



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 118

La violence en milieu hospitalier pédiatrique à l'hôpital mère-enfant, CHU Mohamed VI

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/06/2018

PAR

Mr. Youness AABDI

Né le 17 Novembre 1991 à Tinghir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Violence au travail – personnel soignant – violence verbale – violence physique

JURY

M.	M. SBIHI	PRESIDENT
	Professeur de Pédiatrie	
M.	M. BOURROUS	RAPPORTEUR
	Professeur de Pédiatrie	
M.	A. BENALI	JUGES
	Professeur agrégé de Psychiatrie	
M.	N. RADA	JUGES
	Professeur agrégé de Pédiatrie	



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

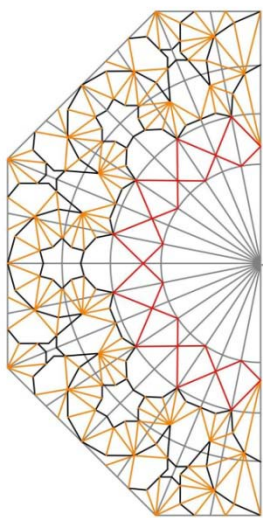
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto– rhino– laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato– orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie–obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie

BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

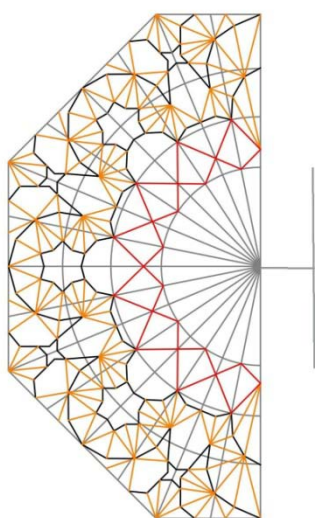
Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie

ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie

BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie – pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



DÉDICACES

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

je dédie cette thèse ... 

الله

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A ma très chère mère Rabíaa Sadoukí

Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que j'essens envers une mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être le fils. Ta noblesse et ta bonté sont sans limites. Je n'ai jamais manqué de rien auprès de toi. Tu es et tu resteras irremplaçable dans ma vie.

Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es imposés afin d'assurer mon bien être, et que Dieu tout puissant, préserve ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie afin que je puisse te combler à mon amour.

A la mémoire de mon très cher père Elhoucaïne AABDI

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être.

Tu as toujours été pour moi, l'exemple de l'honnêteté, de la persévérance et de la loyauté.

Tu as été le premier à m'encourager à aller si loin dans les études. Tu m'as inculqué le sens de la responsabilité, de la rigueur, de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.

Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

Que ton âme repose en paix. Que Dieu le tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde

A MES CHÈRES FRÈRES: ABDESSALAM ; ABDELAZIZ ; SAID, IDRISS, HASSAN, ALI

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.

A Mon cher frère ABDERAHMANE

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour vous. Je vous remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours.

Avec toute mon affection que Dieu vous protège.

A LA MEMOIRE DE FATEMA BOUWHYANI

Que ton âme repose en paix. Que Dieu le tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde

A MES CHERES NEUVEUX: AYOUB, HIBA, ISLAM, ILVASS, YASSER,

LHOUCAINNE, Soulaymane

Avec toute mon affection que Dieu vous protège.

A mon cher ami ABIDINE LKbîr

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et le respect que je vous apporte. Merci pour tous les moments qu'on a partagé...

A mes chers amis OMAR MEDIANI, EL BOUHLALI MOHAMED,

ARBAOUI MOURAD, HAKIM Korout, KHALID KASSI

Aucune dédicace n'exprimera ma reconnaissance pour votre hospitalité et votre aide durant mon cursus universitaire ...Merci infiniment.

A mon cher ami ABAAQUIL YOUNESS

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et le respect que je vous apporte. Merci pour tous les moments qu'on a partagé...

A TOUS MES AMIS

*hachimi med; yassin oulaarif, Awatif, kaoutar, bouhmid, abghouche,
amakha, abala, ayoub, redouane, chehbouni, moujane, zakaria, chkokot,
soufiane, azizi, ouassim, boujmaa, yassine, abderahaim, mustapha,,
maria, soukaina, badaoui, zouhair, taha, noura, naïm, othmane,
noureddine, aïmad, badiaa,*

*Vous êtes très nombreux pour que je ne puisse vous nommer mais l'oubli de
mots n'est pas celui du cœur... En témoignage de notre profonde amitié...*

A tous le personnel du pôle pédiatrique de l'hôpital mère enfant

CHU Mohamed VI

*Ce travail n'aurait du pas être possible sans votre participation, sans
votre soutien et vos encouragements. Que Dieu vous protège et vous
assure une bonne santé et une longue et heureuse vie personnelle et
professionnelle*

À tout le personnel médical et paramédical du CHP Sidi Hsein

Ouarzazate, notamment Dr Bachir ECHAFAY,

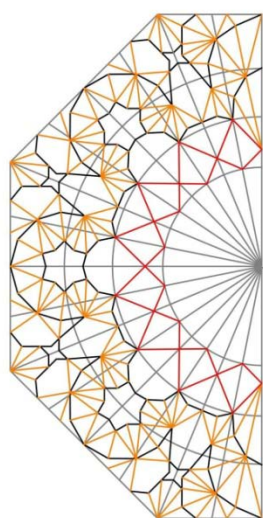
Dr Med Echafaïy (د.م.ع.ح.ف.أ.ي). Dr Aderrak, Dr Khadija CHAFIK, si Abdesslam
, Nouamane, si youssef, si Mojane, si ali

*L'amour que je vous porte est sans égal, votre soutien et vos
encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort. Que Dieu vous
protège et vous assure une bonne santé et une longue et heureuse vie
personnelle et professionnelle*

A tous le personnel du NAKHIL GALAXY OPTIQUE, Notamment Driss

Aït Ithaj, Saïd, et Abdelghani

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et le respect que je vous
apporte. Merci pour tous les moments qu'on a partagé...*



REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

Professeur SBIHI MOHAMMED

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veuillez cher professeur, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE :

Professeur Mounir BOURROUS

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.

Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

Professeur BENALI Abdeslam

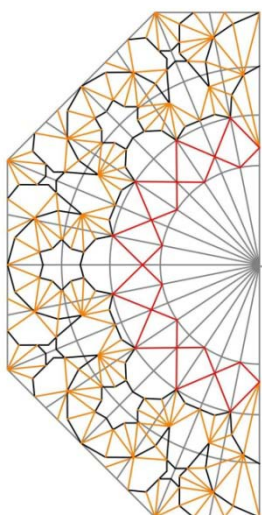
Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

Professeur Noureddine RADA

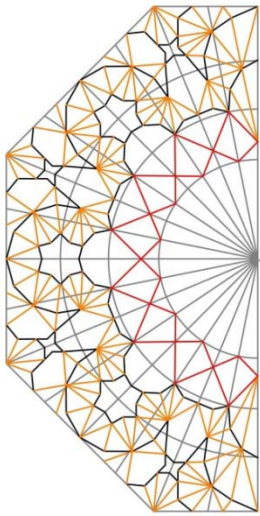
Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous. Vous avez accepté humblement de juger ce travail de thèse. Ceci nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime.



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

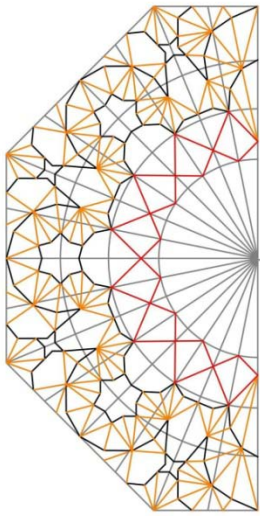
AT	: Accident de Travail
BIT	: Bureau international du Travail
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CII	: Conseil international des infirmières
CP	: Code Pénal
ICN	: International Council of Nurses
ILO	: International Labour Office
INRS	: Institut national de la recherche et de la sécurité
ISP	: L'Internationale des Services publiques
ITT	: Interception temporaire du travail
MP	: maladie professionnelle
OIT	: L'Organisation Internationale du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	: Observatoire National de la Violence en milieu de Santé
PSI	: Public Services International
SSI	: Service des soins infirmiers
SSI	: Service des soins infirmiers
V	: Violence
VIP	: violence interpersonnelle.
VP	: violence physique
VT	: Violence au travail
VV	: violence verbale
WHO	: World Health Organisation



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
I. Population cible	5
II. Élaboration du questionnaire.....	5
III. Déroulement de l'enquête	7
1. Critères d'inclusion.....	7
2. Critères d'exclusion.....	7
IV. Collecte et Analyse des données	7
V. Considérations éthiques	8
VI. Difficultés rencontrées	8
RÉSULTATS	9
I. Caractéristiques de la population étudiée	10
1. Répartition des participants par âge	10
2. Répartition des participants selon le sexe.....	10
3. Répartition des participants selon le statut civil	11
4. Répartition selon la fonction du personnel enquêté	11
5. Répartition des participants selon la catégorie par rapport au service	12
6. Répartition selon le service hospitalier.....	12
7. Répartition de la population étudiée par ancienneté	13
II. Données sur la violence en milieu hospitalier pédiatrique.....	13
1. Prévalence et types de violences subies	13
2. Violence exogène subie	18
3. Violence interpersonnelle (endogène)	23
III. Les suites à la violence.....	25
1. Réaction des victimes suite à la violence.....	25
2. Déclaration et notification de la violence.....	25
3. Conséquences et impact sur la santé physique du personnel	27
4. Conséquences et impact de la violence sur la santé mentale des victimes	27
5. Conséquences et Impact sur le travail	28
IV. Procédure et moyens de prévention de la violence en milieu hospitalier	30
1. Disponibilité des moyens de prévention	30
2. Système de recueil et de prise en charge des événements violents	30
3. Recommandations du personnel pour la prévention de la violence	31
DISCUSSION	33
I. Définitions et généralités.....	34
1. Définition et typologie de la violence	34
2. La violence au travail	37
II. Mécanismes organisationnels des violences au travail	42
1. Le modèle de Poyner et Warne (1986)	43
2. Le modèle interactif de Chapell et Di Martino (1998).....	43

