

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Violences exogènes à l'UHSA de Seclin et conséquences
psychopathologiques sur le personnel hospitalier**

Présentée et soutenue publiquement le 05 octobre 2022

à 17h30 au Pôle Recherche

Par Cyrille GRAS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Marion ECK

Avertissement

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

Sigles

AESP	Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique
ARS	Agence Régionale de Santé
BIT	Bureau International du Travail
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
FEI	Fiche d'Événement Indésirable
HDJ	Hôpital de jour
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPDRE	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État
TSPT	Trouble du Stress Post Traumatique
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UHSI Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD Unité pour Malades Difficiles

USLD Unités de Soins de Longue Durée

USMP Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

UTP Unités Tourquennoises de Psychiatrie

WHO *World Health Organization* (voir OMS)

Sommaire

Introduction	17
1 Définition de la violence	17
2 Violence dans le cadre du travail	18
3 Violence dans le milieu de la santé	22
4 L'organisation des soins en milieu carcéral.....	27
4.1 Généralités	27
4.2 L'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille-Seclin	31
5 Objectifs de l'étude.....	32
Matériels et Méthodes	34
1 Type d'étude.....	34
2 Lieu de l'étude	34
3 Population étudiée.....	34
4 Méthode d'observation	36
4.1 Données socio-professionnelles et antécédents.....	37
4.2 Mesures descriptives de la violence exogène.....	37
4.3 Mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place à la suite de faits de violences.....	38

4.4	Mesures de la santé du personnel hospitalier	38
4.4.1	Post-traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-V (PCL-5)	39
4.4.2	Maslach Burn Out Inventory (MBI)	39
4.4.3	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	40
4.4.4	Test d'addiction à une substance (critère DSM-5).....	40
4.4.5	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	41
4.4.6	Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB).....	42
5	Méthode d'évaluation	42
6	Analyse statistique	44
7	Autorisation du Comité de protection des personnes (CPP).....	46
	Résultats	47
1	Taux de participation	47
2	Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles	48
3	Prévalence de la violence exogène subie à l'UHSA (objectif principal)	50
4	Comparaison de la prévalence de la violence exogène subie à l'UHSA (objectif secondaire n°1)	52
4.1	En fonction des caractéristiques socio-démographiques	52
4.2	En fonction du type de profession exercée	52
4.3	Selon l'unité d'exercice.....	54
5	Santé mentale du personnel de l'UHSA (objectif secondaire n°2).....	60
5.1	Le trouble de stress post-traumatique (PCL 5)	60

5.2	Le syndrome d'épuisement professionnel ou <i>burnout</i>	60
5.3	Le trouble anxiodépressif	60
5.4	Les troubles de l'usage des substances	61
5.5	Le trouble de l'usage en alcool.....	61
5.6	Le trouble de l'usage des benzodiazépines et des apparentés	61
6	Comparaison de la santé mentale du personnel de l'UHSA (objectif secondaire n°3)	62
6.1	En fonction des caractéristiques socio-démographiques	62
6.2	En fonction du type de profession exercée	62
6.3	En fonction des unités	64
6.4	En fonction de l'exposition à la violence exogène.....	66
7	Mesures mises en place après un fait de violence exogène (objectif secondaire n°4)	68
7.1	Mesures administratives.....	68
7.2	Mesures juridiques	69
7.3	Mesures médico-psychologiques	69
8	Comparaison de la violence exogène subie à l'UHSA vs. Tourcoing (objectif secondaire n°5)	70
	Discussion	74
	Conclusion	83
	Liste des tables	84

Liste des figures	85
Références	86
Annexe 1 : Questionnaire	89
Annexe 2 : Note d'information	105

Introduction

1 Définition de la violence

Pour entamer notre réflexion, nous pouvons nous intéresser à l'étymologie du mot violence. Il vient du latin *violentia* (*vis* signifiant la force). On comprend aisément cette racine commune avec la force quand on s'intéresse à la définition de la violence. Nous pouvons nous appuyer sur celle du Larousse : « Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice » [1]. Si toute force n'est cependant pas ressentie comme une forme de violence, cela peut s'expliquer par une question de mesure et de contexte [2].

La violence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport mondial sur la violence et la santé, 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 [3].

2 Violence dans le cadre du travail

Le monde du travail est dicté par des logiques de rentabilité, d'efficacité et de productivité qui peuvent rendre l'environnement stressant pour le salarié. C'est dans ce contexte qu'émergent les notions de santé, bien-être, sécurité au travail et que sont définis les risques psychosociaux. Ces derniers sont 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 » [4].

La violence dans le monde du travail interpelle et fait partie intégrante des risques psychosociaux. Elle constitue un enjeu majeur de santé publique, ce qui est souligné depuis la quarante-neuvième assemblée mondiale de la santé de 1996 [3].

De son côté, le Bureau International du Travail (BIT) à Genève a réalisé un recueil pratique sur la violence et le stress au travail dans le secteur tertiaire. Il a retenu la définition suivante pour la violence au travail comme « 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 » [5].

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 [6].

Dans le 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 [7].

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

- La violence endogène ou interne : elle correspond aux faits de violences entre les salariés, incluant le personnel d'encadrement [5]. Il peut s'agir d'incivilités, d'agressions physiques, psychiques, de harcèlement moral ou sexuel.
- La violence exogène ou externe : elle désigne les violences exercées par des personnes extérieures à l'entreprise, notamment le grand public, les usagers ou les clients, à l'encontre des salariés [5]. 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 [8].

Il y a plusieurs formes de violences :

- 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... [6]
- 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 [6]. 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.

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 [4] :

- 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 violences externes (ou exogènes).
- 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 : ils incluent les relations entre les collègues ainsi que celles avec la hiérarchie. Les violences internes (ou endogènes) doivent être prises 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.

La présence de ces risques psychosociaux accroît la probabilité de développer certaines pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques, l'anxiété, la dépression, et peut entraîner une majoration des consommations de tabac et d'alcool. La lutte contre les risques psychosociaux constitue à ce titre un véritable enjeu de santé publique [4].

3 Violence dans le milieu de la santé

Les violences dans les lieux de soins sont fréquentes et parfois banalisées. Pour faire face à ce phénomène, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recueille depuis 2005, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence (dont les incivilités) commis en milieu de santé contre les personnes et contre les biens. Afin de prévenir ces actes de violence, l'observatoire élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques, et encourage la coordination des acteurs de terrain.

Les missions de l'ONVS sont de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements de santé. Le domaine de compétence de l'ONVS recouvre les secteurs sanitaire et médicosocial publics et privés. Il entretient des contacts étroits avec les ordres professionnels de santé.

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveaux de gravité.

Les différents niveaux d'atteintes aux personnes sont les suivants :

- Niveau 1 : injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures.
- Niveau 2 : menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux).
- Niveau 3 : violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle.
- Niveau 4 : violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : stylo, lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration, etc.).

Selon le rapport de 2020 de l'ONVS, 23 780 signalements ont été recensés en 2019, émanant de 451 établissements de santé. Ceux-ci retrouvaient 26 060 atteintes aux

personnes. Près de la moitié (49%) concernait des violences de niveau 3, 31% des violences de niveau 1, 18% des violences de niveau 2 et 2% des violences de niveau 4.

Toutes les unités ne déclaraient pas dans les mêmes proportions des faits de violences. Sur l'ensemble des signalements effectués, la psychiatrie était en tête (18% des signalements émanaient des services de psychiatrie), suivie des services des urgences (16%), puis des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD) (13%) [9].

Une étude récente menée par Marion Defretin dans le cadre de sa thèse d'exercice [10] et de son mémoire pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées de psychiatrie [11] en 2019 et en 2020 a porté sur l'estimation de la prévalence de la violence exogène subie par le personnel des urgences, des services de médecine et des services de psychiatrie de Tourcoing. Les résultats principaux de cette étude sont résumés dans l'**Encadré 1**.

Encadré 1. Résumé des travaux de Marion Defretin :

L'étude a été menée sur plus de 140 membres du personnel hospitalier et avait pour objectif d'établir la prévalence des violences exogènes subies dans plusieurs services : urgences, médecine (médecine interne, médecine polyvalente et gastro-entérologie) et psychiatrie. L'étude a eu lieu dans le département du Nord, au centre hospitalier de Tourcoing et au sein des UTP (Unités tourquennoises de psychiatrie). Elle retrouvait une prévalence de la violence exogène aux urgences de 82,7%, en médecine de 59,1% et en psychiatrie de 87,2%. La violence était significativement plus importante en psychiatrie et aux urgences par rapport au service de médecine. Le travail a été également orienté sur la santé mentale des soignants. Une association significative entre le service d'exercice et la dimension dépersonnalisation du *burnout* ($p = 0,020$) ainsi qu'avec le mésusage d'alcool ($p = 0,007$) a été mise en évidence. De plus, cette étude soulignait l'importance de faciliter les déclarations et les démarches après une agression [10,11].

Dans son rapport, l'ONVS rapporte que la psychiatrie est un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques, aux menaces et abus verbaux et aux dégradations de biens. Le plus souvent, ces atteintes sont liées à la pathologie du patient. Les auteurs précisent que les signalements pour violences exogènes émanent majoritairement des unités des secteurs de psychiatrie générale (unités d'hospitalisation à temps complet, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques), ou encore des unités pour malades difficiles (UMD). [9] Très peu de signalements proviennent des structures de psychiatrie en milieu pénitentiaire, alors qu'un niveau élevé de violences exogènes pourrait y être attendu.

Un fait de violence peut nécessiter la mise en place de mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques.

Concernant les mesures administratives, la réalisation de FEI (fiche d'événement indésirable) permet de signaler tous les évènements indésirables en lien avec le fonctionnement ou les soins prodigués dans l'établissement. Ce n'est pas spécifique aux violences. Un signalement à l'ONVS peut être réalisé avec un formulaire en ligne rempli par l'établissement de santé afin de recenser les faits d'atteintes aux personnes et aux biens.

Concernant les mesures juridiques, la victime peut effectuer un dépôt de plainte ou de main courante. Pour la réalisation de cette démarche, la victime peut éventuellement être assistée d'un avocat, celui-ci peut être mis à disposition de l'établissement. Les établissements disposent d'une cellule d'aide juridique qui peut être sollicitée.

Concernant les mesures médico-psychologiques, on retrouve les éventuelles déclarations en accident de travail avec ou sans arrêt de travail. Les victimes peuvent parfois être amenées à aller consulter le médecin du travail ou le psychologue du travail, ou mettre en place un suivi psychologique en ambulatoire avec un professionnel extérieur à l'établissement. Suite à des faits de violences, les victimes peuvent se retrouver à aller consulter leur médecin traitant qui peut prescrire un traitement psychotrope (anxiolytique, hypnotique, antidépresseur...) si cela est indiqué.

4 L'organisation des soins en milieu carcéral

4.1 Généralités

En France, le système de soins psychiatriques et non-psychiatriques en milieu carcéral a pour objectif de garantir le même niveau de soins aux personnes incarcérées qu'à la population générale. Il est organisé en 3 niveaux comme le montre la **Figure 1**.

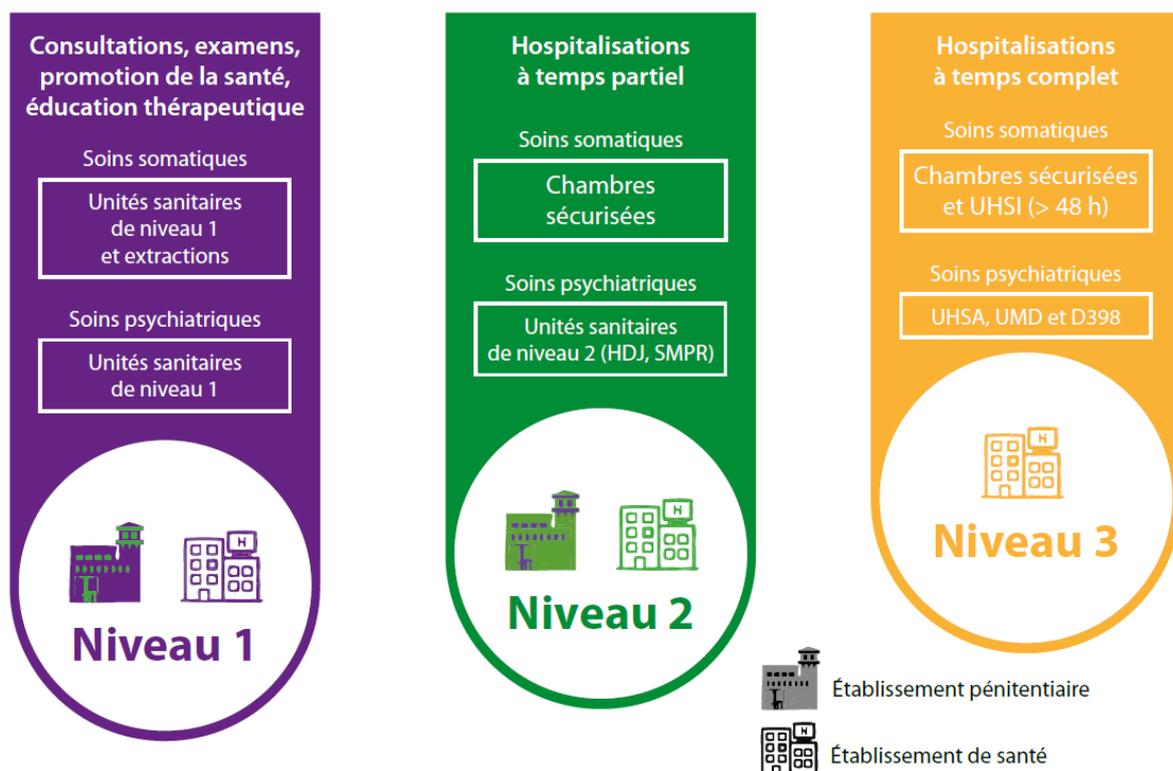


Figure 1. Les trois niveaux de soins en milieu carcéral. Extrait de [12].

