page 2.

Ils portent sur votre santé mentale générale, à savoir sur les symptômes de stress post traumatiques en lien avec le dernier phénomène de violence subi, le burnout (syndrome d'épuisement professionnel), les symptômes anxio dépressifs et sur les troubles liés au mésusage de substances (tabac, alcool, cannabis, médicaments opiacés ou psychotropes).

Avant de répondre aux questionnaires suivants, veuillez cocher la réponse correspondante :

- ☐ J'ai été victime d'un ou plusieurs des faits de violence répertoriés page 2 au cours de l'année écoulée
- ☐ Je n'ai pas été victime des faits de violence répertoriés page 2 au cours de l'année écoulée

PCL-5

Post-Traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois. Assurez-vous de baser vos réponses sur des problèmes qui sont apparus ou se sont aggravés après l'évènement.

L'évènement que vous avez vécu était _____ en _____.
(évènement) (mois/année)

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'évènement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'évènement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'évènement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'évènement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'évènement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Echelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

Ce test permet d'évaluer l'épuisement au travail, votre capacité à gérer votre relation aux autres et votre degré d'accomplissement personnel.

Pour chaque question, précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

	Jamais ↓			Chaque jour ↓		
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5

Questionnaire issu de <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995-page-249.htm>

Echelle HAD

Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Pour chaque question, entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler (une seule réponse par question).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- | | |
|-----------------------|---|
| - La plupart du temps | 3 |
| - Souvent | 2 |
| - De temps en temps | 1 |
| - Jamais | 0 |

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- | | |
|--------------------|---|
| - Oui, tout autant | 0 |
| - Pas autant | 1 |
| - Un peu seulement | 2 |
| - Presque plus | 3 |

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- | | |
|---------------------------------------|---|
| - Oui, très nettement | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 |
| - Pas du tout | 0 |

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- | | |
|---------------------------|---|
| - Autant que par le passé | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 |

5. Je me fais du souci

- | | |
|--------------------------|---|
| - Très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 |

6. Je suis de bonne humeur

- | | |
|-----------------------|---|
| - Jamais | 3 |
| - Rarement | 2 |
| - Assez souvent | 1 |
| - La plupart du temps | 0 |

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- | | |
|--------------------------|---|
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 |
| - Oui, en général | 1 |
| - Rarement | 2 |
| - Jamais | 3 |

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- | | |
|--------------------|---|
| - Presque toujours | 3 |
| - Très souvent | 2 |
| - Parfois | 1 |
| - Jamais | 0 |

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- | | |
|-----------------|---|
| - Jamais | 0 |
| - Parfois | 1 |
| - Assez souvent | 2 |
| - Très souvent | 3 |

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- | | |
|--|---|
| - Plus du tout | 3 |
| - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- | | |
|---------------------------------|---|
| - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Un peu | 2 |
| - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 |

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- | | |
|-------------------------|---|
| - Autant qu'avant | 0 |
| - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Presque jamais | 3 |

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- | | |
|-------------------------|---|
| - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 |
| - Pas très souvent | 1 |
| - Jamais | 0 |

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- | | |
|-----------------|---|
| - Souvent | 0 |
| - Parfois | 1 |
| - Rarement | 2 |
| - Très rarement | 3 |

Test Addiction à une substance

Critère DSM-5

Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...) sur une période de 12 mois. Pour chaque question, cochez la réponse qui vous correspond :

Veuillez préciser de quelle substance il s'agit :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
☐ Oui
☐ Non
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
☐ Oui
☐ Non
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
☐ Oui
☐ Non
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
☐ Oui
☐ Non
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
☐ Oui
☐ Non
6. Il existe une utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
☐ Oui
☐ Non
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
☐ Oui
☐ Non
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
☐ Oui
☐ Non
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
☐ Oui
☐ Non

10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. syndrome de sevrage du produit caractérisé
- b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Questionnaire issu de <http://test-addicto.fr/tests/drogues/dsm5.html>

Questionnaire AUDIT

Alcohol Use Disorders identification Test

Les questions suivantes sont en rapport avec votre consommation d'alcool. Pour chaque question, veuillez cocher la réponse vous correspondant (une seule réponse par question)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais

- ☐ Une fois par mois ou moins
- ☐ 2 à 4 fois par mois
- ☐ 2 à 3 fois par semaine
- ☐ Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7 ou 8
- ☐ 10 ou plus

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais

- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais

- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais

- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais

- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque 4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non

- ☐ Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
- ☐ Oui, au cours de l'année

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non

- ☐ Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
- ☐ Oui, au cours de l'année

Questionnaire issu de <http://test-addicto.fr/tests/alcool/audit.html>

ECAB

Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
1. Où que j'aile, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	☐ 1	☐ 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	☐ 1	☐ 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	☐ 1	☐ 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	☐ 1	☐ 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	☐ 1	☐ 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	☐ 1	☐ 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	☐ 0	☐ 1