3. Le modèle de Favaro.....	44
III. Aspects législatifs et procédures	47
1. Au niveau du Maroc	47
2. En France	52
IV. Discussion des résultats.....	54
1. Taux de réponse.....	54
2. Caractéristiques sociodémographiques.....	54
3. Violence exogène	56
4. Violence interpersonnelle (endogène).....	63
V. Suites de la violence	65
1. Phénomène de sous-déclaration.....	65
2. Conséquences et impact sur la santé physique du personnel	65
3. Conséquences et impact sur la santé mentale du personnel	66
4. Conséquences et Impact sur le travail	66
VI. Recommandations de stratégies de prévention et de prise en charge	67
1. Le cadre réglementaire.....	68
2. Actions centrées sur l'organisation du travail	68
3. Actions en direction des usagers de l'hôpital	69
4. La prévention centrée sur le personnel.....	70
5. Que faire en cas d'incident violent ?.....	71
CONCLUSION	73
ANNEXES	75
RÉSUMÉS	84
BIBLIOGRAPHIE	88



INTRODUCTION

La violence au travail est désormais un problème mondial qui touche les lieux de travail et les groupes professionnels partout dans le monde. Longtemps « oubliée », la violence au travail a pris des proportions spectaculaires ces dernières années et elle constitue maintenant un problème prioritaire dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement. [1, 2]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit la violence au travail en tant qu'incidents pendant lesquels la personne est victime d'un comportement abusif, menacée ou agressée physiquement dans des circonstances liées à son travail, y compris sur le trajet entre le domicile et le lieu du travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de sa sécurité, de son bien-être ou de sa santé. [1]

L'ampleur réelle du problème est en grande partie inconnue [3]. Alors que la violence en milieu de travail affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs, le secteur de la santé est à risque majeur. La violence dans ce secteur peut constituer presque un quart de la violence au travail [3]. Elliott (1997) a trouvé que le personnel soignant est 16 fois plus à risque d'être agressé par un patient qu'un autre métier. [4]

Les actes de violence envers le personnel soignant affectent gravement sa santé physique et mentale [5,6]. Ils sont susceptibles de diminuer la motivation et d'augmenter l'absentéisme, entraînant une altération de la qualité des soins fournis aux patients. [7]

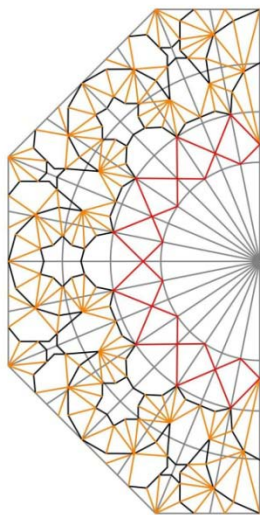
La majorité des pays du monde entier sont touchés par ce phénomène, plusieurs études avaient trouvé qu'une grande majorité du personnel soignant subissent fréquemment ce genre d'acte [2,8]. Au Maroc, les dernières décennies ont connu une émergence inquiétante de ce phénomène largement médiatisé mais peu d'études scientifiques avaient traité ce sujet. Une étude menée à l'hôpital Mohamed V à Meknès en 2017, a dévoilé que 86% du personnel étaient victimes de violence verbale. Une autre étude menée au département des urgences au CHU Ibn Sina en 2010, a mis en évidence que 70 % des médecins enquêtés au étaient victimes d'un acte de violence [9].

Les services des urgences sont les plus touchés par ce phénomène [10,11]. A la première impression, le milieu pédiatrique semble à l'abri, mais il est exposé comme tout autre service,

en 2016, 2% du total des cas signalés à l'Observatoire National Français des Violences en milieu de Santé (ONVS) selon son rapport de 2017 était en unité pédiatrique. [12]

Pour ces raisons, nous avons souhaité étudier ce problème à travers une enquête menée auprès du personnel du pôle pédiatrique de l'hôpital mère et enfant du CHU Mohamed VI. Nos objectifs étaient de :

- Mesurer la prévalence de la violence exogène et interpersonnelle physique et verbale à l'encontre du personnel médical et paramédical en milieu hospitalier pédiatrique.
- Identifier les principales caractéristiques de l'acte de violence, le profil du personnel soignant agressé et de l'agresseur ainsi que les circonstances et les causes de ces actes.
- Evaluer les conséquences des agressions sur la santé et sur l'activité professionnelle du personnel soignant.
- Evaluer la disponibilité des procédures de notification et de prise en charge ainsi que les mesures préventives au sein du pôle pédiatrique et proposer des mesures et recommandations.



MATÉRIEL & MÉTHODES

I. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive, explorant à travers un questionnaire auprès du personnel médical et paramédical, les taux d'exposition à la violence en milieu de travail ainsi que ses caractéristiques, au niveau du milieu hospitalier pédiatrique à l'hôpital mère et enfant du CHU Mohamed VI Marrakech.

II. Population cible :

La population cible était constituée de l'ensemble du personnel médical et paramédical de l'Hôpital Mère-Enfant exerçant dans les services suivants :

- Urgences pédiatriques.
- Pédiatrie A et B.
- Chirurgie infantile A et B.
- Service de néonatalogie.
- Réanimation pédiatrique.
- Bloc opératoire de chirurgie infantile.
- Unité de kinésithérapie.
- Radiologie pédiatrique.
- Service des soins infirmiers (SSI).

III. Élaboration du questionnaire:

Un questionnaire (Annexe 1) a été spécialement conçu pour cette enquête en se basant sur les données de la littérature. Il a été inspiré de différents travaux internationaux et nationaux réalisés sur la violence notamment du programme conjoint ILO/ICN/WHO/PSI sur la violence

dans le secteur de la santé. Il a été testé auparavant, permettant de modifier certaines questions et leurs abords pour le rendre plus ciblé et pertinent.

Le questionnaire destiné au personnel médical et paramédical avait pour but de répondre aux objectifs fixés par notre étude, était titré, signé, individuel et anonyme. Les objectifs et le cadre de l'étude ont été clarifiés au début.

Pour ce travail, nous avons adopté la définition de l'OMS sur la violence au travail [1], qui a été mise à disposition de la population ciblée au niveau du questionnaire.

Le questionnaire comportait vingt-deux (22) questions réparties en quatre parties, faites surtout de questions à choix unique (oui ou non) et à choix multiples.

- La première partie : recueille les données personnelles et épidémiologiques (service, sexe, statut civil, âge, fonction, ancienneté)
- La seconde partie : s'intéresse à la caractérisation de la violence (exposition, types, lieux, horaires, fréquence, profil d'agresseur, circonstances, violence interpersonnelle, qualité de la relation interpersonnelle).
- La troisième partie : traite les conséquences, l'impact physique et mental de la violence sur le personnel intéressé (Interruption Temporaire au Travail, réaction suite à l'incident, lésions ou dommages corporelles, tendance à la déclaration et ressort, impact psychologique et retentissement sur la vie professionnelle).
- La quatrième partie : concernera la disponibilité des procédures de prévention, des règlements des actes de violence contre le personnel soignant (disponibilité des moyens de détection et protection, disponibilité de politique et procédure de notification des actes de violence, mesures de prévention et proposition du personnel pour lutter contre ce phénomène).

A la fin du questionnaire, une zone d'expression libre a été mise à la disposition des participants pour ajout de commentaires.

Le temps de réponse moyen était de dix minutes.

IV. Déroulement de l'enquête :

Notre enquête a été menée du 01 Mars 2018 jusqu'au 07 avril 2018 auprès du personnel médical et paramédical du pôle pédiatrique à l'aide du questionnaire qui leur a été directement remis dans leurs lieux de travail.

1. Critères d'inclusion:

- Personnel médical et paramédical au niveau des services du pôle pédiatrique.
- Personnel médical : Médecins spécialistes, Médecins généralistes, médecins résidents, médecins internes
- Personnel paramédical : infirmiers, surveillants généraux, techniciens en radiologie pédiatrique, kinésithérapeutes, diététiciens.

2. Critères d'exclusion:

- Les cas de violence envers les patients.
- Le personnel ayant refusé de participer à l'étude ou n'ayant pas répondu au questionnaire et ceux qui n'étant pas disponibles au moment de l'enquête.

V. Collecte et Analyse des données :

La récupération des questionnaires a été faite par l'enquêteur. Les données enregistrées sur les questionnaires ont été saisies et traitées sur le logiciel SPSS version 23.

L'analyse statistique et descriptive a consisté au calcul des variables quantitatives et qualitatives par le logiciel SPSS version 23 et Excel 2007.

VI. Considérations éthiques :

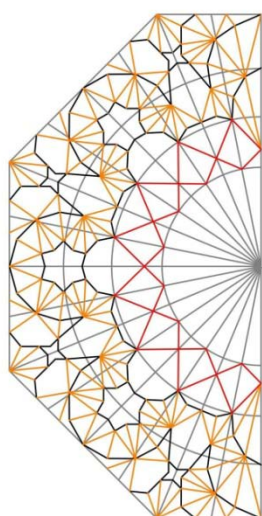
L'enquête a été menée après l'accord favorable de l'administration de l'hôpital mère et enfant du CHU Mohamed VI de Marrakech (Annexe 2).

- Tout au long de cette étude, nous avons veillé au respect de la confidentialité et de l'anonymat du personnel enquêté.
- Le consentement oral des participants a été obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

VII. Difficultés rencontrées :

Au cours de la réalisation de cette enquête, nous étions confrontés à quelques problèmes:

1. Le manque des statistiques sur ce phénomène au niveau du notre CHU ainsi que la rareté des études et document officiel sur ce sujet à l'échelle nationale.
2. Le recueil du questionnaire, n'était pas toujours immédiat et consistait à le récupérer ultérieurement selon les disponibilités du personnel, parfois après plusieurs jours.
3. Certains médecins et infirmiers se sont abstenus de participer à ce travail, par manque d'intérêt, manque de temps, ou n'étaient pas disponibles (congé).



RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée :

Sur 200 questionnaires distribués, 164 ont été récupérés, soit un taux de réponse de 82%.

1. Répartition des participants par âge :

- L'âge moyen de la population étudiée était de $29,5 \pm 6.5$ ans.
- Par catégories professionnelles, l'âge moyen du personnel médical était de $31.6 \text{ans} \pm 6$, celui des paramédicaux de $26.15 \text{ans} \pm 3$.
- La tranche d'âge des 26-35 ans était majoritaire et constituait les deux tiers de l'effectif.

Tableau I : Répartition des effectifs par catégories professionnelles et par tranche d'âge

		Personnel médical		Personnel paramédical		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Tranche d'âge	22 à 25 ans	20	12,2%	21	12,8%	41	25,0%
	26 à 35 ans	34	20,7%	69	42,1%	103	62,8%
	36 à 45 ans	3	1,8%	10	6,1%	13	7,9%
	46 à 55 ans	6	3,7%	1	0,6%	7	4,3%
	Total	63	38,4%	101	61,6%	164	100,0%

2. Répartition des participants selon le sexe:

Parmi les 164 personnes, 62 % (n= 101) étaient du sexe, soit sexe ratio H/F de 0,62.