Abréviations : HDJ (hôpital de jour), SMPR (Service médico-psychologique régional), UHSI (Unité hospitalière sécurisée interrégionale), UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée), UMD (Unité pour malades difficiles).

Concernant les soins psychiatriques, chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), aménagée en son sein mais rattachée à un établissement hospitalier public. Cela correspond au niveau 1, avec les soins psychiatriques ambulatoires. La prise en charge est possible uniquement sous la modalité des soins libres. Il est à noter que, contrairement au milieu extérieur, il n'y a pas de soins pénalement ordonnés ni de programme de soins ambulatoires en détention.

Le niveau 2 est défini par les services médico psychologiques régionaux (SMPR). En 2019, on comptait 26 SMPR, avec une vocation régionale pour chacun de ces services. Lorsque des hôpitaux de jour sont présents, les cellules y sont gérées par l'administration pénitentiaire et les soins sont dispensés par une équipe multidisciplinaire dépendant de l'établissement hospitalier de rattachement. Les patients sont pris en charge exclusivement en soins libres.

Enfin, le niveau 3 est constitué par les UHSA (Unité d'hospitalisation spécialement aménagée). Ce sont ces structures qui vont nous intéresser dans ce travail de thèse. En 2019, on comptait 9 UHSA dans toute la France. Ces structures permettent l'hospitalisation à temps complet des personnes détenues souffrant de troubles mentaux en soins libres, ce qui est sans précédent dans l'histoire des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France ; ou sans leur consentement, mais uniquement sous le régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Lorsqu'il n'y a plus de place dans les UHSA, la prise en charge du patient peut se faire en milieu ordinaire le plus souvent dans l'unité fermée d'un hôpital de psychiatrie générale. Il s'agit alors d'une hospitalisation sous le régime de SPDRE.

La **Figure 2** résume les orientations possibles d'une personne détenue présentant des troubles psychiatriques. Ceci est extrait du guide sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire mis en ligne par l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (l'AESP) [13].

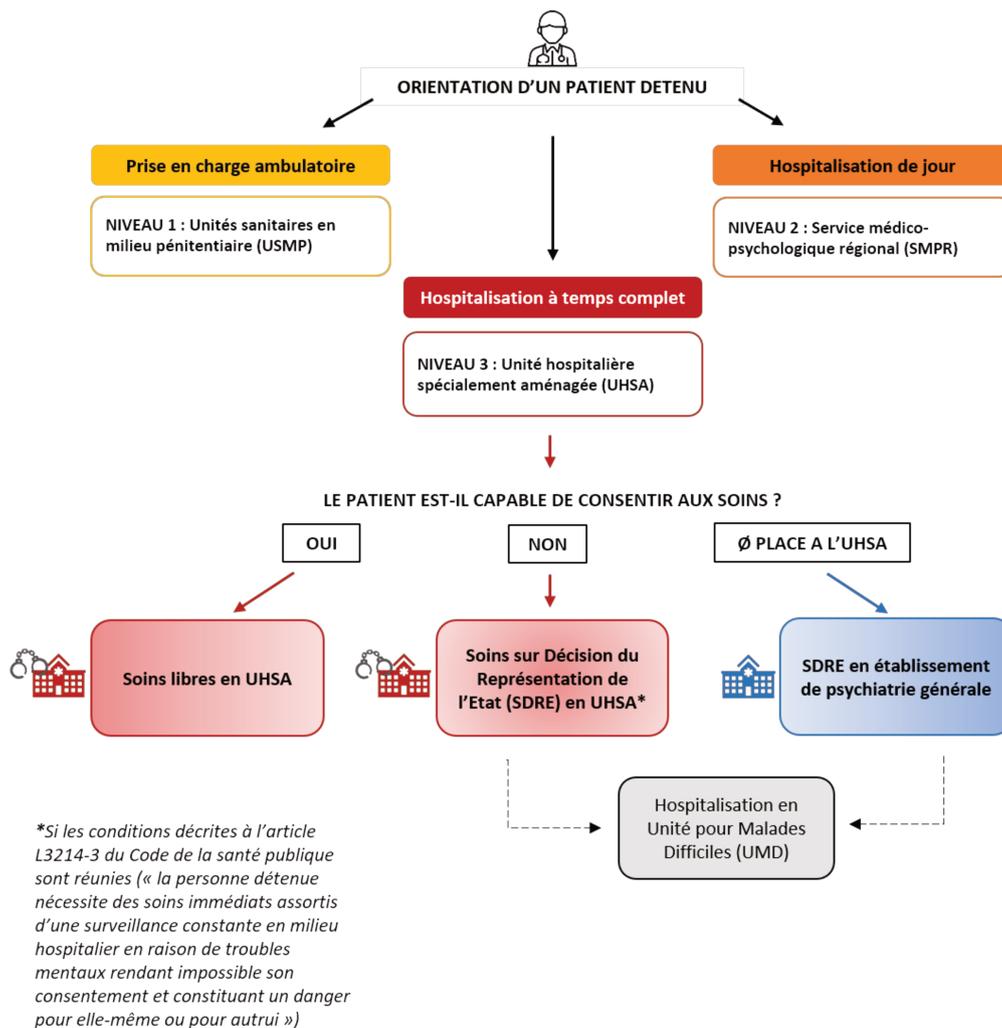


Figure 2. Orientations possibles à l'issue de l'évaluation psychiatrique d'une personne détenue. Extrait de [13]

L'organisation des soins non-psychiatriques est semblable :

- Niveau 1 : consultations au sein d'une USMP
- Niveau 2 : hospitalisations de jour au sein du centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée)
- Niveau 3 : hospitalisations à temps complet au sein du centre hospitalier public de rattachement (chambre sécurisée) pour les hospitalisations

urgentes et de courte durée ; ou dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) pour les hospitalisations plus longues ou nécessitant un plateau technique spécialisé.

4.2 L'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille-Seclin

L'UHSA de Seclin, située près de Lille, a été ouverte en 2013 et accueille les personnes détenues venant des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France, de l'Eure et de la Seine-Maritime. Actuellement, l'établissement compte 124 membres du personnel hospitalier dans son effectif.

Cette structure hospitalière dispose d'une capacité totale de 60 lits qui sont répartis dans trois unités différentes :

- L'unité « *Garance* », accueillant des hommes en soins libres, des femmes sans leur consentement, et des mineurs (18 lits) ;
- L'unité « *Majorelle* », accueillant des hommes sans leur consentement (18 lits) ;
- L'unité « *Véronèse* », accueillant des hommes en soins libres (24 lits).

5 Objectifs de l'étude

Nous avons pu voir que la lutte contre les violences dans le milieu du travail constituait un enjeu important de santé publique. Ces violences peuvent entraîner des conséquences importantes sur les victimes. Les structures de soins psychiatriques en milieu carcéral possèdent des spécificités, en raison de leur organisation et des patients qui y sont accueillis. Aucune donnée n'est disponible concernant la prévalence des violences exogènes subies par le personnel exerçant en milieu pénitentiaire. C'est ce qui a motivé la réalisation de cette étude.

L'UHSA de Seclin, dont le personnel a déjà été confronté à des violences exogènes rapportées par la presse locale [14], n'a jamais été étudié sous ce prisme. Pourtant, au regard du fait que les UHSA se situent au croisement du milieu de la santé et du milieu pénitentiaire, nous partirons de l'hypothèse que le personnel y travaillant est plus particulièrement exposé à la violence exogène, et donc plus susceptible de développer des troubles psychiques que le personnel travaillant dans d'autres services.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence de la violence exogène subie par le personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin dans les 12 mois précédant le recueil des données.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Objectif secondaire n°1 : Comparer la prévalence de la violence exogène subie selon les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, le type de profession exercée, et l'unité dans laquelle elles travaillent ;
- Objectif secondaire n° 2 : Évaluer la santé mentale du personnel (symptômes de stress post-traumatique, syndrome d'épuisement professionnel, troubles anxieux et dépressifs, troubles de l'usage de substances psychoactives) ;
- Objectif secondaire n°3 : Comparer la santé mentale du personnel hospitalier de l'UHSA selon les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, le type de profession exercée, et de l'unité dans laquelle elles travaillent d'une part, et selon l'exposition à la violence exogène d'autre part ;
- Objectif secondaire n°4 : Estimer les mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place à la suite d'un fait de violence ;
- Objectif secondaire n°5 : Comparer la prévalence de la violence exogène subie par le personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin à celle obtenue dans l'étude de Marion Defretin, auprès du personnel des urgences, des services de médecine et des services de psychiatrie exerçant au sein du Centre hospitalier de Tourcoing et des Unités Tourquennoises de Psychiatrie (UTP) (cf. **Encadré 1**).

Matériels et Méthodes

1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, transversale et monocentrique.

2 Lieu de l'étude

Le lieu d'étude était l'UHSA de Seclin, située dans la région des Hauts-de-France près de Lille.

3 Population étudiée

La population ciblée par cette étude était l'ensemble du personnel hospitalier exerçant au sein de l'UHSA de Seclin :

- Le personnel soignant : médecins (n = 6), internes (n = 9), infirmiers (n = 50), aides-soignants (n = 38) et psychologues (n = 2) ;
- Le personnel non soignant : secrétaires (n = 3), cadres de santé (n = 3), agents de services hospitaliers (n = 10), assistant social (n = 1), art-thérapeute (n = 1) et éducateur sportif (n = 1).

Les participants devaient être âgés de plus de 18 ans et être assuré social.

Les personnes sous mesure de protection de justice (tutelle ou curatelle) et celles incapables de recevoir une information éclairée ou incapables de participer à la totalité de l'étude n'étaient pas incluses.

La taille de l'échantillon était de 124 personnes, soit l'ensemble du personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin.

La durée de recrutement des participants a été de 3 mois, d'octobre 2021 à décembre 2021.

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat, après une information collective orale réalisée au sein de chaque unité de l'UHSA. En plus de cette information orale, une lettre d'information individuelle a été remise à tous les membres du personnel.

4 Méthode d'observation

Les données ont été recueillies par le biais d'un auto-questionnaire, quasiment identique à celui utilisé dans le travail de Marion Defretin. [10]

L'auto-questionnaire, disponible en **Annexe**, comprenait 4 volets :

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

Le temps de remplissage du questionnaire était de vingt-cinq minutes environ.

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.

4.1 Données socio-professionnelles et antécédents

Cette première partie du questionnaire nous a permis de récupérer des données sociodémographiques afin de pouvoir caractériser la population étudiée. Il comportait huit questions sur le sexe, l'âge, l'unité et le poste occupé par le participant, le travail à temps plein ou partiel, le travail de jour ou de nuit, l'ancienneté dans le service et le recours aux soins psychiatriques ou addictologiques antérieurs aux douze derniers mois.

4.2 Mesures descriptives de la violence exogène

Cette deuxième partie questionnaire, dérivée de la fiche de signalement des faits de violence mise en place par l'ONVS [9], répertoriait des données sur les violences externes dont le personnel a pu avoir été victime au cours des douze derniers mois :

- Le type de violence tel que défini par l'ONVS :
 - 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, strangulation), agressions sexuelles (hors viol)
 - Niveau 4 : Violences avec armes, viol, séquestration, violences volontaires entraînant une mutilation ou infirmité permanente.
- La fréquence d'exposition au cours de l'année écoulée
- L'auteur majoritaire (patient ou accompagnant).

4.3 Mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place à la suite de faits de violences

Cette troisième partie du questionnaire s'adressait uniquement au personnel ayant été victime de violence exogène au cours des douze derniers mois et visait à répertorier l'accompagnement des victimes de violences. Il comportait 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, domiciliation de la plainte, assistance d'un avocat, recours à la cellule juridique de l'établissement ;
- 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 prescription de psychotropes.

4.4 Mesures de la santé du personnel hospitalier

Pour évaluer la santé mentale des participants, des échelles d'évaluation en santé mentale validées, en français, et aux propriétés psychométriques reconnues pour les symptômes de stress post-traumatiques, le syndrome d'épuisement professionnels, les troubles anxieux et dépressifs, ainsi que les troubles de l'usage de substances psychoactives ont été remis aux participants.

4.4.1 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 (TSPT). 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-5) par l'*American Psychiatric Association* en 2013. 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 évènement 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.

