

Violences en milieu de soins : le cas du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached à Sousse

Bouhoula M¹, El Mâalel O¹, Bouzgarrou L², Omrane A², Mhamdi S³, Maoua M¹, Kacem I¹, Mrizak N¹.

- 1- Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles, CHU Farhat Hached Sousse, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, 4002 Sousse, Tunisie
- 2- Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelle, CHU Taher Sfar Mahdia, Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, 5000 Monastir, Tunisie
- 3- Service d'épidémiologie, CHU Taher Sfar Mahdia, Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, 5000 Monastir, Tunisie.

RÉSUMÉ

Objectifs : Evaluer la prévalence des violences internes et externes subies par le personnel de soins dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) tunisien et identifier les caractéristiques des victimes et actes de même que leurs conséquences sur la santé de ces soignants.

Méthodes : Une enquête transversale était conduite auprès d'un échantillon représentatif des travailleurs du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 3 mois. Le recueil des données s'est fait par un questionnaire individuel et auto-administré.

Résultats : Notre étude a concerné 71 personnels hospitaliers. Parmi les répondants, 95,8 % étaient victimes ou témoins de violences à l'hôpital. La catégorie professionnelle la plus touchée était celle des infirmiers (60,6%) suivie par les médecins (21,1%). Les violences externes étaient plus fréquentes que celles internes et notamment celles commises par les patients et leurs accompagnants (95,58%). Les violences étaient de type verbal dans 98,6 % des cas. Selon les participants, la fréquence des actes de violence en milieu hospitalier serait principalement expliquée par la dégradation de la relation de soins entre le patient et le personnel de soin (63,6%). Suite à l'agression morale ou physique en milieu de soins, 57,7% des victimes rapportaient un sentiment d'infériorité et manque de confiance et 38% d'entre eux un sentiment de désespoir. Une humeur dépressive et une perte d'intérêt étaient rapportées respectivement par 53,5% et 50,7% des victimes. Aucune relation statistiquement significative n'a été notée entre les violences subies et les caractéristiques socioprofessionnelles des victimes.

Conclusion : La violence en milieu de soins est un risque psychosocial omniprésent dans les hôpitaux publics en Tunisie avec de lourdes conséquences sur la santé des soignants et la qualité des soins, justifiant la mise en place d'actions de prévention pour lutter contre ce phénomène.

Mots clés : Violence, agression verbale, agression physique, personnel de soins, Hôpital.

INTRODUCTION

La violence est reconnue par l'OMS comme un problème ubiquitaire de santé publique majeur et en continuelle aggravation [1]. Les conséquences physiques mais surtout psychologiques auprès des victimes sont considérables, de même que le coût pour la société. En effet, la violence a en plus de son prix humain un coût économique pour les pays, estimé à des milliards de dollars par an dépensés en soins de santé, en frais de justice, en absentéisme au travail et en perte de productivité [1].

Le monde du travail en particulier, est de plus en plus envahi par cette problématique, notamment dans le milieu hospitalier. Selon la littérature, près de 20 % des travailleurs auraient vécu une situation violente ou agressive en milieu du travail au Québec et près de 15% en Europe [2,3]. En Tunisie, les actes d'agression à l'encontre du personnel de soins ont récemment fait l'actualité à de nombreuses occasions. De plus, ces actes médiatisés ne sont qu'une infime partie du quotidien des soignants dans nos structures hospitalières. Les quelques études tunisiennes conduites ces dernières années s'accordent autour d'un taux élevé et croissant des actes violents en milieu hospitalier, qu'il s'agit de violences internes ou externes [4,5]. Les violences internes sont celles qui se manifestent entre les travailleurs provenant d'une même organisation, y compris le personnel d'encadrement. On parle de violence externe lorsque l'auteur de cet acte est externe à l'entreprise ou l'institution à laquelle appartient la victime, tel qu'un client, un patient ou un usager et que la violence survient sur le lieu, dans les circonstances ou à l'occasion du travail [6].

En outre, ces violences quelles que soit leurs natures, impactent négativement la santé physique et mentale des soignants mais aussi la qualité des soins et des services dispensés aux patients et la performance du système de soins en entier [7].