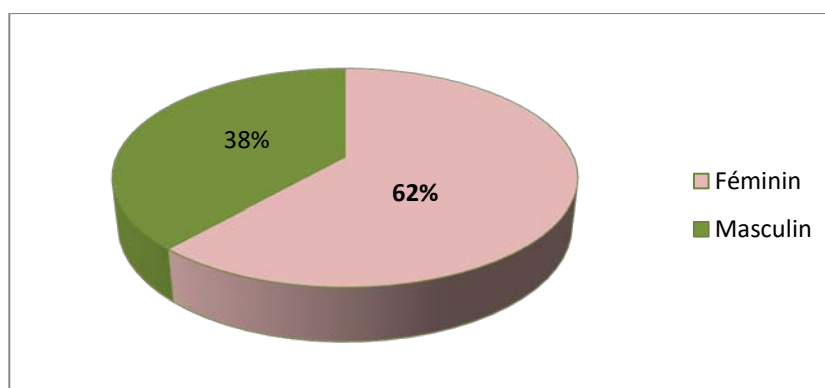


Figure 1: Répartition du personnel enquêté selon le sexe

3. Répartition des participants selon le statut civil :

Plus de la moitié des participants étaient mariés (53 %). Deux personnes étaient divorcées et une personne était veuve.

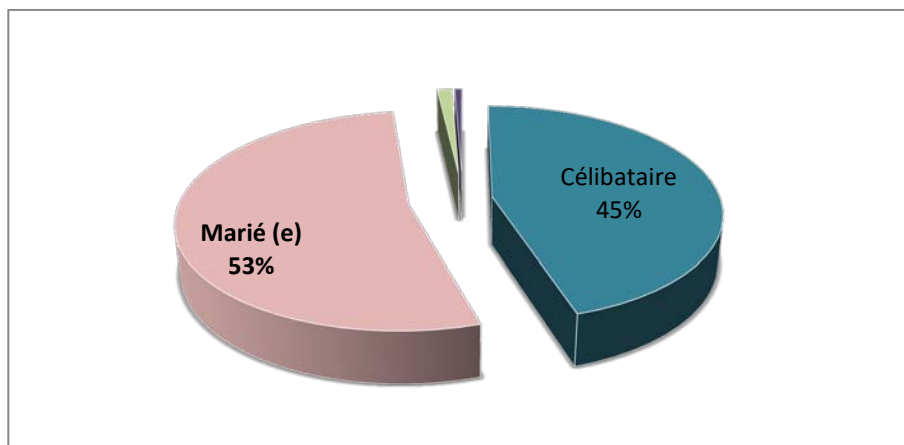


Figure 2: Répartition des participants selon le statut civil

4. Répartition selon la fonction du personnel enquêté :

Parmi le personnel enquêté, 63 personnes étaient des médecins soit 38,4 % et 101 faisaient partie du personnel paramédical soit 61,6 %, répartis selon la figure ci-dessous :

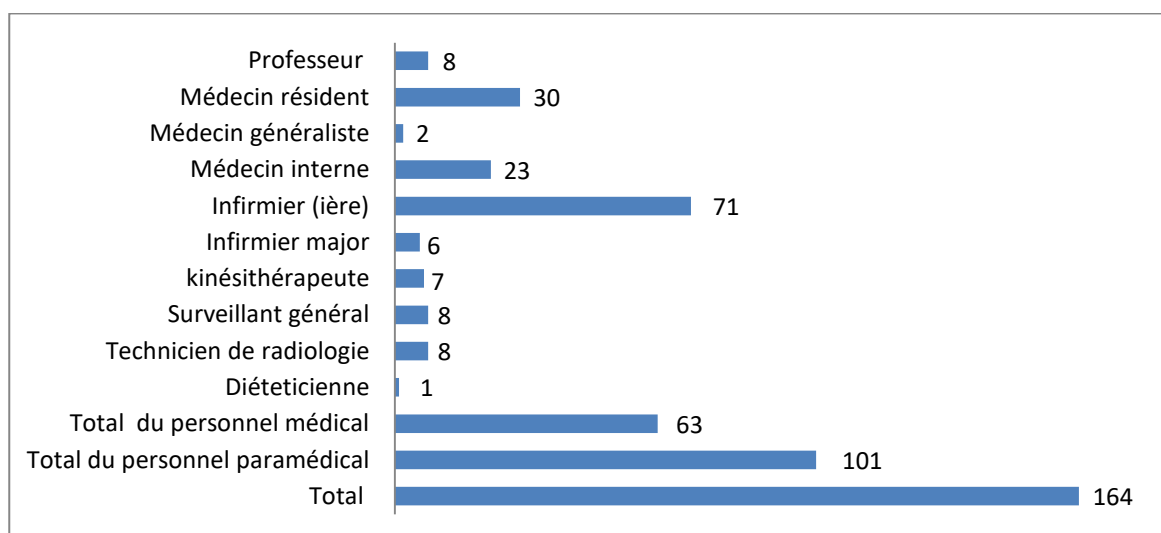


Figure 3: Profil professionnel des participants

5. Répartition des participants selon la catégorie par rapport au service d'exercice :

Dix services du pôle pédiatrique ont été inclus, le service des urgences pédiatriques était le représenté par 27 personnes dont 9 médecins et 18 infirmiers et kinésithérapeutes.

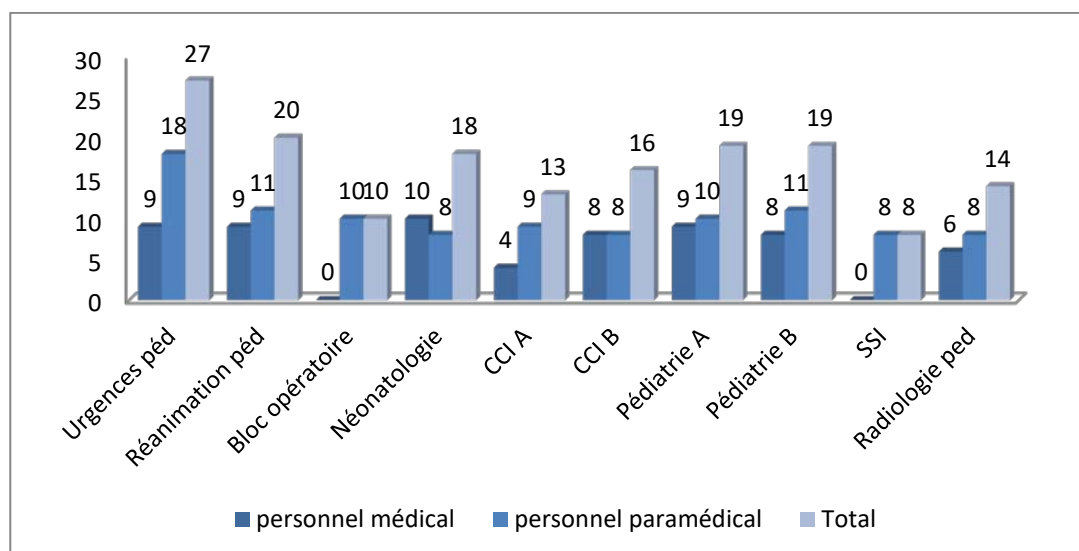


Figure 4: Répartition de l'effectif selon la catégorie professionnelle par rapport au service d'exercice.

6. Répartition selon le service hospitalier:

Parmi les 164 personnes ayant répondu, 16,5 % étaient aux urgences pédiatriques, 12,2% exerçaient à la réanimation pédiatrique et 11,6 % à la pédiatrie A.

Tableau II: Répartition des participants selon le service hospitalier

Service	Fréquence	Pourcentage %
Urgences pédiatriques	27	16,5%
Réanimation pédiatrique	20	12,2%
Pédiatrie A	19	11,6%
Pédiatrie B	19	11,6%
Néonatalogie	18	11,0%
CCI B	16	9,8%
Radiologie pédiatrique	14	8,5%
CCI A	13	7,9%
Bloc opératoire	10	6,1%
Service des Soins Infirmiers (SSI)	8	4,9%
Total	164	100,0%

7. Répartition de la population étudiée par ancienneté :

L'ancienneté moyenne de notre population était de 6,9 ans $\pm$ 3.5 avec un minimum de 6 mois, et un maximum de 29 ans. La majorité avait une ancienneté entre 1 et 5 ans (41,5 %).

Tableau III: Répartition du personnel médical et paramédical par ancienneté

		personnel médical		personnel paramédical		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Ancienneté	Moins d'un an	19	11,6%	3	1,8%	22	13,4%
	Entre 1 et 5 ans	35	21,3%	33	20,1%	68	41,5%
	Entre 6 et 10 ans	2	1,2%	55	33,5%	57	34,8%
	Plus de 10 ans	7	4,3%	10	6,1%	17	10,4%
	Total	63	38,4%	101	61,6%	164	100,0%

II. Données sur la violence en milieu hospitalier pédiatrique:

1. Prévalence et types de violences subies :

1.1. Prévalence de la violence subie durant l'exercice en milieu hospitalier pédiatrique:

La majorité de la population étudiée (81 %) a été victime de violence durant l'exercice au pôle pédiatrique. (n=133)

1.2. Types de violences subies :

- Parmi les participants, 75,6 % des participants ont déclaré qu'ils étaient victimes de violences exogènes. Parmi les victimes de violences exogènes, 59,1 % étaient victimes de violence verbale seule et 16,5 % de violence verbale associée à la violence physique. Tous les actes de violences physiques ont été associés à la violence verbale.
- Parmi les participants, 37,2 % des participants ont déclaré qu'ils étaient victimes de violence interpersonnelle (endogène). Dont 35,4 % étaient des actes de violence interpersonnelle (VIP) verbale seule et 1,8 % (3 cas) était de VIP verbale et physique.
- Neuf cas ont déclaré qu'ils étaient victimes d'acte de violence interpersonnelle sans

avoir subi de violence exogène durant leur exercice au pôle pédiatrique.