4.4.2 Maslach Burn Out Inventory (MBI)

Le *Maslach Burn Out Inventory (MBI)* a été publié pour la première fois en 1981 par Maslach C et Jackson SE [15]. 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 professionnel (SEP, 9 items), la dépersonnalisation, la perte d'empathie et la déshumanisation (DP, 5 items), et l'accomplissement personnel au travail (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 SEP (score supérieur ou égal à 30) ou dans la catégorie DP (score supérieur ou égal à 12) ou un score faible dans la catégorie SAP (score inférieur ou égal à 33), indiquent la présence d'un *burnout*. Un score de sévérité existe : Le degré de *burnout* est dit faible si une seule dimension est atteinte, moyen si deux dimensions sont atteintes, élevé ou sévère si les 3 dimensions sont pathologiques.

4.4.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)* une échelle permettant de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle a été élaborée par Zigmond A.S. et Snaith R.P. en 1983. [16] Une seule version existe et comprend 14 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.

4.4.4 Test d'addiction à une substance (critère DSM-5)

Cette échelle est issue de et de la 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'*American Psychiatric Association* (DSM-5, 2013). Les questions de ce test reprennent les critères d'addiction à une substance, consommées au cours des douze derniers mois (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne, etc.). Le test

comprend douze questions sur l'utilisation répétée d'un produit, les conséquences dans la vie quotidienne induites par cette consommation, les notions de tolérance, de *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.

4.4.5 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* est un test permettant le repérage des consommations d'alcool problématiques. Il a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec des centres de médecine de premier recours de différents pays. La première version date de 1989. [17] 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 portent sur les consommations durant la vie entière. Les questions 1 à 3 mesurent les consommations d'alcool, 4 à 6 les comportements liés à ces consommations, et 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 7 ou plus pour l'homme et de 6 ou plus pour la femme indiquent une consommation excessive probable et un risque de nocivité. Un score supérieur à 12 est en faveur d'une dépendance.

4.4.6 Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)

L'Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB) 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 s'il coche « faux ». La question 10 est cotée 1 si le participant coche « faux », 0 s'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 %.

[18]

5 Méthode d'évaluation

Le critère d'évaluation principal était la présence de violences exogènes subies au cours des 12 derniers mois, évaluée dans la deuxième partie de l'auto-questionnaire (voir partie IV.B Mesures descriptives de la violence exogène et voir **Annexe**).

Les critères d'évaluation permettant de répondre aux objectifs secondaires n°2 et 3 sont la prévalence des troubles suivants, obtenue par la passation des échelles d'évaluation en santé mentale suivantes :

- *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)*

- *Maslach Burnout Inventory* dans sa version adaptée aux professionnels de santé
- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*
- *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*
- Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB)
- Test d'addiction à une substance selon le DSM-5

Pour répondre aux objectifs secondaires n°1 et 3, les variables suivantes ont été recueillies, pour chaque participant :

- Caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe) ;
- Profession exercée ;
- Unité dans laquelle le participant exerce.

Pour répondre à l'objectif n°4, des données en lien avec les mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place à la suite d'un fait de violences ont été recueillies via l'auto-questionnaire.

Pour répondre à l'objectif secondaire n°5, nous avons utilisé les données issues de l'étude menée par Marion Defretin et dont le protocole a été validé par le Comité de protection des personnes le 17/12/2018 (numéro ID-RCB 2018-A01585-50).

6 Analyse statistique

Les données ont été saisies au fur et à mesure de la récupération des questionnaires sur un tableur Excel.

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons calculé la prévalence de la violence exogène subie par le personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin dans les 12 derniers mois, en décrivant chaque sous-type de violence.

Afin de répondre aux objectifs secondaires, nous avons réalisé :

- Objectif secondaire 1 : Des tests bivariés (Chi-2 ou Fisher) pour comparer la prévalence de la violence exogène subie en fonction de la classe d'âge et du sexe, du type de profession et d'unité ;
- Objectif secondaire 2 : Une description des scores PCL-5, MBI, HAD, AUDIT, ECAB, et le score au test d'addiction en présentant leur moyenne et leur écart-type (ou leur médiane et leur intervalle interquartile en cas de distribution non normale) pour décrire la santé mentale des participants ;
- Objectif secondaire n°3 : Des tests bivariés (Student ou Wilcoxon) afin de comparer les scores moyens en fonction des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe), du type de profession, du type d'unité et en fonction d'une exposition à la violence ;

- Objectif secondaire n°4 : Une description des mesures médico-psychologiques, sociales et juridiques mises en place à la suite d'un fait de violence (pour les membres du personnel de l'UHSA de Seclin ayant été victimes de violences exogènes dans les 12 derniers mois) en donnant les effectifs et pourcentages par mesure.
- Objectif secondaire n°5 : Un test bivarié (Chi-2 ou Fisher) pour comparer la prévalence de la violence exogène subie par le personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin à celle obtenue auprès du personnel des Unités Tourquennoises de Psychiatrie (UTP) et des services du centre hospitalier de Tourcoing (résultats tirés d'une étude précédente) ;

Le logiciel utilisé était R 3.6.1.

L'ensemble des tests étaient bilatéraux au risque 5%.

Une correction de Bonferroni a été appliquée pour tenir compte de la multiplicité des tests.

7 Autorisation du Comité de protection des personnes (CPP)

Conformément au Code de la santé publique, le protocole d'étude a été transmis au Comité de protection des personnes (CPP) et a obtenu un avis favorable avant le début de la recherche en date du 27/09/2021. Il a été identifié par le numéro 2021-A01400-41 / SI : 21.00293.000006.

Résultats

1 Taux de participation

Soixante questionnaires ont été recueillis, soit un taux de participation de 48,4%.

Le taux de participation par profession était le suivant :

- Infirmier : 50%
- Aide-soignant : 34,2%
- Médecin sénior : 100%
- Interne : 66,6%
- Agent de service hospitalier : 100%
- Cadre : 100%
- Éducateur sportif : 100%
- Étudiante infirmière : 100%
- Art thérapeute : 100%
- Socio-esthéticienne : 100%

Secrétaires, psychologues et assistante de service social n'ont pas participé à l'étude.

2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

Le **Tableau 1** reprend l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des personnes interrogées.

		N	60
Données sociodémographiques			
Sexe, n (%)			
	Homme	37	(61.7)
	Femme	23	(38.3)
Age, m (sd)			
		34.5	(8.5)
Poste occupé, n (%)			
	Infirmier	25	(41.7)
	Aide soignant	13	(21.7)
	Médecin sénior	6	(10.0)
	Interne	6	(10.0)
	ASH	3	(5.0)
	Cadre	3	(5.0)
	Educateur sportif	1	(1.7)
	Etudiant IDE	1	(1.7)
	Art thérapeute	1	(1.7)
	Socio-esthéticienne	1	(1.7)
Antécédents psychiatriques, n (%)			
	Non	55	(91.7)
	Oui	2	(3.3)
	NA	3	(5.0)
Conditions de travail			
Unité de travail, n (%)			
<i>Plusieurs réponses possibles</i>			
	Majorelle	31	(51.7)
	Véronèse	30	(50.0)
	Garance	19	(31.7)
Temps de travail, n (%)			
	Temps plein	51	(85.0)
	Temps partiel	7	(11.7)
	NA	2	(3.3)
Horaires de travail, n (%)			
	De jour	48	(80.0)
	De nuit	6	(10.0)
	Les deux	4	(6.7)
	NA	2	(3.3)
Ancienneté, m (sd)			
		4.1	(3.2)
Ancienneté par classes, n (%)			
	≤ 1 an	17	(28.3)
] 1 et 3 ans]	12	(20.0)
] 3 et 5 ans]	8	(13.3)
] 5 et 8 ans]	15	(25.0)
	> 8 ans	6	(10.0)
	NA	2	(3.3)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles et conditions de travail. A noter que certains membres du personnel travaillent dans plusieurs unités, ils ont donc été comptabilisés une fois dans chaque unité.

3 Prévalence de la violence exogène subie à l'UHSA (objectif principal)

La prévalence des participants ayant subi des violences exogènes tous niveaux confondus, au cours des douze derniers mois, était de 80% (n = 48).

Le **Tableau 2** résume la prévalence avec les niveaux et la fréquence de la violence exogène.

Violence exogène		
Victime de violences, n (%)		
	Oui	48 (80.0)
	Non	12 (20.0)
Remarque : les données ci-dessous concernent exclusivement les 48 professionnels ayant été victimes de violence		
Violences de niveau 1, n (%)		
	Oui	46 (95.8)
	Non	2 (4.2)
Fréquence des violences de niveau 1, n (%)		
	Au moins 1x/année	16 (33.3)
	Au moins 1x/mois	21 (43.8)
	Au moins 1x/semaine	9 (18.8)
	Non concerné	2 (4.2)
Violences de niveau 2, n (%)		
	Oui	32 (66.7)
	Non	16 (33.3)
Fréquence des violences de niveau 2, n (%)		
	Au moins 1x/année	18 (37.5)
	Au moins 1x/mois	12 (25.0)
	Au moins 1x/semaine	2 (4.2)
	Non concerné	16 (33.3)
Violences de niveau 3, n (%)		
	Oui	15 (31.2)
	Non	31 (64.6)
	NA	2 (4.2)
Fréquence des violences de niveau 3, n (%)		
	Au moins 1x/année	14 (29.2)
	Au moins 1x/mois	1 (2.1)
	Non concerné	31 (64.6)
	NA	2 (4.2)
Violences de niveau 4, n (%)		
	Non	46 (95.8)
	NA	2 (4.2)

Tableau 2 : Prévalence de la violence exogène à l'UHSA, fréquences et niveaux de violence. A noter que les données concernant le niveau de violence et la fréquence ne concernent que les professionnels victimes de violence au cours des 12 derniers mois.

4 Comparaison de la prévalence de la violence exogène subie à l'UHSA (objectif secondaire n°1)

4.1 En fonction des caractéristiques socio-démographiques

Parmi les participants, des violences ont été subies par 78,3% (n = 18) des femmes, et chez 81,1% d'hommes (n = 30).

On ne retrouve pas de différence significative selon le genre des soignants (p = 1).

4.2 En fonction du type de profession exercée

Les différentes professions sont plus ou moins exposées aux violences.

La **Figure 3** reprend les données de prévalence de la violence exogène subie selon la profession : infirmiers, aides-soignants, médecins, et personnels inclus dans la catégorie « autre profession » (ASH, cadre de santé, éducateur sportif, art-thérapeute, socio-esthéticienne).

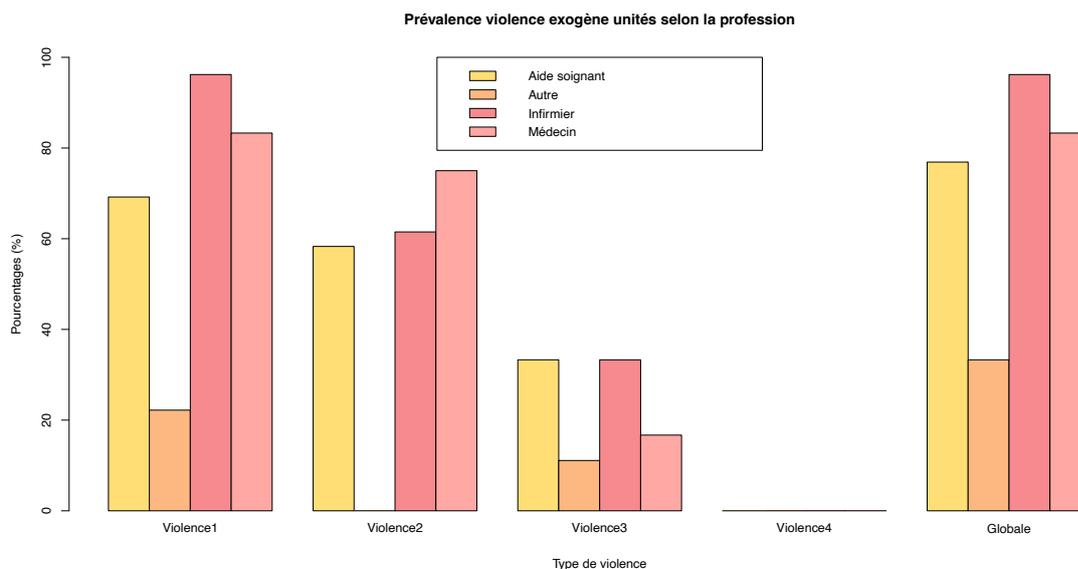


Figure 3 : Prévalence de la violence exogène à l'UHSA selon la profession.

Sur la totalité des infirmiers ($n = 26$ en comptant l'étudiant), 25 (96,2%) rapportent au moins un fait de violence subi au cours des 12 derniers mois : 25 infirmiers ont déclaré avoir subi des violences de niveau 1 (96,2% de l'échantillon des infirmiers), 16 des violences de niveau 2 (61,5%) et 8 des violences de niveau 3 (30,8%).

Dix des 13 aides-soignants interrogés (76,9%) ont déclaré avoir subi des violences au cours de l'année : 9 aides-soignants ont déclaré avoir subi des violences de niveau 1 (69,2% de l'échantillon des aides-soignants), 7 des violences de niveau 2 (53,8%), et 4 des violences de niveau 3 (30,8%).