C'est dans ce contexte que l'actuelle étude a été menée afin d'évaluer la prévalence des violences internes et externes subies par le personnel hospitalier dans un centre hospitalo-universitaire au centre de la Tunisie, d'identifier les caractéristiques des victimes et des actes de violence subis de même que leurs conséquences sur la santé de ces soignants.

METHODES

Une enquête transversale a été induite auprès d'un échantillon représentatif des travailleurs exerçant au Centre Hospitalo-Universitaire Farhat Hached de Sousse sur une période de 3 mois. Notre échantillonnage a été stratifié en fonction du poste occupé et le service d'affectation. Dans la population d'étude, l'inclusion a concerné le personnel hospitalier de l'hôpital quotidiennement impliqué dans les prestations de services de santé et présents au moment de l'étude. Les critères de non inclusion ont concerné le personnel de santé en formation (exp. infirmier ou technicien stagiaire, les médecins internes ou résidents..) ainsi que le personnel réfractaire.

Le recueil des données s'est fait par un questionnaire individuel, auto-administré et strictement anonyme distribués aux salariés sur leur lieu de travail puis récupérés en main propre une semaine plus tard. Notre questionnaire était inspiré de celui développé par le Bureau international du travail (BIT), le Conseil international des infirmières (CII), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Internationale des services publics (PSI) en 2003 [8,9].

La fiche a été structurée en 3 parties : La première relative aux caractéristiques socioprofessionnelles des participants (âge, sexe, état marital, poste de travail, ancienneté professionnelle)

Les items de la deuxième partie ont porté sur la nature des agressions et actes de violences subis par le personnel et/ou ses collègues et dont il a été témoin (agression verbale, agression physique, la destruction du matériel de travail..), les caractéristiques des auteurs de ces actes (patients, visiteurs, collègues ou supérieurs au travail...) et les facteurs perçus par le personnel comme contribuant de ce comportement.

La troisième partie portait sur l'état de santé du personnel interrogé, notamment ses antécédents personnels (HTA, diabète, obésité, pathologies psychiatriques...), ainsi que le retentissement psychologique des actes de violence subis avec évaluation de l'humeur après l'agression, la perte d'intérêt, le sentiment d'infériorité, le trouble de sommeil, la baisse de libido et les idées suicidaires.

Dans ce travail, nous avons considéré comme victime de violence, tout personnel qui a subi/ ou qui a été témoin d'un acte d'agression physique ou morale de nature à porter atteinte à son

intégrité corporelle ou morale survenue par le fait ou à l'occasion du travail.

L'analyse statistique a inclus une étude descriptive et une étude analytique univariée et multivariée. Les résultats descriptifs sont exprimés sous forme de fréquence, de pourcentage, de moyenne et d'écart-type. La comparaison des variables a été effectuée avec le test de Chi-deux de Pearson. L'intervalle de confiance accepté était de 95 % et le seuil de $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.

RESULTATS

Le taux de participation était égal à 20,2% soit un nombre total de questionnaires exploitables était égal à 71. La moyenne d'âge était de $37,6 \pm 8,5$ ans avec des extrêmes allant de 22 ans et 59 ans. La classe d'âge la plus représentée était celle de 30 à 40 ans. Une prédominance féminine était notée avec un sexe ratio égale à 0,24. Parmi les participants 60,6% étaient mariés et avec au moins un enfant à charge dans 32,4% des cas. Parmi ces participants, 15 étaient des médecins (21,1 %), 43 infirmiers (60,6 %), 6 techniciens supérieurs (8,5 %), 4 ouvriers (5,6 %) et 3 cadres administratifs (4,2%). Les services d'activité les plus représentés étaient ceux médicaux d'hospitalisation (40,8%) suivis par le service de la consultation (31%) (Tableau I).

Parmi les répondants, 14,1% étaient porteurs et suivis pour diabète, 15,5% pour HTA et 43,6% des personnels souffraient d'un trouble psychiatrique. Seulement 21,1 % des participants déclaraient avoir des habitudes addictives : 18,3 % étaient tabagiques et 2,8% étaient des consommateurs d'alcool.