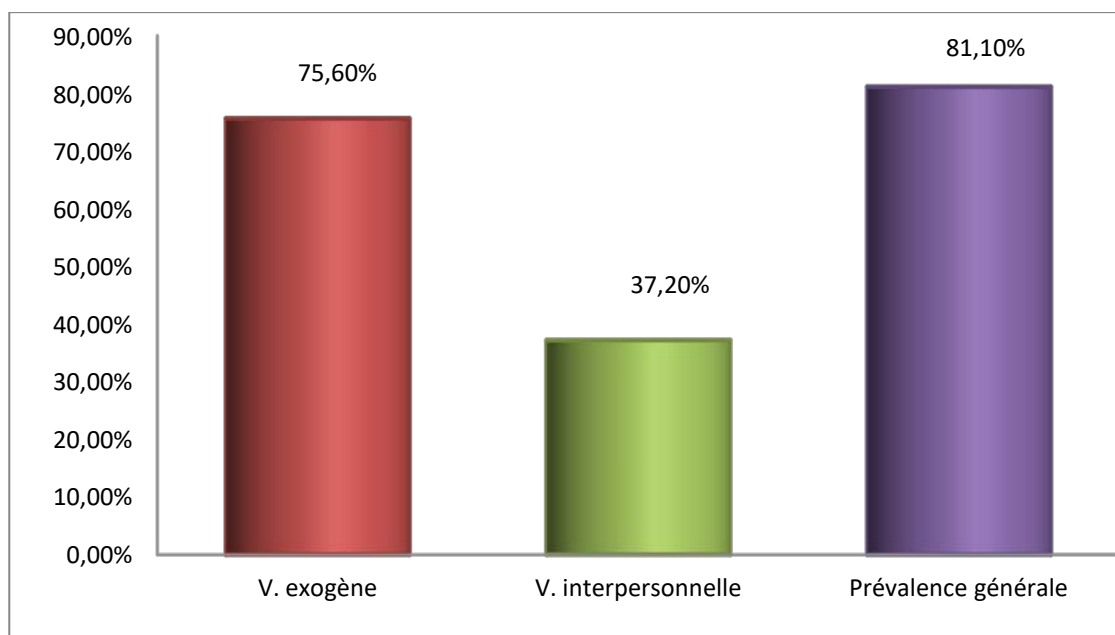


Figure 5: Types de violences subies

Le tableau suivant énumère l'effectif des victimes de violences selon ses types :

Tableau IV: Types et effectif des violences subies

Types de violence		Effectif	%
Violence exogène	Prévalence de la violence exogène	124	75,6%
	Violence verbale seule	97	59,1%
	violence physique et violence verbale	27	16,5%
	Violence physique seule	0	0
violence interpersonnelle (endogène)	Prévalence de la violence interpersonnelle	61	37,2%
	VIP verbale seule	58	35,4 %
	VIP verbale et physique	3	1,8 %
prévalence globale de la violence de notre étude		133	81,1%

1.3. Prévalence de la violence subie selon les catégories professionnelles :

Chez le personnel médical, la prévalence globale de la violence était de **82,5 %** (n=52/63). Elle était de **80,1 %** (n=81/101) chez le personnel paramédical.

Tableau V: Prévalence de la violence subie selon les catégories professionnelles :

Catégorie professionnelle	Prévalence de la violence subie
Prévalence globale chez Personnel médical	82,53 %
Prévalence globale chez Personnel paramédical	80,19 %
Prévalence globale chez la population étudiée	81,1 %

1.4. Prévalence de la violence selon les services:

– Tous les différents services étaient concernés par la violence, la prévalence de la violence variait entre 70 et 100 %. Les services les plus touchés étaient le service des soins infirmiers (SSI) (100%), le bloc opératoire (90 %) et les urgences pédiatriques (88 %).

– Pour la violence exogène, le service le plus touché était le SSI à 87,5%, suivi des urgences pédiatriques à 85,2 %.

– Pour la violence interpersonnelle, 62,5% des surveillants généraux du Service des Soins Infirmiers ont répondu qu'ils étaient victimes de ce type de violence, suivi du personnel des urgences pédiatriques à 51,9 % et du personnel du bloc opératoire à 50 %.

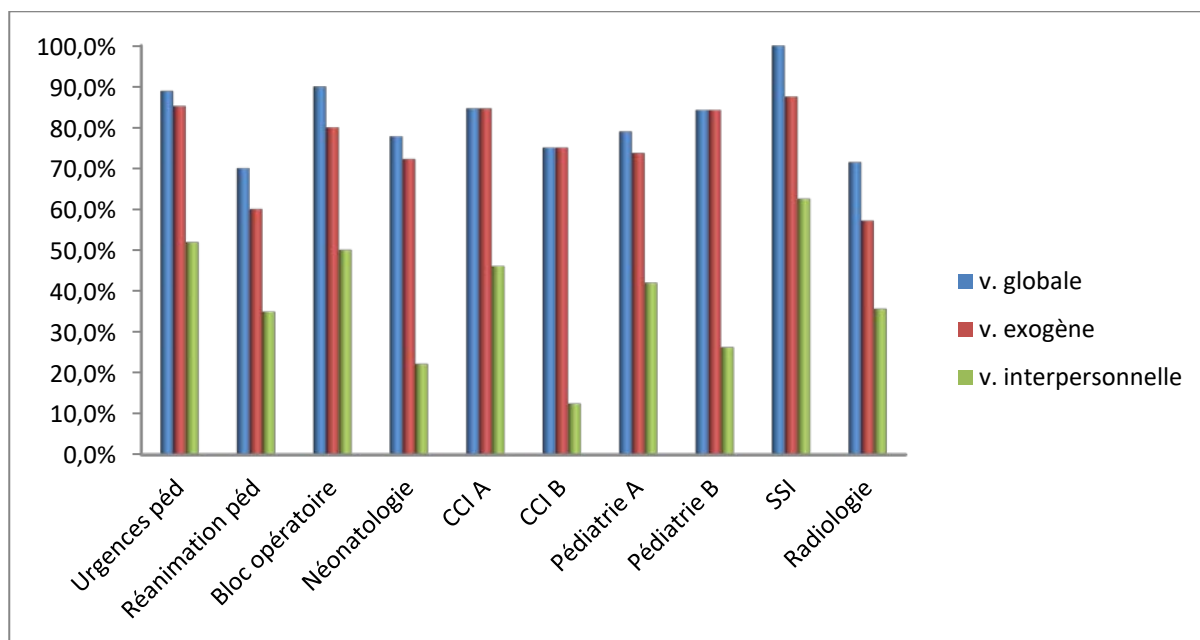


Figure 6: Prévalence de la violence selon les services et ses types

Le tableau suivant récapitule le taux de prévalence de la violence selon ses types par service hospitalier :

Tableau VI : Prévalence de la violence selon ses types par service hospitalier

Services hospitaliers		Prévalence v. globale		Prévalence v. exogène		Prévalence v. interpersonnelle	
Service	Effectif total	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Urgences péd	27	24	88,9%	23	85,2%	14	51,9%
Réanimation péd	20	14	70,0%	12	60,0%	7	35,0%
Bloc opératoire	10	9	90,0%	8	80,0%	5	50,0%
Néonatalogie	18	14	77,8%	13	72,2%	4	22,2%
CCI A	13	11	84,6%	11	84,6%	6	46,2%
CCI B	16	12	75,0%	12	75,0%	2	12,5%
Pédiatrie A	19	15	78,9%	14	73,7%	8	42,1%
Pédiatrie B	19	16	84,2%	16	84,2%	5	26,3%
SSI	8	8	100,0%	7	87,5%	5	62,5%
Radiologie	14	10	71,4%	8	57,1%	5	35,7%
Total	164	133	81,1%	124	75,6%	61	37,2%

1.5. Prévalence de la violence selon le sexe:

- La violence était plus fréquente chez les femmes dans notre série, (83%) des femmes contre 77,8%.
- Par type de violence, la violence exogène était plus fréquente chez les femmes (79 %).

Tableau VII: Prévalence des types de violences subies par sexe

Sexe	violence globale		v. exogène		v. interpersonnelle		Effectif total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Féminin	84	83,2%	80	79,2%	36	35,6%	101
Masculin	49	77,8%	44	69,8%	25	39,7%	63
Total	133	81,1%	124	75,6%	61	37,2%	164

1.6. Prévalence de la violence selon l'âge :

La violence intéressait toutes les tranches d'âge dans notre série. (Figure 7)

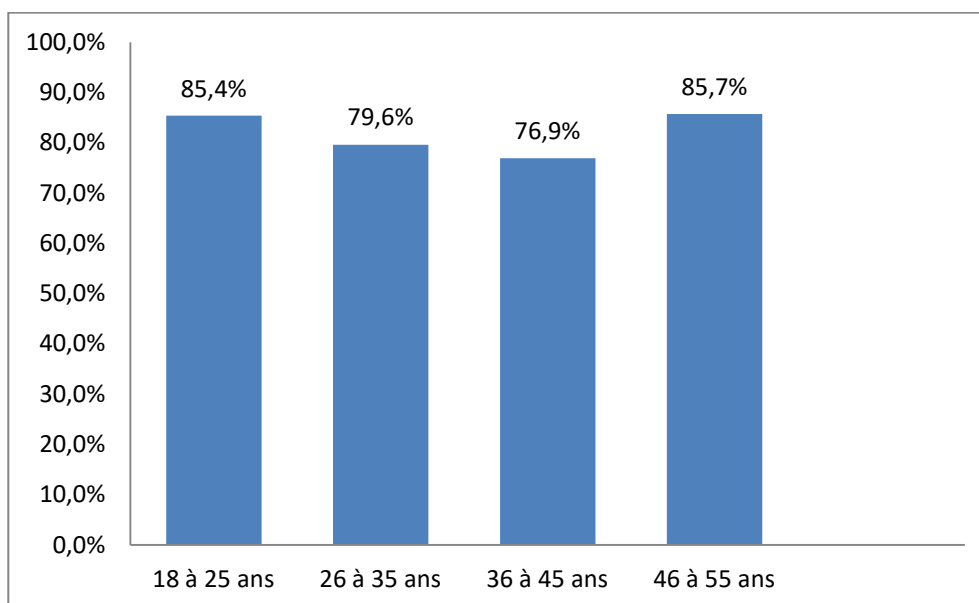


Figure 7: Prévalence de la violence par tranche d'âge.

Tableau VIII: Prévalence de la violence par tranche d'âge selon les types

		violence globale		v. exogène		v. interpersonnelle		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Tranche d'âge	18 à 25 ans	35	85,4%	34	82,9%	18	43,9%	41
	26 à 35 ans	82	79,6%	76	73,8%	31	30,1%	103
	36 à 45 ans	10	76,9%	9	69,2%	8	61,5%	13
	46 à 55 ans	6	85,7%	5	71,4%	4	57,1%	7
	Total	133	81,1%	124	75,6%	61	37,2%	164

1.7. Prévalence de la violence selon la situation familiale :

Le personnel étaient victime quelque soit sa situation familiale, la prévalence de la violence chez les célibataires était de 77 % (57/74 cas), 83 % chez les mariés (73/87 cas).

1.8. Prévalence selon l'ancienneté au poste:

La majorité des victimes étaient touchés par ce phénomène quelque soit leur ancienneté au poste de travail.