La catégorie des médecins regroupe les médecins séniors et les internes. Parmi les médecins ayant participé à l'étude ($n = 12$), 10 (83,3%) ont rapporté avoir été victimes de violences : 10 médecins ont déclaré avoir subi des violences de niveau 1 (83,3% de l'échantillon des médecins), 9 des violences de niveau 2 (75%), et 2 des violences de niveau 3 (16,7%).

Trois des 9 personnes de la catégorie « autres professions » interrogées (ASH, cadre de santé, éducateur sportif, art thérapeute et socio-esthéticienne) ont rapporté avoir subi des violences (33,3%). Deux personnes ont déclaré avoir subi des violences de niveau 1 (22,2%) et 1 personne de violences de niveau 3 (11,1%).

4.3 Selon l'unité d'exercice

La **Figure 4** résume la prévalence de la violence exogène en fonction du niveau et de l'unité dans laquelle travaillent les personnes interrogées : unités « Garance », unité « Majorelle », ou unité « Véronèse ».

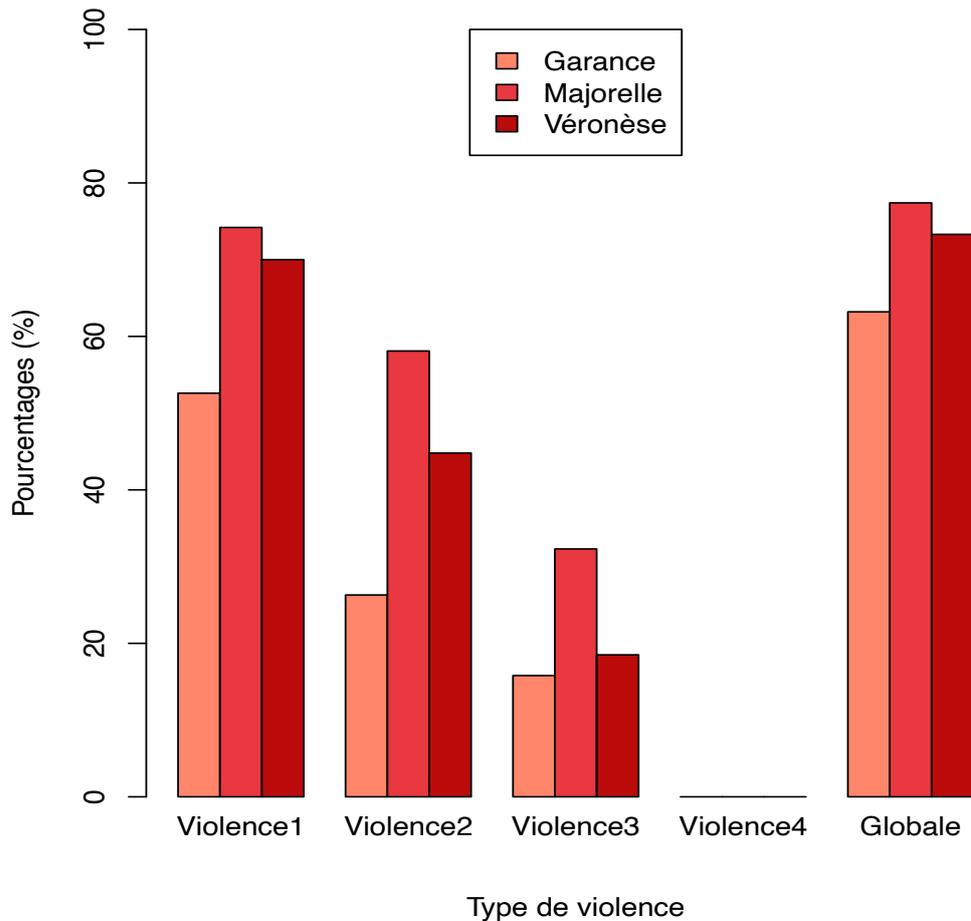


Figure 4 : Prévalence des violences exogènes selon les unités.

La prévalence de violence globale était dans l'unité « Garance » de 63,2% (n = 12), dans l'unité « Majorelle » de 77,4% (n = 24) et dans l'unité « Véronèse » de 73,3% (n = 22). Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les unités (p = 0,544). Concernant le niveau de violence, les violences de niveau 1 étaient présentes chez 52,6% (n = 10) du personnel interrogé travaillant au sein de l'unité « Garance », chez 74,2% (n = 23) de ceux de « Majorelle » et chez 70% (n = 21) de ceux de « Véronèse », sans différence significative entre les trois unités (p = 0,268). On retrouvait une prévalence de violences de niveau 2 chez 26,3% (n = 5) du personnel de « Garance », 58,1% (n = 18) de « Majorelle » et 44,8% (n = 13) de « Véronèse », sans différence significative entre les trois unités (p = 0,091). Pour les violences de niveau 3, on notait une prévalence de 15,8% (n = 3) à « Garance », 32,3% (n = 10) à « Majorelle » et 18,5% (n = 5) à « Véronèse », là encore sans différence significative entre les trois unités (p = 0,382).

Les **Figure 5, 6 et 7** reprennent respectivement la fréquence des violences de niveau 1, 2 et 3 dans les trois unités de l'UHSA.

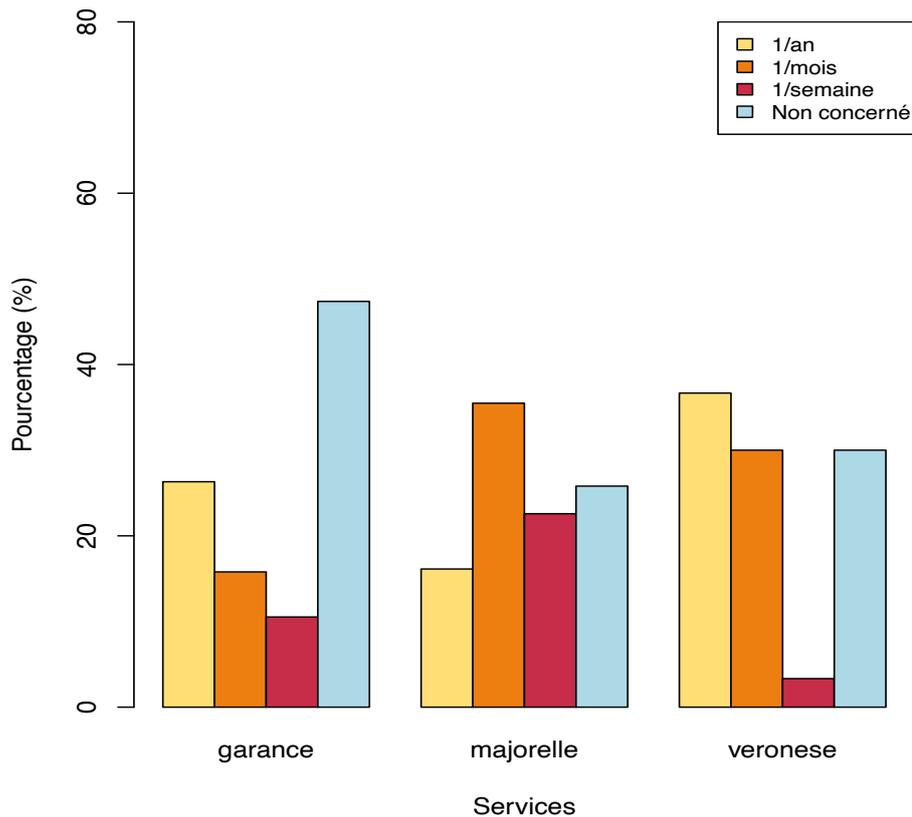


Figure 5 : Fréquences des violences de niveau 1.

Au sein de l'unité « Garance », on retrouvait des violences de niveau 1 au moins une fois par an chez 26,3% (n=5) des participants, au moins une fois par mois chez 15,8% (n =3) et au moins une fois par semaine chez 10,5% (n = 2). Neuf participants (47,4%) n'étaient pas concernés par ces violences. Au sein de l'unité « Majorelle », on retrouvait une fréquence d'au moins une fois par an chez 16,1% (n = 5) des soignants, d'au moins une fois par mois chez 35,5% (n = 11), et d'au moins une fois par semaine chez 22,6% (n = 7). Huit participants (25,8%) n'étaient pas concernés par ces violences. Au sein de l'unité « Véronèse », les soignants rapportaient des violences de niveau 1 au moins une fois par an dans 36,7% des cas (n = 11), au moins une fois par mois dans 30% des cas (n = 30) et au moins une fois par semaine 3,33% des cas (n = 1). Neuf participants (30%) n'étaient pas concernés par de niveau de violence.

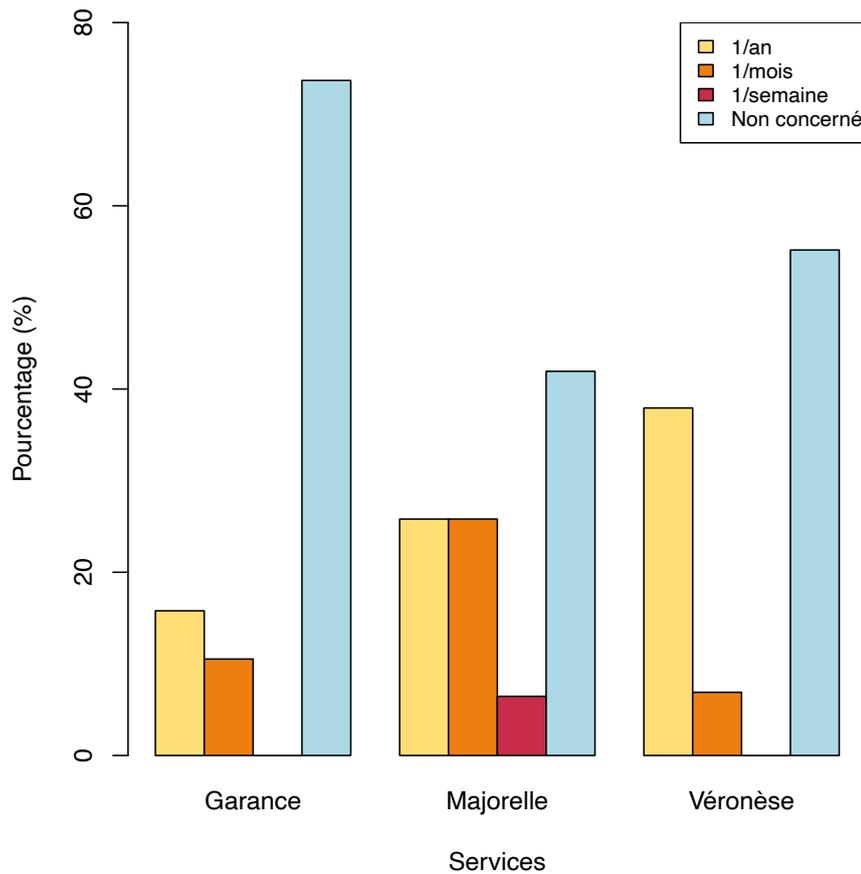


Figure 6 : Fréquence des violences de niveau 2.

Au sein de l'unité « Garance », des violences de niveau 2 étaient retrouvées au moins une fois par an chez 15,8% (n = 3) et au moins une fois par mois chez 10,5% (n = 2) des participants.

Quatorze participants (73,7%) n'étaient pas concernés par ce niveau de violence.

Au sein de l'unité « Majorelle », on retrouvait une fréquence d'au moins une fois par an chez 25,8% (n = 8), d'au moins une fois par mois chez 25,8% (n = 8), et d'au moins une fois par semaine chez 6,5% (n = 2) des participants. Ces violences ne concernaient pas 41,9% (n = 13) des soignants travaillant au sein de cette unité.

Au sein de l'unité « Véronèse », on retrouvait ce niveau de violence au moins une fois par an chez 37,9% (n = 11) et au moins une fois par mois chez 6,9% (n = 2) des participants. Ces violences ne concernaient pas 55,2% des participants (n = 16).