La prévalence générale des violences subies par les participants était égale à 95,8 %, soit 68 personnels qui ont été victimes ou témoins de violences. Parmi les victimes 31% avaient une ancienneté professionnelle comprise entre 5 à 10 ans. La catégorie professionnelle la plus touchée était celle des infirmiers dans 60,6% des cas suivie, par celle des médecins dans 21,1% des cas.

Les actes de violence étaient commis à l'encontre des personnes dans tous les cas et dirigés contre les biens dans 61,7 % des cas.

Parmi les victimes de violence, 98,6 % ont déclaré avoir été victime ou témoin d'une agression de nature verbale. De plus, 68,1 %

des répondants étaient victimes ou témoins d'agression physique. Parmi ces derniers, 17,6% ont confirmé avoir subi / ou avoir été témoin au moins une fois dans leur carrière d'actes de violence comportant la menace par une arme ou perçu comme à risque mortel.

Concernant la répartition selon le genre, les femmes étaient concernées par 79,4% des actes de violence verbale et par 60% des actes de violence physique (Tableau III).

Les auteurs des violences perpétrées contre les personnels de la santé étaient principalement les patients et leurs accompagnants dans 95,5% des cas ou les supérieurs hiérarchiques et les collègues dans 70,5% des cas. Ces agressions internes et externes, verbales et physiques en milieu de soins, ont été associées dans 57,7% des cas à un sentiment d'infériorité et de manque de confiance et dans 38% des cas à un sentiment de désespoir parmi les victimes. Une tendance dépressive de l'humeur et une perte d'intérêt étaient rapportées respectivement par 53,5% et 50,7% des victimes. De même des difficultés d'endormissement ont été notées dans 39% des cas et une baisse de la libido dans 15,5% des cas. Les idées suicidaires ont été rapportées par 4,2% des victimes.

Selon les participants, la fréquence des actes de violence en milieu hospitalier serait expliquée notamment par la dégradation de la relation de soins entre le patient et le personnel de soins (63,6%) ; mais aussi par le recours fréquent à la violence de la part des patients qui la considèrent comme un moyen facile pour atteindre leurs objectifs (47,8%), l'absence d'un service de sécurité permanent dans l'hôpital (42,5%) ainsi que la pénurie en ressources humaines et en équipements (40%) (Tableau III).

Concernant les données de l'analyse statistique, on a noté l'absence de lien significatif entre la violence subie par les participants et l'âge ($p=0,75$), le genre des victimes ($p=0,79$), l'ancienneté professionnelle ($p=0,82$), la catégorie professionnelle ($p=0,98$) et le service d'activité ($p=0,7$). L'absence d'association est confirmée aussi bien pour les violences internes et externes et les agressions aussi bien physiques et morales (Tableau II). De même, aucune corrélation n'a été retenue entre le retentissement psychologique et la nature ou les

caractéristiques de la violence subie ou les facteurs socioprofessionnels de la victime.

Après des régressions logistiques binaires multiples, comportant comme valeur dépendante soit l'agression, soit la violence morale ou la violence physique, aucune des variables indépendantes incluses dans le modèle ne leur a été statistiquement associée.

DISCUSSION

La violence au travail est définie par le Bureau International du travail [10] comme « toute action, tout incident, ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail et impliquant une atteinte implicite ou explicite à sa sécurité, son bien-être ou sa santé ».

La violence en milieu du travail peut prendre une forme physique et/ou psychologique. La violence physique, identifiable et quantifiable, est soudaine et brutale. Ses conséquences immédiates pour la victime sont physiques, mais peuvent prendre ultérieurement un aspect psychologique. La violence psychologique est souvent verbale et prend diverses formes : agressivité, insultes, dénigrement, menaces verbales, etc.

Selon la littérature, le secteur le plus touché par la violence en milieu de travail est le secteur de la santé [11-13].