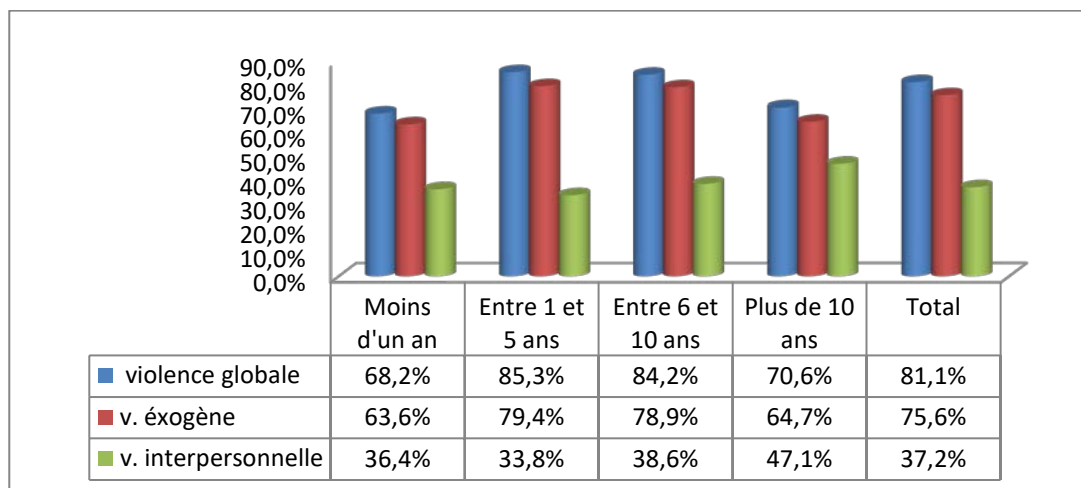


Figure 8: Prévalence selon l'ancienneté au poste

2. Violence exogène subie :

2.1. Prévalence des sous types de la violence exogène :

La prévalence de la violence exogène dans notre série était de 75,6 % (n=124 cas), composée de violence verbale seule à 59,1 % (n=97 cas) et de violence physique et verbale à 16,5% (n=27 cas).

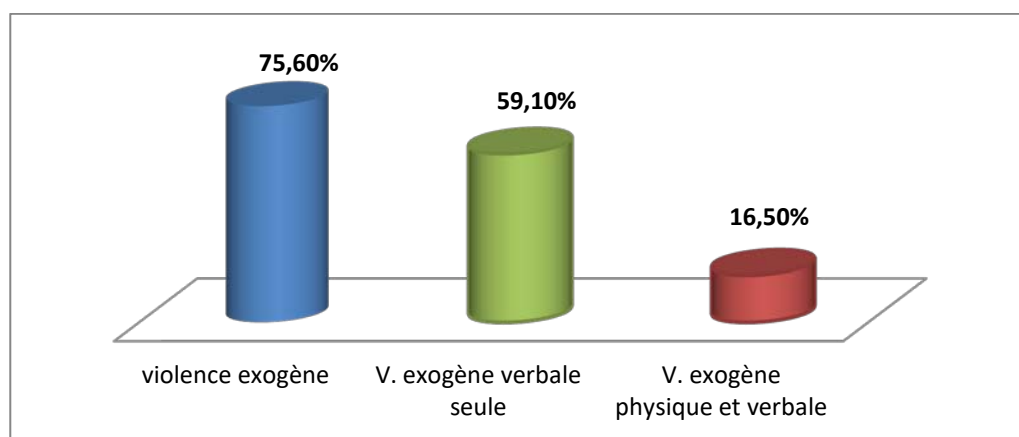


Figure 9: Prévalence des sous types de la violence exogène

2.2. Prévalence de la violence exogène selon les catégories professionnelles :

La prévalence de la violence exogène chez le personnel médical était de 76 % et chez le personnel paramédical était 75 %.

Tableau IX: Prévalence de la violence exogène selon les catégories professionnelles

Catégorie professionnelle	Prévalence	
	effectif	%
Personnel médical	(n=48/63)	76,2 %
Personnel paramédical	(n=76/101)	75,2 %

Les deux catégories étaient exposées à la violence exogène verbale au même taux (76%).

Le personnel médical était plus exposé à la violence exogène physique (19 %) que le personnel paramédical (14 %).

2.3. Caractéristiques de la violence exogène :

a. Nature des violences exogènes verbales :

Les insultes étaient les formes de violence exogène verbale les plus observées (73%). Suivi des cris et ton agressif (66%).

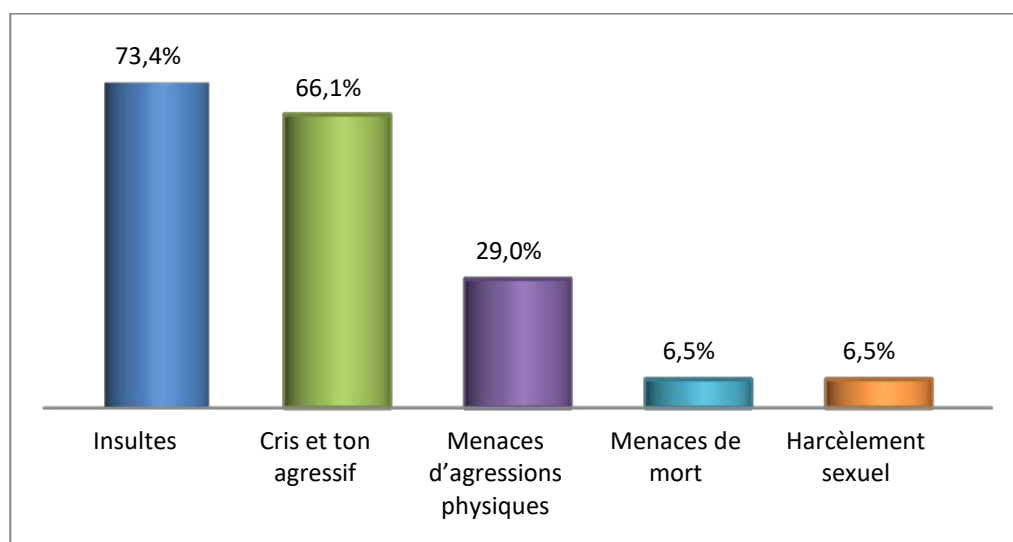


Figure 10: Nature des violences exogènes verbales

b. Nature des violences exogènes physiques :

Les poussées étaient les actes de violence exogène physique les plus rapportés à 77 % (21 fois). Les autres types : coups, strangulation et menace par arme blanche ont été rapportés une seule fois chacun.

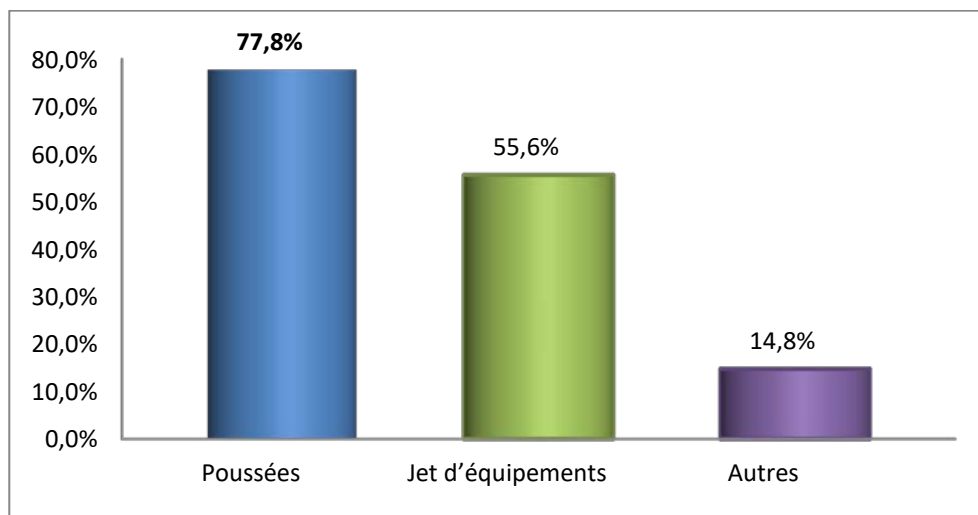


Figure 11: Nature des violences exogènes physiques

c. Lieux des violences exogènes :

Le couloir constituait le premier lieu de survenue des actes de violence exogène (rapporté dans 50 % des cas).

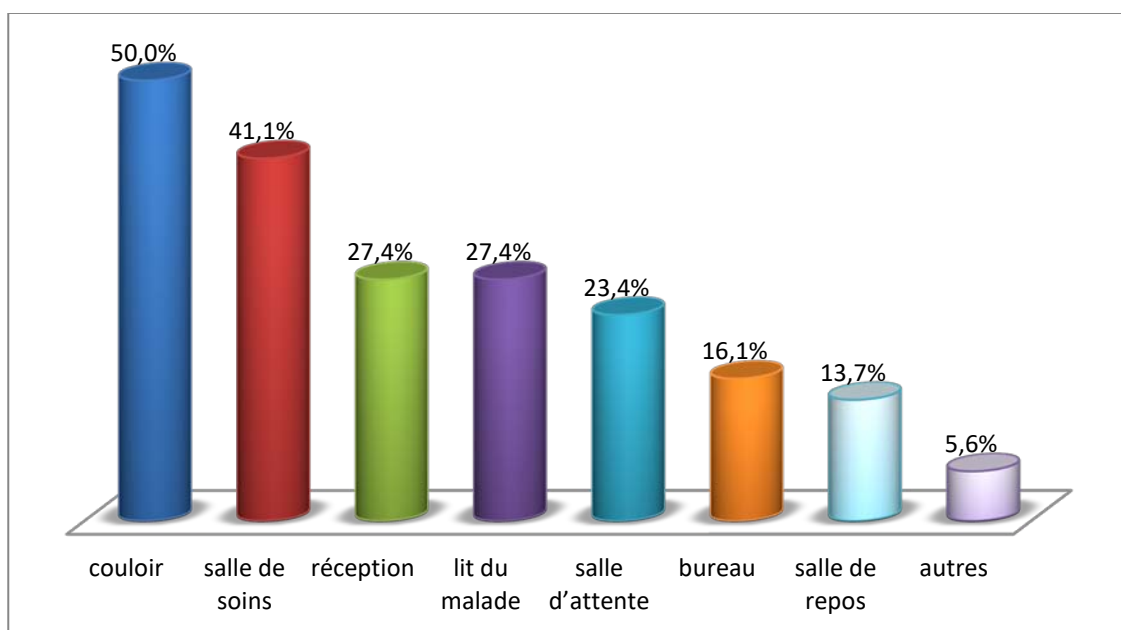


Figure 12: Lieux des violences exogènes

d. Horaire de survenue des actes de violence :

Le 1/3 des actes de violence exogène sont survenues pendant la nuit (35,5% des cas).