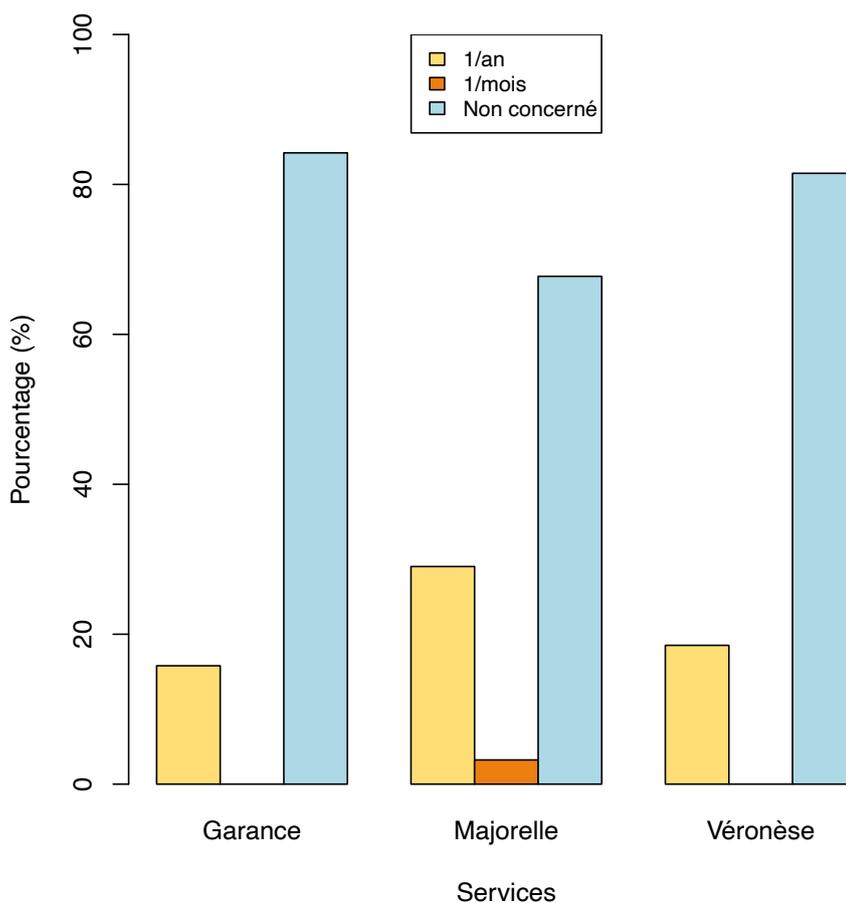


Figure 7 : Fréquence des violences de niveau 3.

Au sein de l'unité « Garance », 15,8% (n = 3) rapportaient un épisode de violences au moins une fois par an. Seize participants de cette unité (84,2%) n'étaient pas concernés par ce niveau de violence.

Au sein de l'unité « Majorelle », les violences de niveau 3 étaient rapportées au moins une fois par an dans 29% des cas (n = 9) et au moins une fois par mois dans 3,2% des cas (n = 1). Ces violences ne concernaient pas 67,8% (n = 21) des participants.

Au sein de l'unité « Véronèse », les violences de niveau 3 touchaient 18,5% des participants (n = 5) au moins une fois par an. Le reste des participants (n = 22 ; 81,5%) n'étaient pas concernés par ce niveau de violence.

5 Santé mentale du personnel de l'UHSA (objectif secondaire n°2)

5.1 Le trouble de stress post-traumatique (PCL 5)

Le score PCL-5 n'était pathologique chez aucune des personnes ayant répondu (n = 52).

5.2 Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Le score d'épuisement professionnel était pathologique chez 3,4% (n = 2) des participants, le score de dépersonnalisation chez 16,9% (n = 10) des participants, et le score d'accomplissement personnel chez 52,5% (n = 31) des participants.

Au total, l'échelle MBI révélait que 54,2% (n = 32) des membres du personnel ayant participé à l'étude présentait un *burnout*.

5.3 Le trouble anxiodépressif

Concernant la dépression, on retrouvait des symptômes douteux chez 3,6% (n = 2) et certains chez 3,6% (n=2) des participants.

Concernant l'anxiété, la symptomatologie était douteuse chez 9,1% (n = 5) et avérée chez 9,1% (n = 5) des participants.

5.4 Les troubles de l'usage des substances

On retrouvait une addiction légère chez 8,3% (n = 4), une addiction modérée chez 2,1% (n = 1) et une addiction sévère chez 8,3% (n = 4) des participants.

5.5 Le trouble de l'usage en alcool

Lors de cette étude, nous avons retrouvé un score pathologique chez 17,3% (n = 9) des participants.

5.6 Le trouble de l'usage des benzodiazépines et des apparentés

Aucun répondant n'a présenté de score pathologique à l'Échelle d'attachement aux benzodiazépines (ECAB).

6 Comparaison de la santé mentale du personnel de l'UHSA (objectif secondaire n°3)

6.1 En fonction des caractéristiques socio-démographiques

On ne retrouve pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant les différentes échelles d'évaluation.

6.2 En fonction du type de profession exercée

Le score MBI retrouvait un *burnout* chez 54,2% des personnes ayant répondu. Ce score est pathologique surtout chez les aides-soignants avec 91,7% (n = 11). La composante la plus atteinte était celle de l'accomplissement personnel. La différence entre les professions était significative pour ce score.

Sur le plan addictologique, le score DSM 5 retrouvait un score pathologique chez 18,8% (n = 9) et l'AUDIT un score pathologique chez 17,3% (n = 9) des participants, sans différence significative entre les professions.

Le score HAD retrouvait un score pathologique en faveur d'un trouble anxieux chez 9,1% (n = 5) avec une symptomatologie douteuse et chez 9,1% (n = 5) avec une symptomatologie certaine. Le score HAD retrouvait un score pathologique en faveur d'un trouble dépressif chez 3,6% (n = 2) avec une symptomatologie douteuse et chez 3,6% (n = 2) avec une symptomatologie certaine. On ne retrouvait pas de différence significative entre les professions.

Les scores PCL-5 et ECAB ne retrouvaient pas d'argument en faveur d'une pathologie.

Le **Tableau 3** et la **Figure 8** résume les différents scores pathologiques selon la profession exercée.

	Aide soignant	Autre	Infirmier	Médecin	Total	<i>p</i>
Effectif	13	9	26	12	60	
PCL5 (n(%)) <i>sur les 52 ayant répondu</i>						-
Pathologique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
MBI SEP (n (%)) <i>sur les 59 ayant répondu</i>						1
Pathologique	0 (0)	0 (0)	2 (7.7)	0 (0)	2 (3.4)	
MBI SD (n (%)) <i>sur les 59 ayant répondu</i>						0.310
Pathologique	2 (16.7)	0 (0)	7 (26.9)	1 (8.3)	10 (16.9)	
MBI SAP (n (%)) <i>sur les 59 ayant répondu</i>						0.013*
Pathologique	11 (91.7)	5 (55.6)	11 (42.3)	4 (33.3)	31 (52.5)	
Burn out (n (%)) <i>sur les 59 ayant répondu</i>						0.018*
Oui	11 (91.7)	5 (55.6)	12 (46.2)	4 (33.3)	32 (54.2)	
HAD TA (n (%)) <i>sur les 55 ayant répondu</i>						0.909
Symptologie certaine	0 (0)	1 (12.5)	3 (13.0)	1 (8.3)	5 (9.1)	
Symptologie douteuse	1 (8.3)	0 (0)	3 (13.0)	1 (8.3)	5 (9.1)	
HAD TD (n (%)) <i>sur les 55 ayant répondu</i>						0.378
Symptologie certaine	0 (0)	0 (0)	2 (8.7)	0 (0)	2 (3.6)	
Symptologie douteuse	1 (8.3)	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)	2 (3.6)	
DSM5 (n (%)) <i>sur les 48 ayant répondu</i>						0.424
Addiction	3 (33.3)	0 (0)	4 (20.0)	2 (18.0)	9 (18.8)	
AUDIT (n (%)) <i>sur les 52 ayant répondu</i>						0.451
Pathologique	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (9.5)	2 (16.7)	9 (17.3)	
ECAB (n (%)) <i>sur les 26 ayant répondu</i>						-
Pathologique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Tableau 3 : Détail des scores d'évaluation de la santé mentale en fonction de la profession exercée.

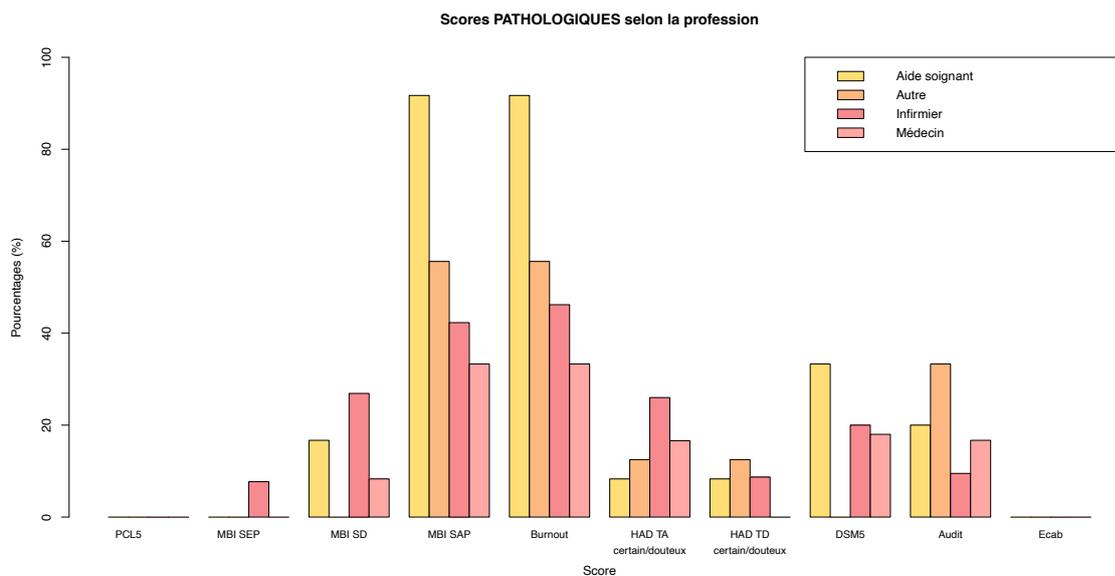


Figure 8 : Scores pathologiques selon la profession exercée.

6.3 En fonction des unités

Le score MBI retrouvait un score pathologique chez 54,4% (n = 43) des participants. Il était pathologique chez 63,2% (n = 12) dans l'unité Garance, 62,1% (n = 18) dans l'unité Véronèse et chez 41,9% (n = 13) dans l'unité Majorelle. On ne retrouvait pas de différence significative entre les unités.

Sur l'ensemble des scores, on ne retrouvait pas de différence significative entre les unités.

Le **Tableau 4** et la **Figure 9** résument les différents scores pathologiques selon les unités.

	Unité Garance	Unité Majorelle	Unité Véronèse	Total	<i>p</i>
Effectif	19	31	30	80	
PCL5 (n(%)) <i>sur les 66 ayant répondu</i>					-
Pathologique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
MBI SEP (n (%)) <i>sur les 79 ayant répondu</i>					0.708
Pathologique	1 (5.3)	1 (3.2)	0 (0)	2 (2.5)	
MBI SD (n (%)) <i>sur les 79 ayant répondu</i>					0.432
Pathologique	3 (15.8)	2 (6.5)	5 (17.2)	10 (12.7)	
MBI SAP (n (%)) <i>sur les 79 ayant répondu</i>					0.264
Pathologique	11 (57.9)	13 (41.9)	18 (62.1)	42 (53.2)	
Burn out (n (%)) <i>sur les 79 ayant répondu</i>					0.200
Oui	12 (63.2)	13 (41.9)	18 (62.1)	43 (54.4)	
HAD TA (n (%)) <i>sur les 73 ayant répondu</i>					0.260
Symptologie certaine	3 (16.7)	3 (10.0)	1 (4.0)	7 (9.6)	
Symptologie douteuse	0 (0)	5 (16.7)	2 (8.0)	7 (9.6)	
HAD TD (n (%)) <i>sur les 73 ayant répondu</i>					0.921
Symptologie certaine	1 (5.6)	1 (3.3)	0 (0)	2 (2.7)	
Symptologie douteuse	1 (5.6)	2 (6.7)	2 (8.0)	5 (6.8)	
DSM5 (n (%)) <i>sur les 65 ayant répondu</i>					0.417
Addiction légère	0 (0)	1 (3.7)	3 (13.0)	4 (6.2)	
Addiction modérée	0 (0)	0 (0)	1 (4.3)	1 (1.5)	
Addiction sévère	0 (0)	2 (7.4)	2 (8.7)	4 (6.2)	
AUDIT (n (%)) <i>sur les 72 ayant répondu</i>					0.758
Pathologique	4 (22.2)	5 (16.7)	6 (25.0)	15 (20.8)	
ECAB (n (%)) <i>sur les 31 ayant répondu</i>					-
Pathologique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Tableau 4 : Détails des scores d'évaluation de la santé mentale du personnel soignant selon les unités

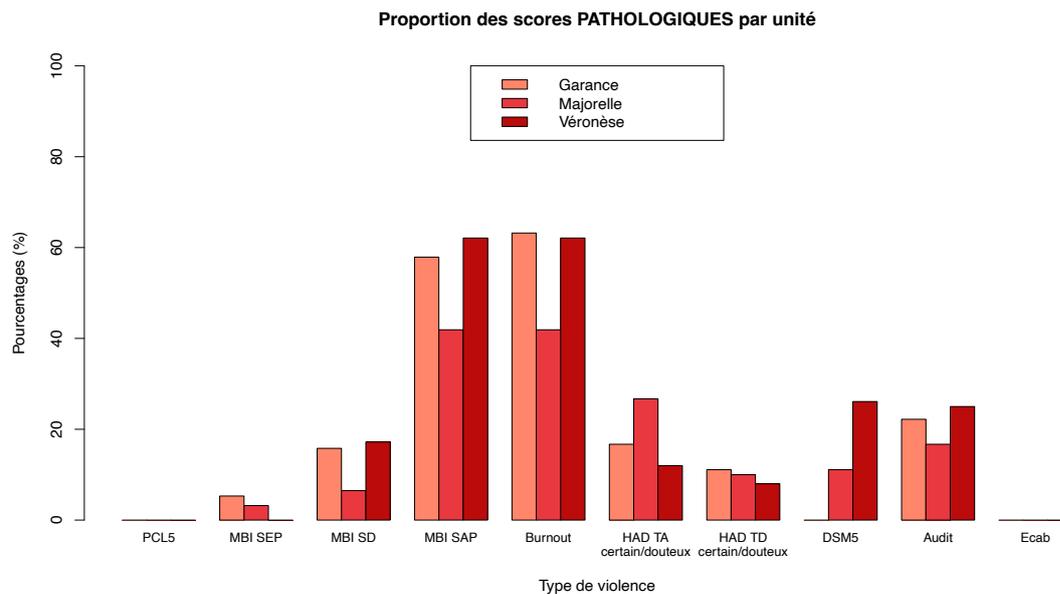


Figure 9 : Scores pathologiques selon les unités.