Dans notre étude, 95,8% de l'ensemble de personnel répondant ont été victimes ou témoins d'actes de violence physique ou verbale. A notre connaissance, peu de données ont concerné les agressions des personnels de soin en Tunisie [4,5]. Une étude conduite sur une période de 13 ans (de 1992 à 2004) dans deux centres hospitaliers à Sfax, a conclu à 107 cas d'agressions colligés, soit 4,1 % de l'ensemble des accidents de travail déclarés au cours de la même période parmi ce personnel [5].

En France, un observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH), a été mis en place depuis 2005 qui recueille, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence en milieu de santé et dresse annuellement les chiffres des violences déclarés dans les structures hospitalières et médico-sociales. Selon le dernier rapport publié en octobre 2019, en 2018, 23 360 cas de violence ont été signalés dans 426 établissements de

santé en France. Parmi les victimes 82% étaient des personnels hospitaliers [14].

Une méta-analyse publiée en 2019, portant sur 253 études avec un effectif total 331 544 participants a conclu à une prévalence de 61,9% (95% IC : [56,1% - 67,6%]) de toute forme de violence en milieu hospitalier [15].

Notre prévalence particulièrement élevée de violence en milieu de soins, comparativement aux données nationales et internationales, peut être expliquée en partie par la croissance récente des actes de violences en milieu hospitalier tunisien ainsi que par la définition adoptée dans notre travail. En effet, nous avons inclus à la fois le fait d'être victime ou témoin d'actes de violence physique ou non. Par ailleurs, nous avons porté notre questionnaire sur le vécu durant la vie professionnelle entière et non pas sur les 12 mois précédant l'enquête, le cas de plusieurs travaux.

Selon nos résultats, 95,5% des actes de violence étaient perpétrés par une personne étrangère au milieu du travail. Ceci concorde avec les résultats de plusieurs études nationales et internationales [5,16-17]. Selon le dernier rapport L'ONVH français, seuls 3% des actes de violences déclarés en 2018 étaient commises par le personnel hospitalier [14]. En Tunisie, comme en Yaoundé, les soignants sont le plus souvent victimes de l'agressivité et de la violence non seulement des patient mais aussi de leurs accompagnants [5, 16].

Dans notre étude, 98,6% des victimes ont subi ou étaient témoins d'actes de violence de nature non physique (verbale) le long de leurs carrières. De plus, parmi les répondants 68,1% ont subis ou étaient témoins au moins une fois dans leur vie professionnelle d'actes d'agressivité physique. L'ensemble des victimes ont rapporté des actes de violence (physique ou non) commis à l'encontre des personnes et 61,7% d'entre eux des actes de violence commis sur les biens.

Selon les données de littératures les actes de violence en milieu hospitalier sont surtout de nature verbale [14-16, 18,19]. A la lumière de la revue de 253 études, Liu et al ont relevé que la prévalence des violences verbales parmi le personnel hospitalier était de 42,5%, versus 24,4% d'actes de violence physique. Les violences non physiques étaient dominées par les insultes (57,6%) suivies par les menaces (33,2%) [15]. Par ailleurs, dans le milieu de soins, en Allemagne, les violences verbales

représentent 78 % des actes commis versus 56 % de violences physiques et en Yaoundé ces actes étaient non physiques (88,5 %) et de nature physique (11,5 %) [16, 18].

Selon le rapport de l'ONVH en France, parmi les signalements des actes de violence commis durant l'année 2018, 80 % des actes étaient dirigés contre les personnes et 20% contre les biens des structures hospitalières. Selon ce même rapport, 51 % des actes commis contre les personnes étaient des agressions physiques avec usage d'arme dans 2 % des cas [14].