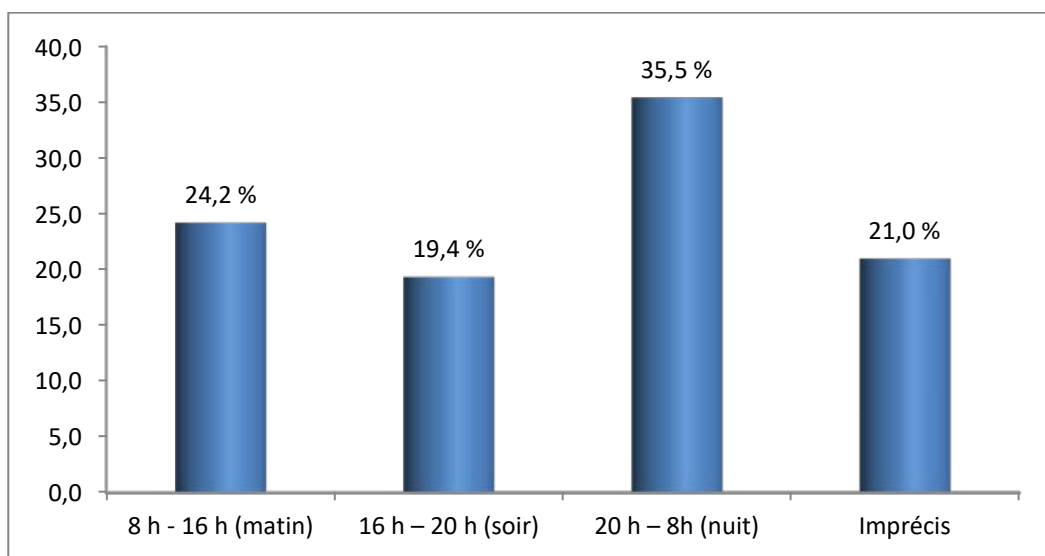


Figure 13: Horaire de survenue des actes de violence.

e. Fréquence d'exposition aux actes de violence exogène :

La fréquence d'exposition à la violence exogène dans notre série était surtout mensuelle (48,4%).

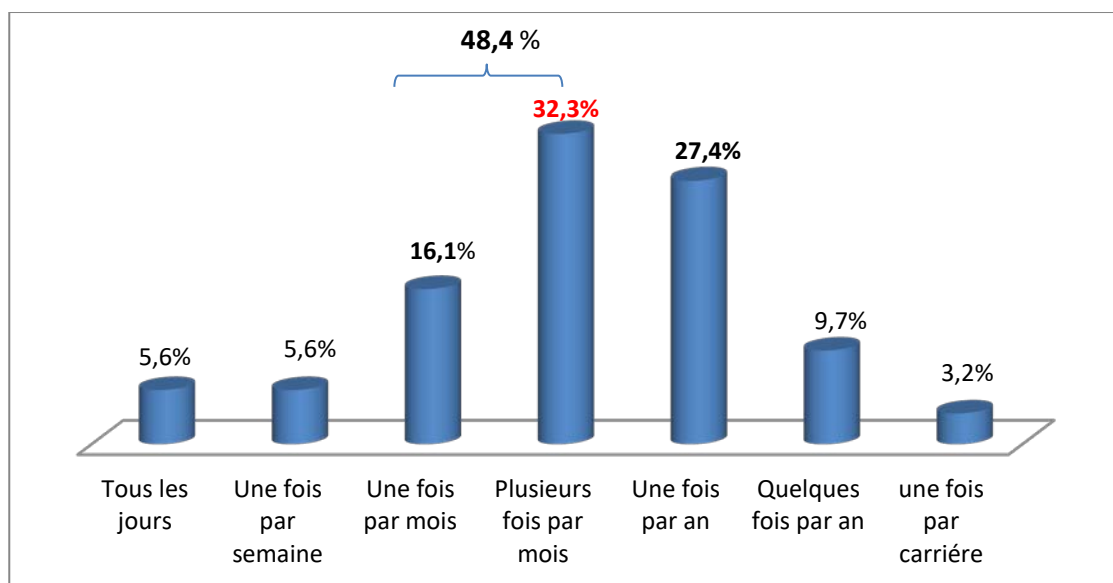


Figure 14: Fréquence d'exposition à la violence exogène

f. Profil d'auteur de la violence exogène :

L'agresseur dans notre série était en premier lieu le père du patient à 66 % (rapporté 82 fois).

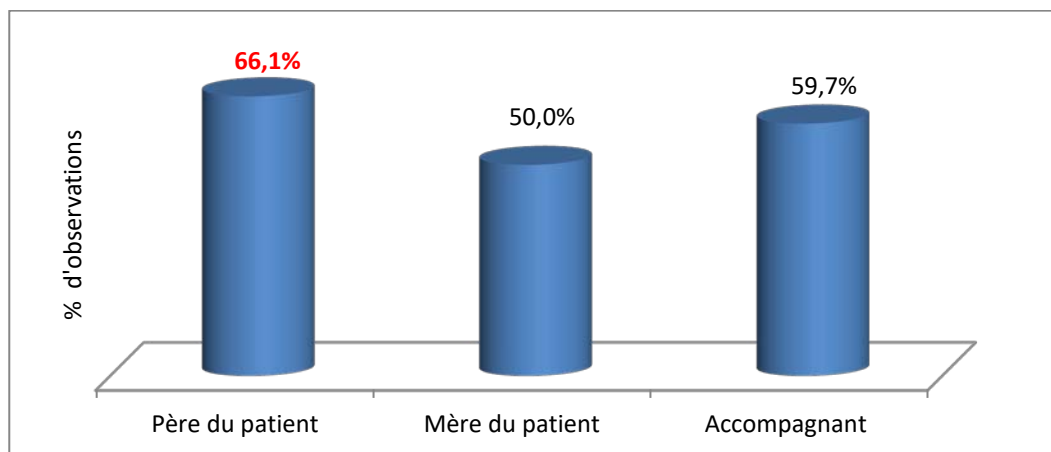


Figure 15: Profil de l'auteur de la violence exogène

g. Circonstances et causes probables de la violence exogène:

La violence exogène était due dans majorité des cas au délai d'attente jugé trop long (57 %), suivi de l'insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge (46 %).

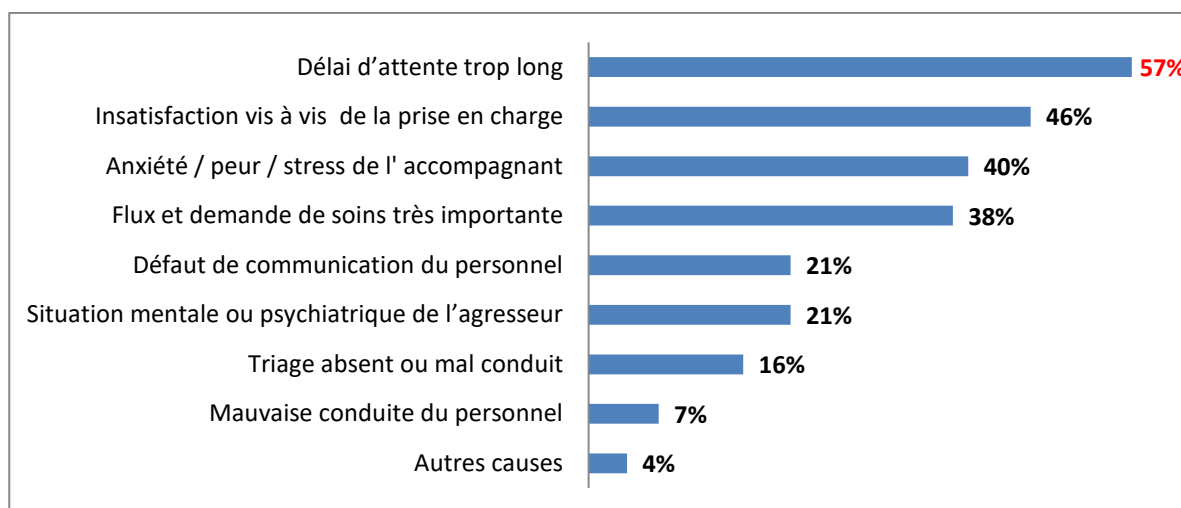


Figure 16: Circonstances et causes probables de la violence exogène

3. Violence interpersonnelle (endogène) :

3.1. Prévalence des sous types de la violence interpersonnelle (VIP) :

La majorité des cas de violence interpersonnelle était du type violence verbale. Seulement 3 cas étaient du type violence physique.

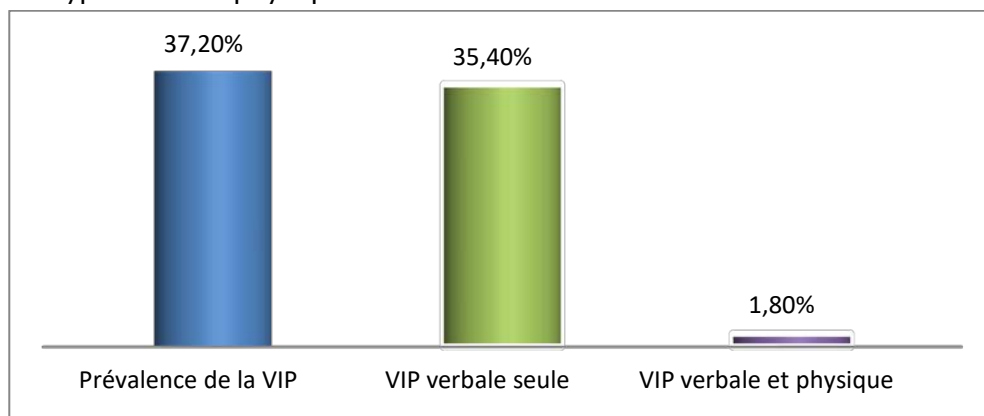


Figure 17: Prévalence des sous types de la violence interpersonnelle

3.2. Prévalence de la violence interpersonnelle selon les catégories professionnelles :

Le personnel médical était plus exposé à la violence interpersonnelle (46 %) que le personnel paramédical (31%).

Tableau X: Prévalence de la violence interpersonnelle selon les catégories professionnelles

Catégorie professionnelle	Prévalence	
	effectif	%
Personnel médical	(n=29 / 63)	46 %
Personnel paramédical	(n=31 / 101)	31,6 %

3.3. Nature des violences interpersonnelles verbales :

Les cris et ton agressif étaient les formes de violences interpersonnelles les plus observées (74%), suivis des insultes (49%).