6.4 En fonction de l'exposition à la violence exogène

La **Figure 10** résume les scores pathologiques selon l'exposition à la violence.

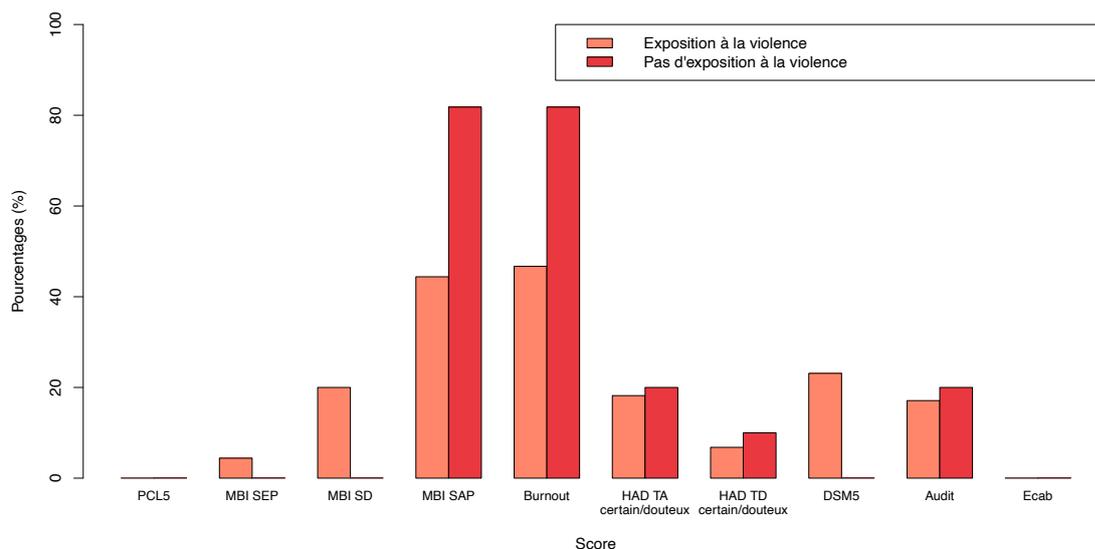


Figure 10 : Scores aux échelles d'évaluation de la santé mentale selon l'exposition à la violence.

Burnout (échelle MBI). Le score MBI-SEP (épuisement professionnel) était pathologique chez 4,4% ($n = 2$) des exposés, et chez aucun des non-exposés, sans différence significative ($p = 1$). Le score MBI-SD (dépersonnalisation) était pathologique chez 20% ($n = 4$) des exposés et chez aucun des non exposés, sans différence significative ($p = 0,059$). Le score MBI-SAP (accomplissement personnel) était pathologique chez 44,4% ($n = 20$) des exposés et chez 81,8% ($n = 9$) des non exposés, sans différence significative ($p = 0,059$). Le score MBI retrouvait des symptômes en faveur d'un burnout chez 46,7% ($n = 21$) du personnel exposé à la violence contre 81,8% ($n = 9$) chez les non exposés, sans différence significative ($p = 0,079$).

Dépression (échelle HAD). Une symptomatologie douteuse était retrouvée chez 2,3% ($n = 1$) et certaine chez 4,5% ($n = 2$) des personnes exposées à la violence. Chez les non exposés, elle était douteuse chez 10% ($n = 1$).

Anxiété (échelle HAD). Une symptomatologie douteuse était retrouvée chez 11,4% ($n = 5$) et certaine chez 6,8% ($n = 3$) des personnes exposées à la violence. Deux des non-exposés (20%) présentait une symptomatologie certaine. Il n'y avait pas de différence significative pour les deux catégories du score HAD ($p = 0,570$ et $p = 0,255$).

Troubles de l'usage de substances (DSM-5). On retrouvait des critères d'addiction chez 23,1% ($n = 9$) du personnel exposé à la violence contre aucun chez les non exposés. La différence n'était pas significative ($p = 0,266$).

Consommation d'alcool (score AUDIT). On retrouvait un

score pathologique chez 17,1% (n = 7) des patients exposés et 20% (n = 2) chez les non exposés. Il n'y a pas de différence significative (p = 1). Les scores PCL-5 et ECAB n'étaient pas pathologiques.

7 Mesures mises en place après un fait de violence exogène (objectif secondaire n°4)

Les données de cette sous-partie concernent les professionnels ayant été victimes de violences à l'UHSA au cours des 12 derniers mois, soit un effectif de 48.

7.1 Mesures administratives

Vingt-six membres du personnel (54,2%) ont réalisé des fiches d'évènement indésirables (FEI).

Lors de violences, les soignants peuvent faire une déclaration auprès de l'Observatoire National de la Violence en milieu Sanitaire (ONVS). Seuls 12,5% (n = 6) connaissaient l'ONVS, et aucun n'a réalisé de déclaration à l'organisme.

7.2 Mesures juridiques

On retrouvait un dépôt de plainte ou de main courante chez 6,2% des victimes (n = 3). Deux d'entre elles ont effectué seules le dépôt de plainte, et une a réalisé les démarches avec l'accompagnement de l'établissement.

La cellule juridique de l'établissement a été sollicitée par une seule des victimes de violences.

7.3 Mesures médico-psychologiques

Les événements de violences ont entraîné une déclaration en accident de travail chez 6,2% (n = 3) et un arrêt de travail chez 6,2% (n = 3) des victimes.

On note que 6,2% (n = 3) des victimes de violence ont eu recours à la médecine du travail, et 4,2% (n = 2) ont sollicité le psychologue du travail.

Le médecin traitant a été consulté par 6,2% (n = 3) des victimes de violence.

Aucune victime n'a eu recours à un psychiatre ou un psychologue. Aucune victime ne déclare avoir bénéficié d'une prescription de traitements psychotropes.

8 Comparaison de la violence exogène subie à l'UHSA vs. Tourcoing (objectif secondaire n°5)

La **Tableau 5** reprend la répartition des effectifs selon leur unité de travail.

Unité de travail, n (%)	
UHSA	60 (29.6)
Urgence	52 (25.6)
Psychiatrie	47 (23.2)
Médecine	44 (21.7)
N	203

Tableau 5 : Répartition des effectifs selon leur unité de travail. Les bras des urgences, de la psychiatrie et des services de médecine sont issus des travaux de Marion Defretin réalisés dans le cadre de son mémoire et de sa thèse [10][11].

La prévalence de la violence exogène subie au cours des 12 derniers mois était de 77,8% (n = 158).

La prévalence de violence au sein des services de médecine était de 59,1% (n = 26), pour le service de psychiatrie générale de 87,2% (n = 41), au sein de l'UHSA de 80% (n = 48) et dans le service des urgences de 82,7% (n = 43). On retrouvait une différence significative entre les unités ($p = 0,007$, Chi-2).

La **Figure 11** résume la prévalence des professionnels victimes de violence.

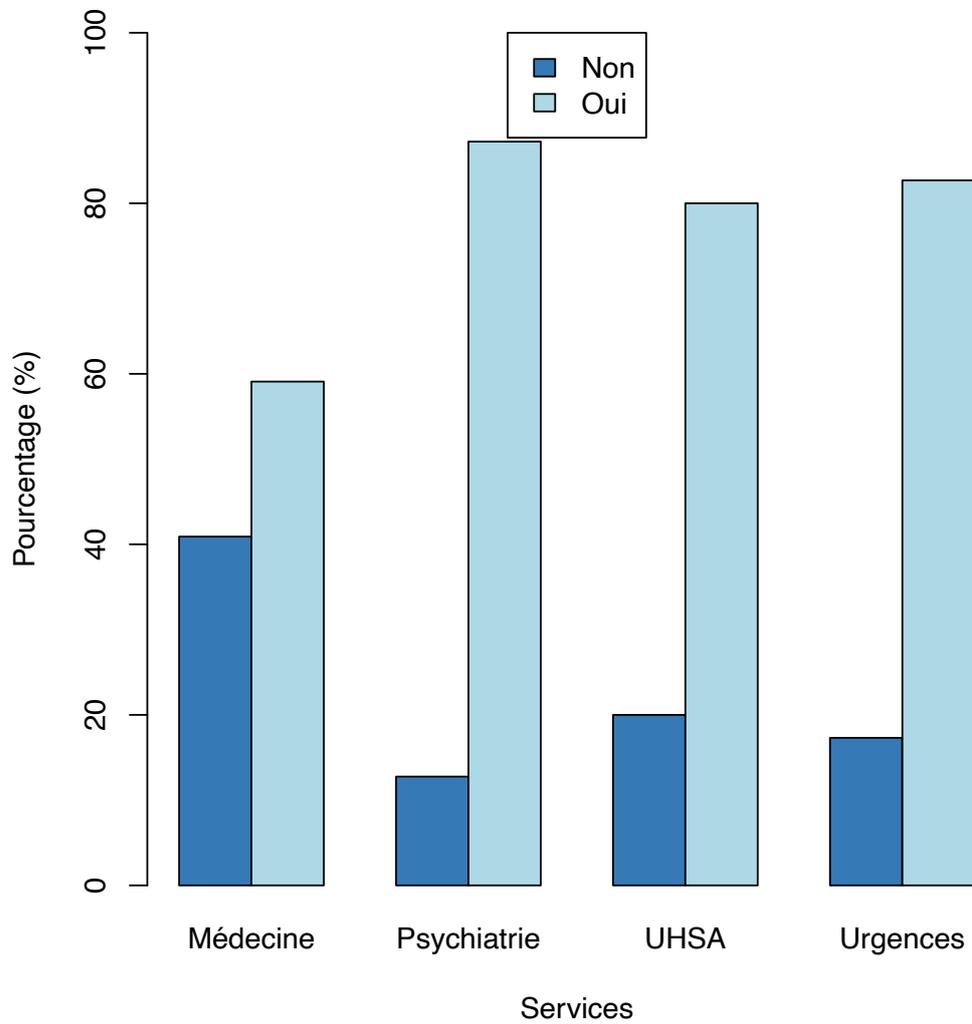


Figure 11 : Prévalence des professionnels victimes de violences dans les différents services.

Le **Tableau 6** et la **Figure 12** résument la prévalence de la violence subie et leur type en fonction des services.

	Médecine	Psychiatrie	UHSA	Urgences	Total	p
Effectif	44	47	60	52	203	
Violence de type 1 (n (%))						0.004*
Oui	24 (54.5)	40 (85.1)	46 (76.7)	42 (80.8)	152 (74.9)	
Non	20 (45.5)	7 (14.9)	14 (23.3)	10 (19.2)	51 (25.1)	
Violence de type 2 (n (%))						<0.001*
Oui	5 (11.4)	27 (57.4)	32 (54.2)	29 (55.8)	93 (46.0)	
Non	39 (88.6)	20 (42.6)	27 (45.8)	23 (44.2)	109 (54.0)	
Violence de type 3 (n (%))						0.003*
Oui	4 (9.1)	20 (42.6)	15 (26.3)	19 (36.5)	58 (29.0)	
Non	40 (90.9)	27 (57.4)	42 (73.7)	33 (63.4)	142 (71.0)	
Violence de type 4 (n (%))						0.114
Oui	0 (0)	2 (4.3)	0 (0)	3 (5.8)	5 (2.5)	
Non	44 (100.0)	45 (95.7)	57 (100.0)	49 (94.2)	195 (97.5)	
Violence globale (n (%))						0.007*
Oui	26 (59.1)	41 (87.2)	48 (80.0)	43 (82.7)	158 (77.8)	
Non	18 (40.9)	6 (12.8)	12 (20.0)	9 (17.3)	45 (22.2)	

Tableau 6 : Prévalence de la violence en fonction du type de violence et des services. Les comparaisons statistiques ont été réalisées avec un test du Chi-2.

Lorsque l'on comparait le niveau de violence globale à l'UHSA avec le service de médecine, on retrouvait une prévalence de 80% (n =48) à l'UHSA contre 59,1% (n = 26) dans les services de médecine. Cette différence était significative pour la violence globale (p = 0,035), ainsi que pour les violences de niveau 1 (p = 0,03), de niveau 2 (p < 0,001) et de niveau 3 (p = 0,039).