L'actuelle étude a conclu que 60,6% des victimes étaient des infirmiers. Ces résultats concordent avec les données de nombreuses études nationales et internationales [4, 5, 14-16, 20]. En effet, cette catégorie est la plus touchée par les violences en milieu de soins [15]. A titre d'exemple en France, les violences contre les personnes en milieu hospitalier portent dans 82% des cas sur le personnel soignant. Plus précisément, les infirmiers sont touchés dans 47% des cas, les médecins dans 9% des cas et les autres catégories de soignants dans 44% des cas [14]. La catégorie des infirmiers représente aussi 74,8 % des victimes de violence en milieu de soins en Allemagne et 76,5 % de ces victimes en Yaoundé [20, 16]. Ce taux élevé des infirmiers parmi les victimes de violences en milieu de soins est en partie expliquée par la régularité de leurs contacts avec les patients et les accompagnants [21] ainsi que la durée importante consacrée aux soins directs aux patients [22].

L'actuelle étude a objectivé qu'environ le tiers des victimes (31%) avait une expérience professionnelle comprise entre 5 et 10 ans. Selon une étude menée dans un CHU en Chine, les infirmières ayant entre 6 et 10 ans d'expérience professionnelle présentaient un risque significativement plus élevé de violence physique que celles moins expérimentées (OR = 1,80 ; IC95% [1,14-2,83]) [23]. Selon les auteurs, les infirmiers moins expérimentés se voient confier des tâches plus simples avec une supervision par les plus expérimentés en science infirmière. En outre, les nouvelles infirmières ont tendance à faire preuve de plus de prudence au début de leur carrière [23]. En revanche, l'ancienneté au poste de travail pourrait être un atout pour le personnel de santé lui confiant des compétences supplémentaires en termes de maîtrise des conditions de travail

et la gestion des actes de violence en milieu hospitalier [16].

Dans notre travail, les victimes étaient de genre féminin dans 80,3% des cas. Une enquête menée au sein du service des urgences au Michigan aux États-Unis a conclu que les femmes étaient plus touchées par la violence en milieu de soins que les hommes [24]. En revanche, en Egypte, les violences sont associées au genre masculin chez les infirmiers ($p < 0,001$; OR = 1,71) [25]. Li Lu et al ont noté dans une méta-analyse des études chinoises que la violence chez les professionnels de la santé est significativement associée au genre masculin, y compris la violence physique ($p=0,015$). Les auteurs expliquent en partie ces corrélations par la réticence des femmes à déclarer les agressions en milieu professionnel et notamment lorsqu'il s'agit d'un harcèlement sexuel [26].

Dans l'actuel travail, la majorité des actes de violence étaient survenus dans les services médicaux (40,8 %) et secondairement dans les services d'urgences et de réanimation (9,9 % chacun). Ces données divergent de celles rapportées par d'autres auteurs. En effet, certains écrits s'accordent que les agressions contre les personnels hospitaliers concernent essentiellement les services de psychiatrie (46 %) en Tunisie [4], les services d'urgences en Yaoundé [16] et en Egypte [27], le service de gériatrie en Allemagne [28] et les services de chirurgie en Inde [29].

Nos résultats peuvent être en partie expliqués par le manque d'organisation notée au sein de certains services avec notamment l'absence de moyens et ressources pour contrôler le flux des visiteurs ainsi que les horaires des visites. Ce manque de contrôle engendre une irritabilité psychologique parmi le personnel qui se voit limité dans ses possibilités d'accomplir ses soins et tâches, favorisant le risque accru de violence de la part des patients et des familles. L'absence des agents de sécurité favoriserait également les actes de violence, contrairement au service d'urgences ou un service de sécurité est omniprésent pour contrôler l'accès des entrées du service.

Une mauvaise relation « malade/personnels de soin », un recours fréquent à la violence de la part des patients, l'absence d'un service de sécurité permanent dans l'hôpital et la pénurie en ressources humaines et en équipements, étaient les principales facteurs prédictifs de

l'agression selon les sujets impliqués dans notre étude. Toutefois, les facteurs associés aux actes de violence peuvent varier d'un hôpital à l'autre au sein du même pays, voire d'un pays à l'autre [16]. En Egypte [25], l'allongement du temps d'attente des soins et l'insatisfaction des patients de l'évolution clinique des malades étaient les principaux motifs ayant déclenché les actes de violence. Le dépassement des horaires de travail, l'ancienneté professionnelle et la mauvaise relation « malades – personnels de soins » étaient les facteurs de risque des violences en Yaoundé [16]. En Chine, la principale cause de violence à l'hôpital était le manque de communication entre les patients et le personnel de soins (39,2%) ; expliqué par les auteurs par une charge élevée de travail et le dépassement de l'équipe soignante [23].