Questionnaire issu de <http://test-addicto.fr/tests/drogues/benzo.html>

III. Annexe 3 : Lettre d'information

LETTRÉ D'INFORMATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS

A LA RECHERCHE BIOMÉDICALE INTITULÉE :

« Quels sont les impacts de la violence exogène à l'encontre du personnel hospitalier ? »

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de la rédaction d'une thèse de médecine qui concerne la violence sur le personnel hospitalier et les éventuelles conséquences psychiques. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude

La violence des usagers du système de soins envers le personnel hospitalier est un phénomène courant et bien décrit. Cependant, peu de données établissent les conséquences psychiques de cette violence.

Objectifs de l'étude

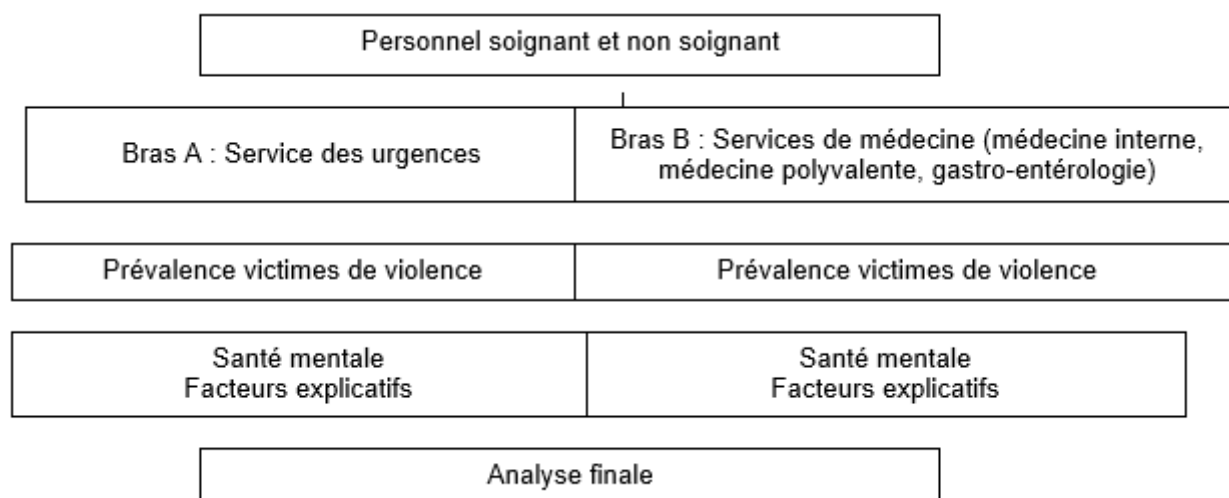
Le but de cette étude est de faire un état des lieux de la violence des usagers du système de soins sur le personnel hospitalier du Centre Hospitalier de Tourcoing et de la comparer entre des services des urgences et plusieurs services de médecine : médecine interne, médecine polyvalente, gastro-entérologie, et également de mesurer l'impact psychique et d'évaluer les mesures mises en place par l'établissement pour prévenir les conséquences sur la santé mentale du personnel.

Cette recherche a comme autres objectifs d'étudier la santé mentale du personnel (éventuels symptômes traumatiques, burnout, troubles anxio-dépressifs, mésusage de substances) entre les services et en fonction de l'exposition à la violence.

Déroulement de l'étude

L'étude se déroulera au sein de plusieurs services du Centre Hospitalier de Tourcoing : le service des urgences et les services de médecine interne, médecine polyvalente, gastro-entérologie. Elle s'adresse à tout le personnel soignant (infirmiers, médecins, aides-soignants...) et non soignant (secrétaires, brancardiers...).

Ci-dessous le schéma de l'étude :



Vous êtes invité à participer à cette étude qui sera anonyme et gratuite. Cette lettre d'information est remise à chaque participant. Vous aurez le temps de lire, de comprendre ces informations et de réfléchir à la participation à l'étude.

Votre participation consistera à répondre à une série d'auto-questionnaires **totale**ment anonymes d'une durée estimée à un peu moins d'1 heure. Ces questionnaires seront ensuite à placer dans une enveloppe fermée qui sera à déposer dans une bannette dans votre service prévue à cet effet. Un investigateur de l'étude passera régulièrement dans les services afin de récupérer les questionnaires et pour répondre à vos interrogations.

S'il y a des questions auxquelles vous ne pouvez ou préférez ne pas répondre, vous êtes tout à fait libre de choisir de ne pas répondre sans avoir à fournir de raisons et sans inconvénient.