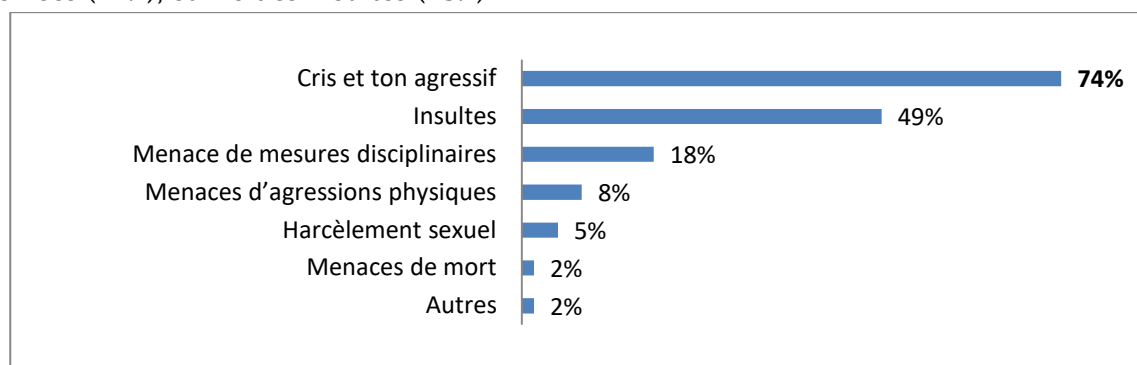


Figure 18: Nature des violences interpersonnelles verbales

3.4. Nature des violences interpersonnelles physiques :

Parmi les 3 cas de violence interpersonnelle physique reportés dans notre série, 2 cas étaient victimes de poussée et 1 cas de jet d'équipement.

3.5. Profil de l'auteur de la violence interpersonnelle :

L'infirmier était le premier auteur présumé de la violence interpersonnelle (62 %).

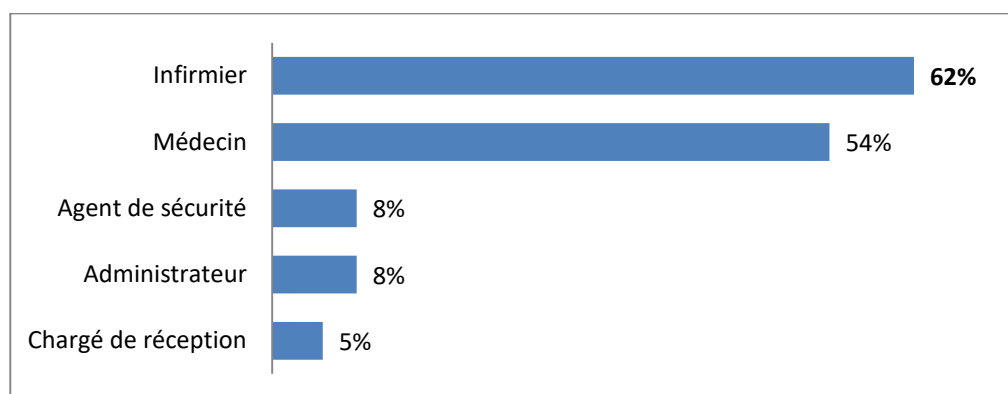


Figure 19 : Profil de l'auteur de la violence interpersonnelle

3.6. Déclaration de la violence interpersonnelle:

La majorité des actes de VIP n'étaient pas déclarés (82 %) à l'administration.

3.7. Qualité de la relation interpersonnelle en milieu hospitalier pédiatrique :

Selon le personnel enquêté, la relation interpersonnelle était qualifiée entre bonne et moyenne (77%).

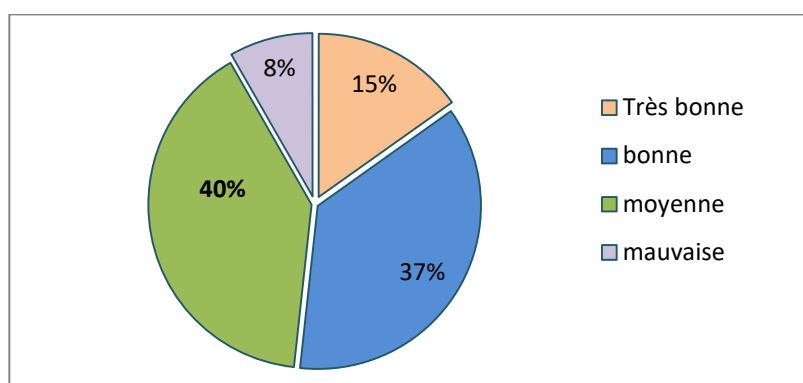


Figure 20: Qualité de la relation interpersonnelle

III. Les suites à la violence:

1. Réaction des victimes suite à la violence:

La moitié des victimes n'ont pas exprimé aucune réaction, alors que l'autre moitié s'était auto défendue.

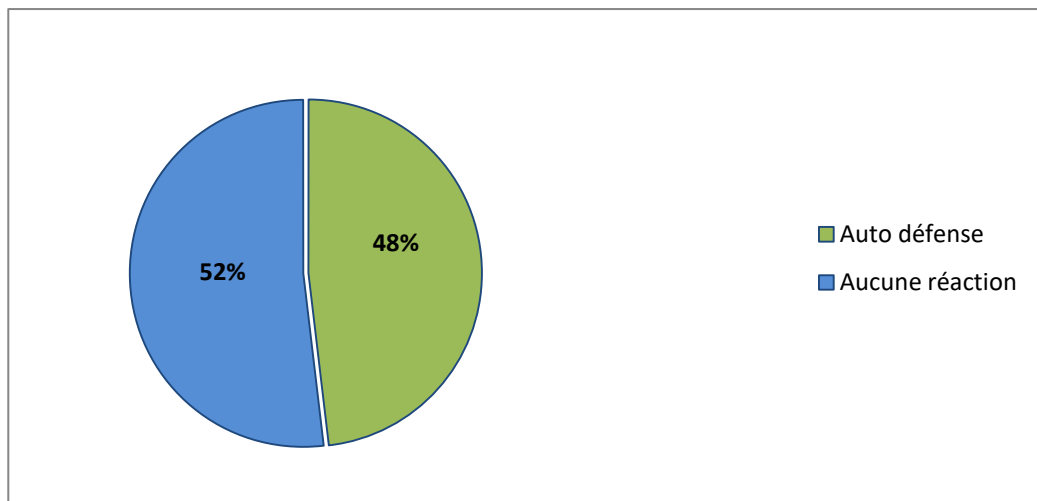


Figure 21: Réaction des victimes suite à la violence

2. Déclaration et notification de la violence:

2.1. Taux de déclaration:

Seulement 40 % (n= 52) des victimes ont déclaré l'incident de violence auprès de l'administration et seulement 21 % (n=29) l'ont déclaré auprès de la police.

2.2. Causes de l'abstention à la déclaration:

Deux tiers (60%) des victimes n'ont pas déclaré l'incident. Dû dans la plupart des cas à l'inutilité de la déclaration (47%).

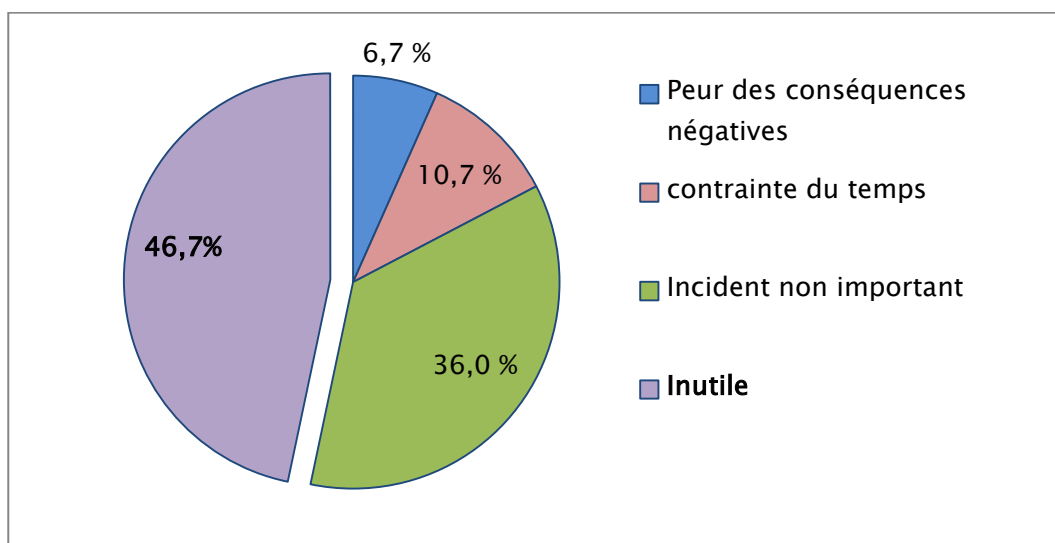


Figure 22: Causes de l'abstention à la déclaration

2.3. Ressort après la déclaration:

La moitié des cas déclarés n'ont pas été pris en considération par l'administration (52%).

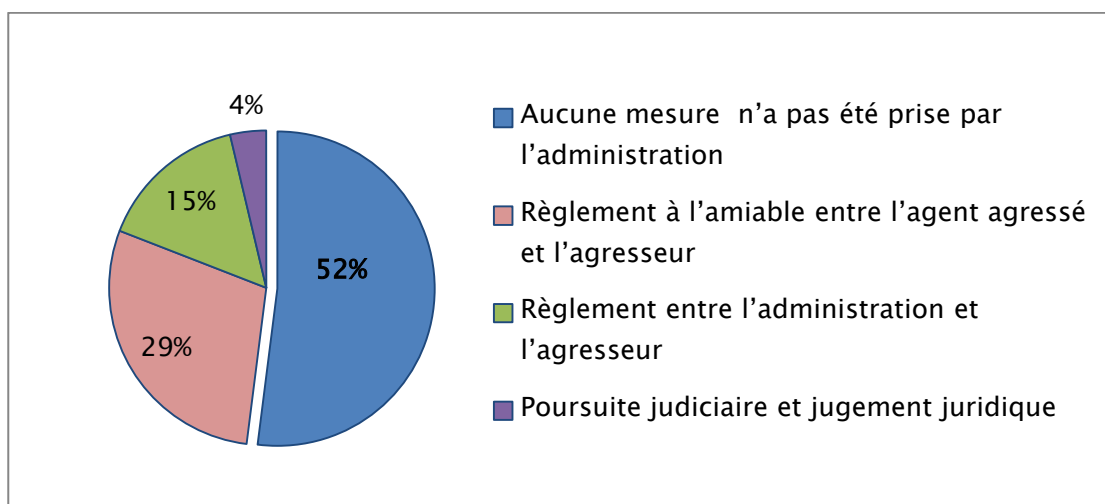


Figure 23: Ressort après la déclaration

2.4. Niveau de satisfaction des mesures prises:

La majorité des victimes ayant déclaré la violence étaient insatisfaits des mesures prises par l'administration (60 %).