Plusieurs études ciblent la normalisation et la banalisation de la violence par les travailleurs dans certains secteurs comme l'un des facteurs de risque de la violence au travail [30-31]. Les travailleurs et les employeurs sont convaincus que la violence fait partie de leur travail. Ce facteur a comme effet de rendre la violence comme un acte banal voire invisible. Ceci peut conduire le personnel à ne pas déclarer toutes les agressions à partir du moment où il n'y a pas de conséquences physiques [32]. Selon les statistiques de l'ONVH 2019 [14], 85% des actes violents déclarés au sein des établissements de soins ne donnent suite à aucun dépôt de plainte. Concernant les conséquences sur les victimes, outre les atteintes physiques, peu d'études parlent de l'impact psychologique suite à l'agression [33-37]. Kaukiainen et al ont noté une association entre l'agression au travail et le sentiment de mal-être psychologique des victimes avec des troubles affectifs et cognitifs et des troubles psychosociaux [34].

Dans notre travail, un sentiment d'infériorité et manque de confiance, une humeur dépressive, une perte d'intérêt et des troubles de sommeil ont été les principaux symptômes notés. Ceci concorde avec les résultats d'autres études qui démontrent une association entre une agression et une période émotionnelle suivant l'agression se traduisant par des troubles du sommeil, une perte de confiance en soi et une perte d'estime de soi [35,38,39]. L'étude conduite auprès du personnel de deux hôpitaux à Sfax avait conclu à un impact psychologique parmi 50,5 % des victimes [5].

Cependant, une revue de la littérature concernant la violence au secteur de la santé a noté que la plupart des études ont signalé une humeur dépressive chez moins de 20% des travailleurs exposés à la violence sur le lieu de travail [33].

Il est important de signaler les limites de notre travail surtout liées aux faibles taux de réponse. Ce qui pourrait influencer les résultats dans la mesure où les conditions de travail et les risques professionnels sont différents selon le service et le poste de travail. Cependant ce faible taux est également observé par d'autres auteurs, témoignant le peu d'intérêt des personnels de santé pour les études scientifiques dont ils sont les cibles [16, 20,27].

CONCLUSION :

La violence est un vrai problème psychosocial auquel sont exposés les personnels de santé des hôpitaux publics en Tunisie. Elle se présente essentiellement sous forme de violences non physiques, perpétrées par les malades et leurs accompagnants, vis-à-vis des infirmières souvent expérimentées.

Cela justifie la mise en place d'actions de prévention pour lutter contre ce phénomène, comme les limitations des horaires de visite et du nombre de visiteurs par malade hospitalisé, le contrôle des accès aux entrées des hôpitaux, le contrôle des méthodes du travail pour éviter l'accumulation de stress, la formation du personnel sur la gestion de ce problème, une prise en charge précoce et si nécessaire plus longue des victimes et surtout la mise en place de programmes d'assistance judiciaire et sociale des victimes.

REFERENCES

- 1.OMS | Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. WHO. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
- 2.Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., et al. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec 2011.
- 3.Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeylen, G. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (EECT). Office des Publications Officielles des Communautés Européennes, Luxembourg 2007.