Au sein du service des urgences du Centre hospitalier de Tourcoing, la prévalence de la violence globale était de 82,7% (n = 43) contre 80% à l'UHSA. On ne retrouvait pas de différence significative pour la violence globale (p = 0,903) et quel que soit le niveau de violence (p = 0,767 pour le niveau 1 ; p = 1 pour le niveau 2 ; p = 0,345 pour le niveau 3 ; p = 0,105 pour le niveau 4).

Au sein du service de psychiatrie des Unités Tourquennoises de Psychiatrie (UTP), on retrouvait une prévalence de la violence globale de 87,2% (n = 41). La différence n'était pas significative avec l'UHSA, pour tous les niveaux de violence (p = 0,398 pour le niveau 1 ; p = 0,894 pour le niveau 2 ; p = 0,125 pour le niveau 3 ; p = 0,202 pour le niveau 4 ; p = 0,464 pour la violence globale).

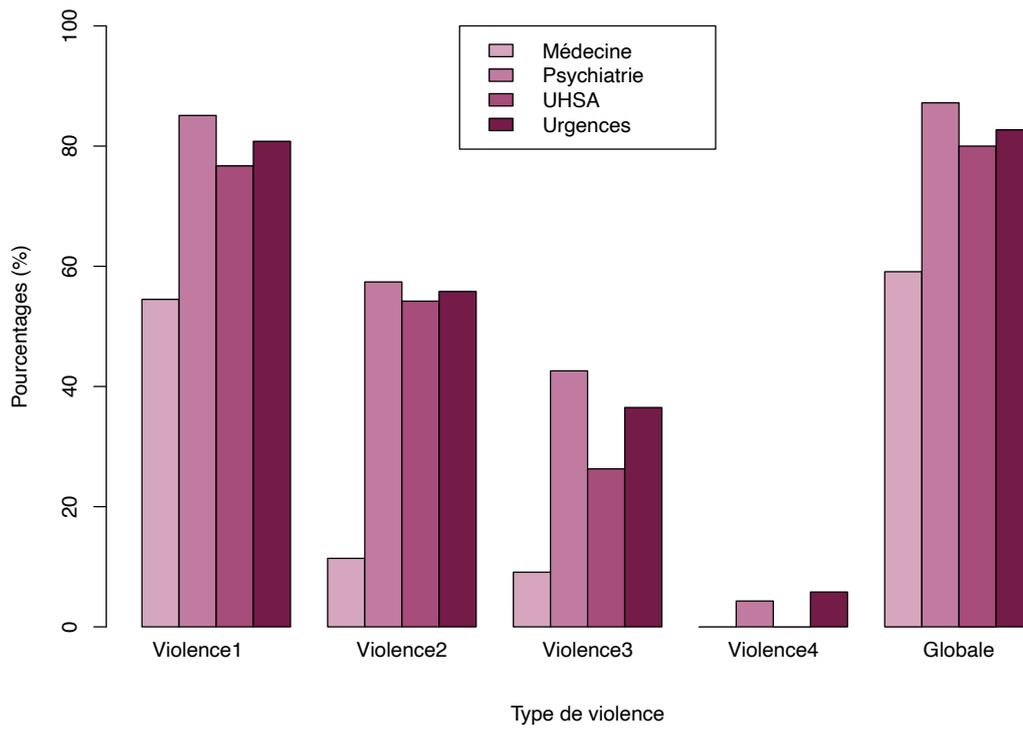


Figure 12 : Prévalence de la violence exogène selon les services par niveau de violence.

Discussion

Résultats principaux

Cette étude a été menée afin de s'intéresser à la violence subie par les soignants au sein de l'UHSA de Seclin.

Cette violence fait partie intégrante des risques psychosociaux et a un impact important sur les conditions de travail du personnel hospitalier.

La prévalence de violence exogène était de 80% au cours des 12 derniers mois. Ce chiffre est élevé et souligne la fréquence de ces événements et l'importance de mettre en place des mesures pour prévenir ces événements violents.

La violence au sein de l'UHSA touche toutes les professions. Les infirmiers sont ceux qui rapportent la prévalence la plus importante. Il n'y a pas de distinction concernant le sexe.

Nous avons comparé la violence selon les unités de l'UHSA. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon les unités. Nous aurions pu nous attendre à une prévalence de la violence plus importante dans l'unité recevant des patients

hospitalisés sans leur consentement au vu des pathologies plus bruyantes prises en charge. Une tendance va dans ce sens, mais les résultats ne sont pas significatifs.

Notre objectif était également de s'intéresser à la santé mentale du personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin avec différentes échelles. Le score de *burnout* selon l'échelle MBI est celui qui a retrouvé la plus grande positivité avec une majorité des participants présentant une symptomatologie en faveur d'un *burnout*. Il est surtout élevé en raison de la composante « accomplissement personnel » qui était pathologique. Le MBI était perturbé surtout chez les aides-soignants avec 91,7% (n = 11). Ce résultat est à pondérer avec la faible participation de cette profession.

Nous avons pu relever que les mesures mise en place à la suite d'un fait de violence, sur le plan administratif et juridique, sont trop faibles. La méconnaissance des différents dispositifs doit nous faire réagir. Un temps de formation ou renforcer l'accompagnement dans ces démarches seraient des mesures intéressantes à mettre en place.

Nous nous sommes également intéressés à la comparaison avec d'autres services, avec des données issues d'une précédente étude. Nous retrouvons une prévalence significativement plus importante de la violence à l'UHSA par rapport aux services de médecine, mais pas par rapport à la psychiatrie générale et les urgences de Tourcoing.

Le constat est là. Les violences sont présentes à l'UHSA de façon importante. Elles sont significativement plus importantes que dans un service de médecine. La violence est présente en psychiatrie et souvent banalisée. Il ne faut pas sous-estimer l'impact que cela peut avoir sur la santé mentale des soignants. Cette violence peut sans doute aussi expliquer les difficultés de recrutement auxquelles font face les structures de soins, en particulier en psychiatrie et aux urgences.

Les résultats de l'échelle MBI sont interpellants avec une majorité de participants à l'étude avec des symptômes de *burnout*. Le score d'accomplissement personnel est celui qui est le plus pathologique. On voit que cette quête de sens dans le monde du travail nécessite de s'y pencher et de mettre en œuvre des dispositifs au niveau des ressources humaines afin d'améliorer le bien-être au travail.

Les violences semblent plus fréquentes dans l'unité « Majorelle », unité accueillant des patients sans leur consentement, que dans les autres unités (sans que ces résultats ne soit significatifs). En parallèle, c'est dans cette unité que le score au MBI est le plus bas (sans que les résultats soient significatifs). Cette tendance peut amener à penser que l'unité avec le plus de violence pourrait être celle où les équipes sont le plus soutenantes entre elles, ce qui préviendrait l'apparition de *burnout*.

Les ASH sont assez peu victimes de violence de la part des patients à l'UHSA. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils n'interviennent pas dans les soins, et également parce

qu'un nombre non négligeable de détenus ont effectué des métiers en lien avec l'entretien de locaux ou dans le secteur du nettoyage.

On relève également un faible nombre de dépôt de plainte à la suite de faits de violences rapportés. Les soignants ne déposent pas plainte contre les patients, surtout en psychiatrie, du fait de l'attribution du comportement violent ou insultant à la décompensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente. Le comportement est alors rationalisé et le soignant n'entame pas de procédure judiciaire.

La continuité de cette banalisation et de cette rationalisation amène à une faible déclaration des faits de violence, que ce soit par le système de FEI ou pas un signalement à l'ONVS. Ce dernier est un dispositif trop peu connu des soignants, et les FEI ont parfois un très faible impact ce qui ne motive pas les soignants à en réaliser. Une formation serait la bienvenue. Celle-ci pourrait être portée par les cadres du service afin de rappeler régulièrement la marche à suivre en cas de violence et de préciser la marche à suivre.

Une formation afin de mieux gérer les violences pourrait également permettre de les prévenir et donner des outils aux soignants pour mieux gérer ces situations source de stress.

Confrontation avec les données publiées

Une étude récente publiée en juin 2021 réalisée par Boulier S. et Al sur le *burnout* chez les travailleurs en unité de soins en milieu carcéral retrouvait une majorité de profil

désengagé dans leur travail, surchargé et inefficace. Cela rejoint nos conclusions qui soulignent l'importance d'accorder une attention particulière aux personnes travaillant dans des environnements difficiles. Les auteurs se questionnent sur la mise en place d'action de prévention plus personnalisée. [19]

Dans son rapport sur les violences au travail, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) souligne l'impact généré par la prise en charge de certaines populations, notamment les patients atteints de confusion, les consommateurs de substances psychoactives, ceux souffrant de pathologies psychiatriques, ou les personnes en situation de précarité sociale dans les services d'urgences, qui combinent bien souvent des facteurs de risque de violence [20]. Les usagers peuvent présenter une exigence excessive envers la médecine d'urgence, ce qui peut expliquer l'importance de la prévalence des violences. Le fait que les patients soient reçus de manière programmée ou secondairement à une évaluation aux urgences dans la plupart des services de médecine peut expliquer que la violence y soit moins présente.

D'après une étude menée par l'Ordre national des infirmiers en 2018, sur les 18 653 répondants, 11 777 ont répondu ressentir « très souvent » au moins un des symptômes d'épuisement professionnel, ce qui représente 63% des infirmiers. Après la charge de travail, ce sont les violences et l'agressivité qui affectent le plus les infirmiers [21]. L'étude présentait certaines limites, notamment la surreprésentation des infirmiers libéraux et un taux de participation assez faible ce qui peut engendrer des biais. Malgré le fait que notre étude n'ait pas pu montrer de lien entre violence et les scores

pathologiques au niveau de la santé mentale, il semble quand même que la violence et l'agressivité sur le lieu de travail impactent les soignants de manière négative.

Une étude réalisée au CHU de Clermont-Ferrand par Hérin F. et Al s'intéressait aux mesures mises en place à la suite d'une déclaration d'accident de travail chez un membre du personnel hospitalier après des faits de violence. D'après les auteurs, la mise en place d'actions de prévention et une prise en charge précoce et plus longue des victimes sont nécessaires. Ils ont proposé la mise en place d'une unité spécialisée associant, en particulier, des spécialistes en victimologie et en santé au travail [22]. La principale limite de cette étude est qu'elle ne concerne que les événements ayant été déclarés comme accident de travail. Nous avons pu voir que ces déclarations sont insuffisantes.

Forces et faiblesses du travail

Il s'agit d'une étude épidémiologique et transversale. Le niveau de preuve scientifique est faible. Cette étude ne permet pas d'établir un lien de causalité, cependant elle permet de disposer de données concernant ce risque professionnel qui s'inscrit dans les risques psychosociaux.

Nous avons utilisé des auto-questionnaires s'intéressant aux faits de violence au cours des douze derniers mois. Cela a pu engendrer des biais de mémorisation avec une probable sous-estimation de certains résultats.

Afin d'évaluer la santé mentale du personnel hospitalier, nous avons utilisé des échelles. Ces dernières ne permettent pas de poser un diagnostic et cela aurait mérité d'être complété par des entretiens. Cela reste un outil de repérage intéressant pour le repérage des troubles.

Le recueil des données a été réalisé durant la période du covid après de multiples vagues de l'épidémie, d'octobre 2021 ou décembre 2021. Les échelles concernant la santé mentale du personnel ont également pu être perturbées par cette période particulière. De plus, les données issues de l'étude de Marion Defretin avaient été collectées avant la pandémie.

La participation est de 48,4%. Certaines personnes ne se sont peut-être pas senties concernées par cette thématique. La durée de remplissage du questionnaire a également pu être un frein pour certains. La participation à l'étude se faisait sur la base du volontariat. Cela a pu engendrer un biais de sélection, avec une prépondérance de participation des personnes victimes de violence. Par exemple, aucun des assistants médico-administratifs n'ont participé à l'étude. En effet, ils sont peu en contact avec les patients et donc peu exposés à la violence exogène, ce qui peut expliquer le peu d'intérêt porté à l'étude.

Les personnes avec des troubles psychiques ont pu se sentir en difficulté pour remplir le questionnaire. Pour cela, des numéros verts et des coordonnées de centre de soins

avaient été mis à disposition en même temps que la remise des questionnaires. L'investigateur principal est passé régulièrement dans la structure afin de répondre aux différentes interrogations du personnel hospitalier.

Les données recueillies lors de l'étude de Marion Defretin à Tourcoing sont aussi à pondérer. En effet, le centre hospitalier de Tourcoing et par extension le service de psychiatrie générale prennent en soins des populations en situation de précarité. La prévalence de la violence peut alors être augmentée. L'inclusion d'autres centres auraient permis de limiter ce biais.

Le mieux-être au travail est une priorité en cette période post-covid. Alimenté par le phénomène du « Big Quit » avec une vague de démission Outre Atlantique, la gestion des risques psycho-sociaux en entreprises et dans la fonction publique est plus que jamais au cœur de l'actualité.[23]

Le recrutement exhaustif de la population cible est une force de l'étude. La représentativité de la population hospitalière a été garantie par le fait que l'ensemble du personnel soignant et non soignant a été invité à participer à l'étude.

Le recueil des données a été réalisé de manière totalement anonyme et gratuit.