Les données recueillies par ces auto-questionnaires concerneront :

- Vos caractéristiques socio professionnelles et antécédents médicaux
- Les phénomènes de violences externes subies au cours des 12 derniers mois
- Des éléments évaluant d'éventuels symptômes post-traumatiques, anxio-dépressifs, de burn out, d'addiction/mésusage à des substances
- Les mesures médico psychologiques, sociales et juridiques mises en place suite à un fait de violence

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès des médecins responsables : le Dr Claire-Lise Charrel par téléphone au 03 20 44 10 34 ou Mme Marion Defretin par mail : mariondefretin@yahoo.fr

Bénéfices attendus par l'étude

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure compréhension des problèmes engendrés par la violence à l'hôpital, les éventuelles conséquences psychiques sur le personnel et les mesures de prévention à mettre en place.

Législation-Confidentialité

L'absence de réponse au questionnaire de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre au questionnaire fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

La participation à cette étude s'effectuera de façon anonyme, sur la base du volontariat. Aucune donnée nominative ou indirectement nominative ne sera utilisée. Seules les personnes impliquées dans l'étude auront accès aux données recueillies.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Les résultats globaux de cette étude seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale des Hauts-de-France (contact@f2rsmpsy.fr).

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous ressentez des difficultés et/ou le besoin d'une prise en charge spécifique, voici les coordonnées auprès desquelles vous pouvez vous adresser :

Centre psychiatrique d'Accueil et d'Admissions :

Ouvert 24 h/24 Téléphone : 03 20 78 22 22

Adresse : 2 Rue Desaix, 59000 Lille

Médecine du travail :

Service santé au travail : 03 20 69 40 84

Pour des renseignements juridiques, vous pouvez vous rapprocher du Bureau des Affaires Juridiques du CH de Tourcoing. Tél : 03 20 69 42 33

Drogues info service : Téléphone : 0 800 23 13 13

AUTEUR : Nom : DEFRETIN Date de soutenance : 10/01/2020 Titre de la thèse : Quels sont les impacts de la violence exogène sur la santé mentale du personnel hospitalier ? Thèse - Médecine - Lille 2020 Cadre de classement : Psychiatrie DES + spécialité : Psychiatrie Mots-clés : violence exogène, violence, agressivité, santé mentale, troubles psychiques, risques psychosociaux, hôpital	Prénom : Marion
Résumé : Contexte : La violence des patients ou de leurs accompagnants envers le personnel hospitalier est un phénomène courant. Elle fait partie intégrante des risques psychosociaux. Les conséquences de cette violence sur la santé mentale du personnel de différentes spécialités sont rarement décrites dans la littérature médicale. L'objectif de ce travail est de comparer la prévalence de la violence exogène aux urgences et au sein de plusieurs services de médecine du centre hospitalier de Tourcoing puis de comparer la santé mentale du personnel entre les différents services et selon l'exposition à la violence. Enfin, il s'agit d'évaluer les mesures mises en place par l'établissement dans les suites d'une agression. Méthode : Une étude monocentrique, observationnelle transversale et comparative a été réalisée. L'ensemble du personnel soignant et non soignant des services d'urgence, de médecine interne, médecine polyvalente et gastro-entérologie du centre hospitalier de Tourcoing ont été inclus. Une série d'auto-questionnaires recueillant les données socio-professionnelles, les faits de violence exogène, les troubles psychiques tels que le trouble de stress post traumatique, le burn out, les troubles anxio-dépressifs et les troubles d'usage de substances ont été distribués à chaque participant. Résultats : La prévalence de la violence exogène est de 87,2 % aux urgences et de 59,1 % dans les services de médecine. La violence est significativement plus importante aux urgences pour les niveaux 1 à 3 définis par l'ONVS. Seul le personnel des urgences est exposé aux violences de niveau 4. Parmi les participants, 59,6 % du personnel des urgences et 45,5 % du personnel de médecine présentent au moins un score pathologique aux questionnaires se rapportant à leur santé mentale mais la différence n'est pas significative entre les deux groupes. Parmi les participants, 60,3 % du personnel exposé à la violence et 51,9 % du personnel non exposé à la violence présentent au moins un trouble psychique, la différence est non significative entre les deux groupes. Les mesures d'accompagnement après une agression sont peu nombreuses. Conclusion : La violence exogène est un problème d'actualité au sein des établissements hospitaliers. Les troubles psychiques dépistés chez le personnel sont importants, néanmoins il n'a pas été établi de lien significatif avec la violence. Les mesures d'accompagnement du personnel pourraient être améliorées.	
<u>Composition du Jury :</u> Président : Professeur Guillaume Vaiva Assesseurs : Professeur Eric Wiel, Docteur Ali Amad Directeur de thèse : Docteur Claire-Lise Charrel	