4. Akrouf M, Khalfallah T, Bchir N, Chaari N, Hanchi A, Mrizak N, et al. Étude des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers tunisiens. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. Février 2003 ;64 (1) : 13-17.
5. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S. Les agressions sur les lieux du travail en milieu hospitalier: À propos de 107 cas. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 sept 2006;67(4):626-30.
6. Les définitions et les formes de violence en milieu de travail. INSPQ. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail/les-definitions-et-les-formes-de-violence-en-milieu-de-travail>.
7. Arnetz JE, Arnetz B. Violence envers le personnel soignant et effets possibles sur la qualité des soins aux patients. *Science sociale et médecine* 2001. 52 ; 3 : 417-427.
8. International Council of Nurses. International perspectives. *International Nursing Review*, 2003, 50:196–200.
9. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector Workplace violence in health sector. Country case studies research instruments. Survey questionnaire. Geneva, International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International, 2003.
10. Chappell, D., & Di Martino, V. Violence at work. International Labour Organization 2006.
11. Foley M, Rauser E. Evaluating progress in reducing workplace violence: trends in Washington State workers' compensation claims rates, 1997-2007. *Work*. 2012;42(1):67-81.
12. Estrada F, Nilsson A, Jerre K, Wikman S. Violence at Work—The Emergence of a Social Problem. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*. 1 mai 2010;11(1):46-65.
13. Heiskanen M. Violence at Work in Finland; Trends, Contents, and Prevention: *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*. 2007;8(1):22-40.
14. Lelièvre N. La violence en milieu hospitalier : analyse des données 2010 de l'Observatoire national des violences. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 sept 2011;12(4):196-9
15. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019;0:1–11. doi:10.1136/oemed-2019-105849
16. Owona Manga LJ, Bitia Fouda AA, Kamgno J, Dissongo JII, Essimi J, Ngomba A, et al. Les violences subies par les personnels de santé à Yaoundé : étude bicentrique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 nov 2018;79(5):653-61.
17. AitBoughima F, Wifaq K, Belhouss A, Benyaich H, Kholti AE. La violence physique en milieu du travail (étude descriptive à propos de 80 cas). *La Revue de Médecine Légale*. 1 mars 2012;3(1):14-8.
18. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012;2:e001420. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001420>
19. Kwok RPW, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006;12(1):6–9.
20. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012;2:e001420.
21. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers; 2016 [53 p.] [cité 01 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148.pdf>
22. Magnavita, N.; Heponiemi, T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.* 2012. 12:108.
23. Xiaoming Chen, RN, Ming Lv, MD et al. Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research* 2018 ;40 :122–128.
24. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence. A survey of emergency physicians in the State of Michigan. *Ann Emerg Med* 2005;46:142–7.
25. Abbas MAF, Fiala LA, Amira GE, Rahman A, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2010;85(1– 2):29–43.
26. Lu L, Dong M, Wang S-B, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Prevalence of Workplace Violence Against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. *Trauma, Violence, & Abuse*. 27 mai 2018;1524838018774429. *Assoc* 2010;85(1– 2):29–43.
27. Rasha FA, Morsy KS. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J* 2017;26:21
28. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018; 15: 1247.
29. Anand T, Grover S, Kumar R, Kumar M, Ingle GK. Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *Natl Med J India* 2016;29:344–8
30. Blando J, Ridenour M, Hartley D, Casteel C. Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals. *Online J Issues Nurs*. 2015; 20(1):5.
31. Baines D. Staying with People Who Slap Us Around: Gender, Juggling Responsibilities and Violence in Paid (and Unpaid) Care Work. *Gender, Work & Organization*. 2006;13(2):129-51.