Les questionnaires concernant les niveaux de violence étaient issus de l'ONVS qui est un dispositif national. Les différentes échelles concernant la santé mentale des soignants ont des propriétés psychométriques validées, ce qui permet de comparer les données à celles retrouvées dans la littérature. Cela est pertinent.

L'utilisation de données de bonne qualité issues d'une précédente étude permet d'avoir une base de données très intéressante avec plus de 200 participants. Cela a permis, avec des tailles d'échantillon globalement identiques selon les services, de pouvoir les comparer et de trouver des résultats significatifs.

Conclusion

Cette étude réalisée à l'UHSA de Seclin a pu montrer une prévalence de la violence exogène importante. Nous avons pu relever également que la santé mentale du personnel hospitalier était dégradée, notamment sur le versant du *burnout*. Notre étude n'a pas pu montrer de façon significative de lien entre la violence et la présence d'un trouble psychique. La violence exogène à l'UHSA est significativement plus importante que dans les services de médecine, mais pas par rapport aux services des urgences et de psychiatrie.

Nous avons pu relever la méconnaissance importante des dispositifs de signalements des faits de violence. Cela renforce l'idée que la formation des équipes à la gestion des situations de violences ainsi qu'une information renforcée sur les dispositifs de signalement et les différentes mesures d'accompagnement semblent primordiales.

Liste des tables

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles et conditions de travail	49
Tableau 2 : Prévalence de la violence exogène à l'UHSA, fréquences et niveaux de violence	51
Tableau 3 : Détail des scores d'évaluation de la santé mentale en fonction de la profession exercée.	63
Tableau 4 : Détails des scores d'évaluation de la santé mentale du personnel soignant selon les unités.....	65
Tableau 5 : Répartition des effectifs selon leur unité de travail	70
Tableau 6 : Prévalence de la violence en fonction du type de violence et des services	72

Liste des figures

Figure 1. Les trois niveaux de soins en milieu carcéral.....	27
Figure 2. Orientations possibles à l'issue de l'évaluation psychiatrique d'une personne détenue.....	30
Figure 3 : Prévalence de la violence exogène à l'UHSA selon la profession.	53
Figure 4 : Prévalence des violences exogènes selon les unités.	55
Figure 5 : Fréquences des violences de niveau 1.....	57
Figure 6 : Fréquence des violences de niveau 2.....	58
Figure 7 : Fréquence des violences de niveau 3.....	59
Figure 8 : Scores pathologiques selon la profession exercée.....	64
Figure 9 : Scores pathologiques selon les unités.....	66
Figure 10 : Scores aux échelles d'évaluation de la santé mentale selon l'exposition à la violence.....	67
Figure 11 : Prévalence des professionnels victimes de violences dans les différents services.	71
Figure 12 : Prévalence de la violence exogène selon les services par niveau de violence.	73

Références

- [1] Larousse É. Définitions : violence, violences - Dictionnaire de français Larousse n.d. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>.
- [2] Nal E. Une forme particulière de violence : l'agressivité. Tiers 2016;17:33–45.
- [3] Organisation mondiale de la santé - 2002 - Rapport mondial sur la violence et la santé.
- [4] Askenazy et al. - Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.
- [5] 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. 2003.
- [6] INRS - Guyot S. - Violences externes : de quoi parle-t-on ? - Article de revue - <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=DC%206>
- [7] European Agency for Safety and Health at Work., TC OSH., Birkbeck College University of London (BBK)., Robert Gründler and Danny Flemming, DGUV., Prevent. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks: literature review. LU: Publications Office; 2014.
- [8] Factsheet 24 - Agence Européenne pour la sécurité et la Santé au Travail - La violence au travail | Safety and health at work EU-OSHA <https://osha.europa.eu/fr/publications/factsheet-24-violence-work>
- [9] Observatoire National des Violences en milieu de Santé - Rapport ONVS 2020

: Données 2019

[10] Defretin M. "Quels sont les impacts de la violence exogène sur la santé mentale du personnel hospitalier ?".

[11] Defretin M. « Violence exogène envers les soignants et conséquences en santé mentale : étude comparative entre un service de psychiatrie et d'autres services hospitaliers à Tourcoing » .

[12] Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique. "Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice" édition 2019.

[13] Eck et al. - "La Psychiatrie en milieu pénitentiaire : un guide pratique à destination des internes". AESP.

[14] Un infirmier de «l'hôpital prison» de Seclin blessé par un détenu. Voix Nord. <https://www.lavoixdunord.fr/art/region/un-infirmier-de-l-hopital-prison-de-seclin-blesse-ia25b50457n3325989>.

[15] Langevin V., Boini S., François M., Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation MBI.

[16] Boini S., Langevin V. - Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

[17] Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guideline for Use in Primary Care. 2nd edition. WHO

[18] HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé.

- [19] Boulier S, Baumann C, Rousseau H, Horrach P, Bourion-Bédès S. Burnout profiles among French workers in health units for inmates: results of the EHCAU study. *BMC Health Serv Res* 2021;21:595. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06600-3>.
- [20] INRS. Travailler en contact avec le public - Quelles actions contre les violences ? - <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206201>.
- [21] Ordre National des Infirmiers - Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ?. Avril 2018.
- [22] N. Ladhari et Al. Masson E. Étude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/73501/etude-des-agressions-du-personnel-du-centre-hospit>
- [23] JDD L. Quel impact les réseaux ont-ils sur le phénomène de la Grande démission ? *lejdd.fr* n.d. <https://www.lejdd.fr/Societe/quel-impact-les-reseaux-ont-ils-sur-le-phenomene-de-la-grande-demission-4126292>

Annexe 1 : Questionnaire

Violences exogènes à l'UHSA et conséquences psychopathologiques sur le personnel hospitalier

I. 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. Certaines questions concernant votre âge et la durée de travail au sein du service sont à compléter.

1. Êtes-vous :
 - Un homme
 - Une femme

2. Quel âge avez-vous ? [si vous avez moins de 18 ans, fin du questionnaire]
|_|_| ans

3. Êtes-vous assuré social ? [si ce n'est pas le cas, fin du questionnaire]
 - Oui
 - Non

4. Êtes-vous sous mesure de protection juridique ? [si c'est le cas, fin du questionnaire]
 - Oui
 - Non

5. Êtes-vous membre du personnel hospitalier de l'UHSA de Seclin ? [si ce n'est pas le cas, fin du questionnaire]
 - Oui
 - Non

6. Quel poste occupez-vous ?
 - Médecin
 - Interne
 - Infirmier
 - Aide-soignant
 - Cadre infirmier
 - Psychologue
 - Étudiant/externe
 - Assistante sociale
 - Art thérapeute
 - Éducateur/moniteur sportif
 - Psychomotricien
 - Agent de services hospitaliers
 - Assistant médico-administratif

7. Dans quelle(s) unité(s) travaillez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)
- Garance
 - Majorelle
 - Véronèse
8. Travaillez-vous dans ce service :
- A temps plein
 - A temps partiel
9. Travaillez-vous dans ce service :
- De jour
 - De nuit
 - Les deux
10. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de ce service :
11. 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

II. 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

III. Mesures administratives, juridiques et médico-psychologiques 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 7.

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.

A. 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

B. 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

5

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

C. 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

IV. 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 3.

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 3 au cours de l'année écoulée
- Je n'ai pas été victime des faits de violence répertoriés page 3 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)

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
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 ?					

Questionnaire _F2RSM-2020.21

Version n°3 du 23/09/2021 _N°ID RCB :2021-A01400-41

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 ↓	0	1	2	3	4	5	6	Chaque jour ↓
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6		
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6		
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	6		
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6		
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	6		
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6		
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6		
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6		
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6		
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6		
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6		
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6		
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6		
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6		
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6		
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6		
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6		
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6		
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6		
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6		
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6		
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6		

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

10

Questionnaire_F2RSM-2020.21

Version n°3 du 23/09/2021_N°ID RCB :2021-A01400-41

Test Addiction à une substance

Critères 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 :

Veillez 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 ou 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 (la tolérance est définie par un besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou par l'existence d'un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance) :
- Oui
 Non
11. Il existe un sevrage (le sevrage est défini par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du produit caractérisé, ou par la prise d'un produit pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage) :
- Oui
 Non

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

13

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

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

Annexe 2 : Note d'information

NOTE D'INFORMATION



Violences exogènes à l'UHSA et conséquences psychopathologiques sur le 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, il existe peu de données sur la population psychiatrique en milieu carcéral. Nous nous intéresserons à la fréquence de la violence et à ses conséquences pour le personnel au sein de l'UHSA de Seclin.

Objectifs de l'étude

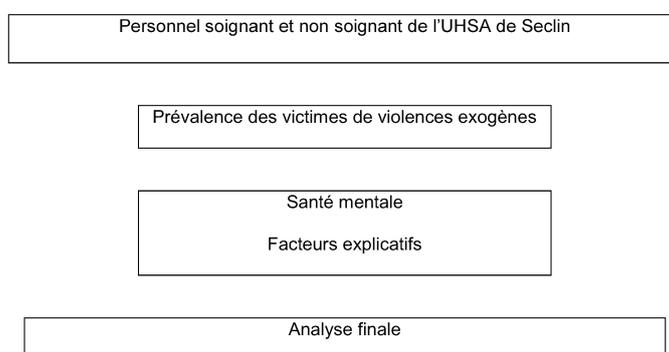
Le but de cette étude est de faire un état des lieux de la violence des patients sur le personnel hospitalier travaillant à l'UHSA, d'en mesurer l'impact psychique, d'évaluer les mesures mises en place par l'établissement pour prévenir les conséquences sur la santé mentale du personnel, et de comparer ces données avec celles d'une précédente étude réalisée en psychiatrie en 2019 aux Unités Tourquennoises de Psychiatrie à Tourcoing.

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 différentes unités de l'UHSA et en fonction de l'exposition à la violence.

Déroulement de l'étude

L'étude se déroulera au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Seclin. Elle s'adresse à tout le personnel soignant (infirmiers, médecins, aides-soignants...) et non soignant (secrétaires, assistantes sociales...).

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. Chaque questionnaire sera numéroté. Il est important de conserver ce numéro. Si vous souhaitez vous retirer de l'étude après la remise du questionnaire, ce sera possible en communiquant votre numéro par mail aux médecins responsables (coordonnées plus bas).

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 urne dans l'établissement 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

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

La participation à l'étude n'apporte aucun bénéfice individuel.

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès des médecins responsables : le Dr ECK Marion par mail à marion.eck@chru-lille.fr ou M. Cyrille GRAS par mail : gras.cyrille@gmail.com ou encore par courrier postal : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, 211, rue du Général Leclerc, 59350 Saint-André-Lez-Lille.

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 44 43 66

Drogues info service : Téléphone : 0 800 23 13 13

AUTEUR : Nom : GRAS **Prénom :** Cyrille

Date de Soutenance : 05/10/2022

Titre de la Thèse : Violences exogènes à l'UHSA de Seclin et conséquences psychopathologiques sur le personnel hospitalier

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST ou option : Psychiatrie

Mots-clés : Violence exogène, violence, UHSA, santé mentale, risques psychosociaux

Résumé :

Contexte : La violence des patients envers le personnel des hôpitaux est un phénomène courant. Cela fait partie des risques psychosociaux. L'étude de la prévalence de cette violence au sein d'une UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée, unité hospitalière de psychiatrie en milieu pénitentiaire) n'a jamais été réalisée. L'objectif principal de ce travail est d'estimer la prévalence de la violence exogène subie par les soignants de l'UHSA de Seclin. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les conséquences psychopathologiques des violences sur ces soignants, d'évaluer les mesures mises en place à la suite d'un fait de violence, et de comparer la prévalence de la violence subie par les soignants de l'UHSA avec celle subie par ceux du Centre hospitalier de Tourcoing (services de médecine et des urgences) et ceux des Unités Tourquennoises de Psychiatrie (UTP).

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, transversale. L'ensemble du personnel de l'UHSA a été inclus. Un auto-questionnaire a permis de recueillir la prévalence des faits de violence, des données socio-professionnelles et de santé mentale (trouble de stress post traumatique, *burnout*, troubles anxiodépressifs, troubles de l'usage des substances). Les données de prévalence de la violence subie par les soignants de Tourcoing ont été issues d'une étude précédente empruntant la même méthodologie.

Résultats : La prévalence de la violence exogène à l'UHSA était de 80%. Les victimes de violences ont réalisé une Feuille d'évènement indésirables dans 54,2% des cas. Aucune victime n'a fait de déclaration à l'Observatoire national des violences en santé. Seules 6,2% ont déposé une plainte. L'échelle MBI (*burnout*) retrouvait un score pathologique chez 54,2% des participants, avec une atteinte importante du score d'accomplissement personnel. La violence était significativement plus fréquente à l'UHSA que dans les services de médecine tourquennois. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la prévalence de la violence à l'UHSA et celle des UTP et des services des urgences de Tourcoing.

Conclusion : La violence exogène semble être un problème fréquent à l'UHSA de Seclin, comme dans les services des urgences de Tourcoing et les UTP. Les troubles psychiques chez le personnel hospitalier sont fréquents. Les mesures d'accompagnement et de signalement sont trop peu connues et trop peu utilisées par les victimes. Cela devrait être amélioré.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs : Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Directeur : Madame le Docteur Marion ECK