32. Ladhari N, Fontana L, Faict TW, Gabrillargues D, Millot-Theis B, Schoeffler C, et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004; 65(7):557-63.
33. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggression and Violent Behavior 2014; 19 : 492–501.
34. Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Bjorkqvist, K., Osterman, K., Lathnen, A., Kostamo, A., Lagerspetz, K. Overt and covert aggression in work settings in relation to the subjective well-being of employees. Aggressive Behavior 2001; 27 (5):360–371.
35. Jackson D., Clare J., Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace- a factor in recruitment and retention. *J NursManag* 2000; 10:13-20.
36. Fitzpatrick, K.M., Wilson, M. Exposure to violence and post-traumatic stress symptomatology among abortion clinic workers. Journal of Traumatic Stress 1999. 12 (2):227–242.
37. Tarquinio, C., Tarquinio, P., Costantini, M.L. Altération identitaire et impact psychotraumatique des situations de braquage en contexte professionnel. Revue Européenne de Psychologie Appliquée 2002 ;52 (2) : 135–147.
38. Atawneh, F. A., Zahid, M.A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., & Al-Farrah, M. H. Violence against nurses in hospitals: Prevalence and effects. British Journal of Nursing 2003, 12(2):102–107.
39. Ünsal Atan S, Baysan Arabaci L, Sirin A, Isler A, Donmez S, Unsal Guler M, et al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. J Psychiatr Ment Health Nurs. déc 2013;20(10):882-9.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Variables	Effectif (n)	Pourcentage
Classe d'âge		
[19,29]	13	18,3
[30,39]	32	45,1
[40,49]	16	22,5
[50,60]	8	11,3
Sexe		
Homme	14	19,7
Femme	57	80,3
Statut Martial		
Marié	43	60,6
Divorcé	6	8,5
Veuf	2	2,8
Célibataire	17	23,9
Autre	3	4,2
Niveau d'étude		
Primaire	3	4,2
Secondaire	10	14,1
Universitaire	56	78,9
Supérieure	2	2,8
Ancienneté professionnelle		
<5ans	21	26,6
[5-10]	22	31
[10-15]	10	14,1
[15-20]	9	12,7
[20-25]	4	5,6
>25ans	5	7
Professions		
Médecin	15	21,1
Infirmier	43	60,6
Technicien supérieur	6	8,5
Ouvrier	4	5,6
Cadre administratif	3	4,2
Service d'activité		
Médical	29	40,8
Chirurgical	4	5,6
Réanimation	7	9,9
Urgences	7	9,9
Consultations	22	31

Tableau II : Liens des caractéristiques socioprofessionnelles avec le taux des différents types de violence subie par les participants.

Caractéristique	Agression		Agression Morale		Agression Physique		Violence Externe		Violence Interne	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Classe d'âge										
[19,29]	18,3	0,75	18,2	0,75	6,7	0,29	19	0,42	14,9	0,54
[30,39]	45,1		45,5		40		44,4		44,7	
[40,49]	22,5		24,2		33,3		25,4		27,7	
[50,60]	11,3		12,1		20		11		12,8	
Sexe										
Homme	19,7	0,79	20,6	0,79	40	0,06	18,5	0,1	20,8	0,53
Femme	80,3		79,4		60		81,5		79,2	
Ancienneté professionnelle										
<5ans	26,6	0,82	29	0,82	13,3	0,19	30,8	0,33	25	0,3
[5-10]	31		31,9		40		30,8		29,2	
[10-15]	14,1		14,5		13,3		15,4		18,8	
[15-20]	12,7		11,6		13,3		10,8		12,5	
[20-25]	5,6		5,8		0		6,2		4,2	
>25ans	7		7,4		20		6,2		10,4	
Personnel										
Médical	23,4	0,83	23,1	0,83	7,7	0,27	24,2	0,68	25	0,74
Paramédical	73,4		73,8		92,3		72,6		72,7	
Administratif	3,1		3,1		0		3,2		2,3	
Service d'activité										
Médical	40,8	0,7	41,2	0,7	46,7	0,66	10,9	0,7	44,7	0,14
Chirurgical	5,6		5,9		6,7		32,8		6,4	
Réanimation	9,9		10,3		13,3		40,6		12,8	
Urgences	9,9		10,3		0		6,3		4,3	
Consultations	31		32,4		33,3		9,4		31,9	

Tableau III : Les facteurs prédictifs de la violence selon les victimes.

Caractéristique	n	%
-Mauvaise relation « malade/personnels de soins »	42	63,6
-Les malades/les accompagnants sont convaincus que la violence est un moyen facile pour atteindre les objectifs	29	47,8
-La propagation du phénomène de la corruption dans les hôpitaux	14	34,6
-Absence d'application des réglementations et des instructions dans les hôpitaux.	12	21,9
-Les patients ne sont pas satisfaits de la qualité de soins.	3	5,4
-La pénurie en ressources humaines et en équipements	28	40
-Absence d'un service de sécurité permanent dans l'hôpital.	24	42,5
- Absence de poursuites judiciaires contre les usagers coupables de violence	19	39,7