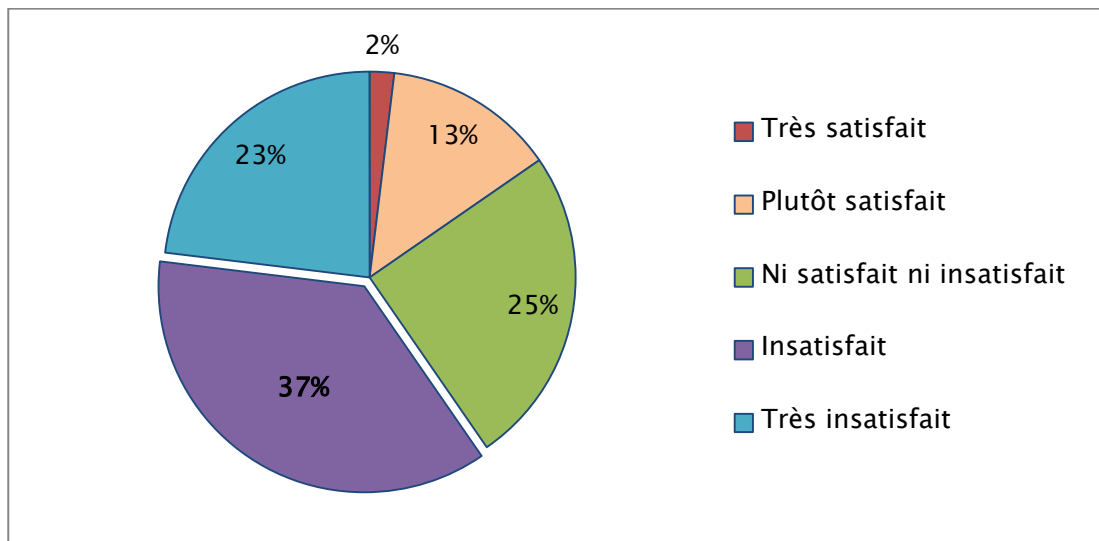


Figure 24: Niveau de satisfaction des mesures prises

3. Conséquences et impact sur la santé physique du personnel :

Parmi les victimes de la violence physiques, quatre cas (3%) ont répondu avoir des lésions ou dommages corporels post-incident. Deux étaient des ecchymoses et deux étaient des écorchures. Aucune lésion de type : plaie, hématome ou dommage permanent n'a été rapportée.

4. Conséquences et impact de la violence sur la santé mentale des victimes :

Suite à l'exposition à la violence :

- 26 % (n= 34/133) des victimes avaient présenté des signes d'anxiété type: peur, cauchemars, insomnies.
- 31 % (n=41 /133) des victimes étaient en désespoir et déception.
- 23 % (n= 30/133) des victimes avaient besoin d'aide psychologique et psychiatrique.
- 5 % (n= 6 cas) des victimes avaient pris des médicaments : 4 cas type anxiolytique; 2 cas type myorelaxant.

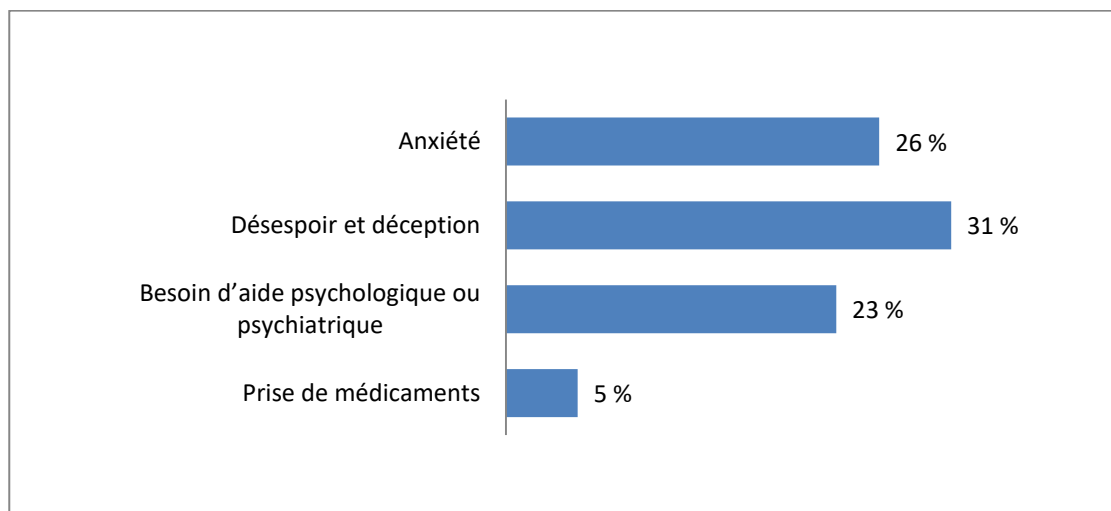


Figure 25: Conséquences et impact sur la santé mentale des victimes

5. Conséquences et Impact sur le travail :

5.1. Interruption temporaire de travail (ITT) :

Dans notre étude, l'interruption temporaire de travail (ITT) est survenue chez **21 %** des victimes (n=28). Elle était une interruption de quelques heures dans la majorité des cas. Aucun cas d'ITT de plus de 21j n'a pas été notifié.

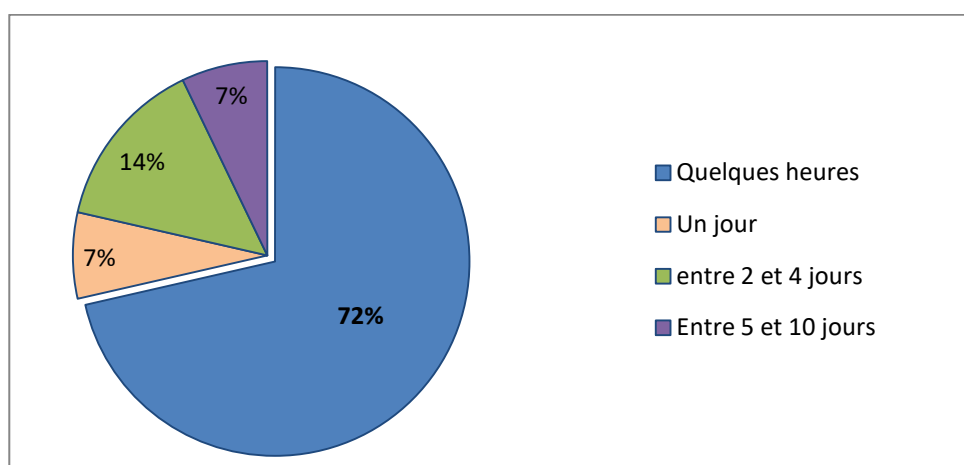


Figure 26: Répartition des interruptions temporaires de travail suite à la violence

5.2. Retentissement sur la vie professionnelle :

Parmi les victimes de violence :

- 15 % (n= 20/133) ont pensé de cesser de travailler définitivement suite à l'incident.

- 32 % (n= 43/133) ont pensé de changer le service après l'incident.
- 20 % (n= 27/133) ont pensé de changer le métier suite à l'incident.
- 45 % (n= 59/133) avaient un changement négatif d'attitude et manque d'enthousiasme envers le travail suite à l'incident.
- 42 % (n= 55/133) ont réduit la communication ou contact avec le patient, sa famille ou accompagnant suite à l'exposition fréquente à la violence.
- 16 % (n= 21/133) ont évité de prendre des décisions risquées médicalement suite à l'exposition fréquente à la violence.
- 13 % (n=13/133) ont réduit le temps des soins suite à l'exposition fréquente à la violence.

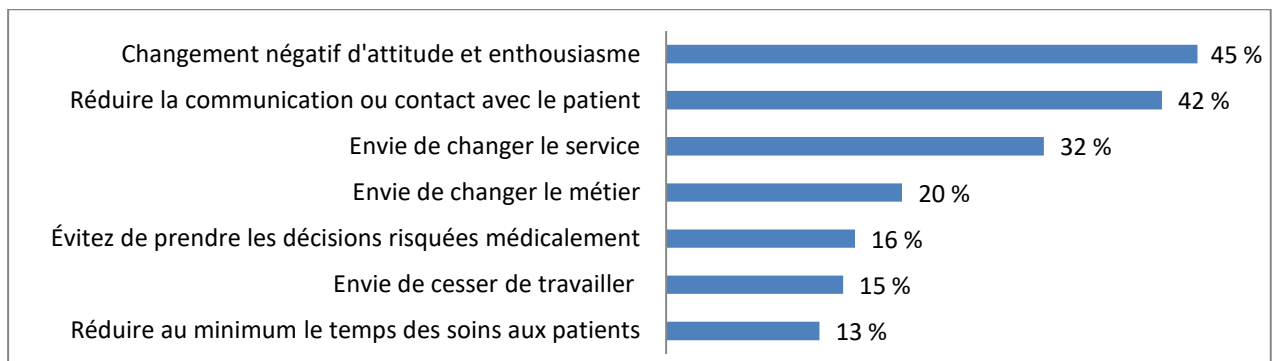


Figure 27: Retentissement sur la vie professionnelle

IV. Procédure et moyens de prévention de la violence en milieu hospitalier :

1. Disponibilité des moyens de prévention :

1.1. Outils de protection et notifications :

- La majorité des services disposent de caméras de surveillance, à l'exception du service de réanimation pédiatrique. Cependant, le nombre de cameras est insuffisant (1 camera/service) et la localisation est inadéquate (entrée de chaque service).
- La majorité des services disposent d'un agent propre de sécurité, à l'exception des services de la réanimation et de néonatalogie.
- Les alarmes de notification du danger auprès du personnel sont quasi-inexistantes dans tous les services.

1.2. Connaissance de procédure et disponibilité de formation :

- La majorité (95 %) du personnel n'a jamais reçu de formation adéquate sur la prévention et la lutte contre la violence en milieu de soins. Le personnel infirmier de néonatalogie était le seul qui a eu une formation sur la gestion des conflits en milieu de soins.
- La majorité du personnel méconnaît la procédure de notification d'acte de violence (58 %).

2. Système de recueil et de prise en charge des événements violents :

A travers les documents qu'on avait consulté ainsi que les informations recueillies auprès du service des affaires juridiques du CHU, nous avons établi ce schéma concernant le système de recueil et prise en charge en cas d'incident violent :

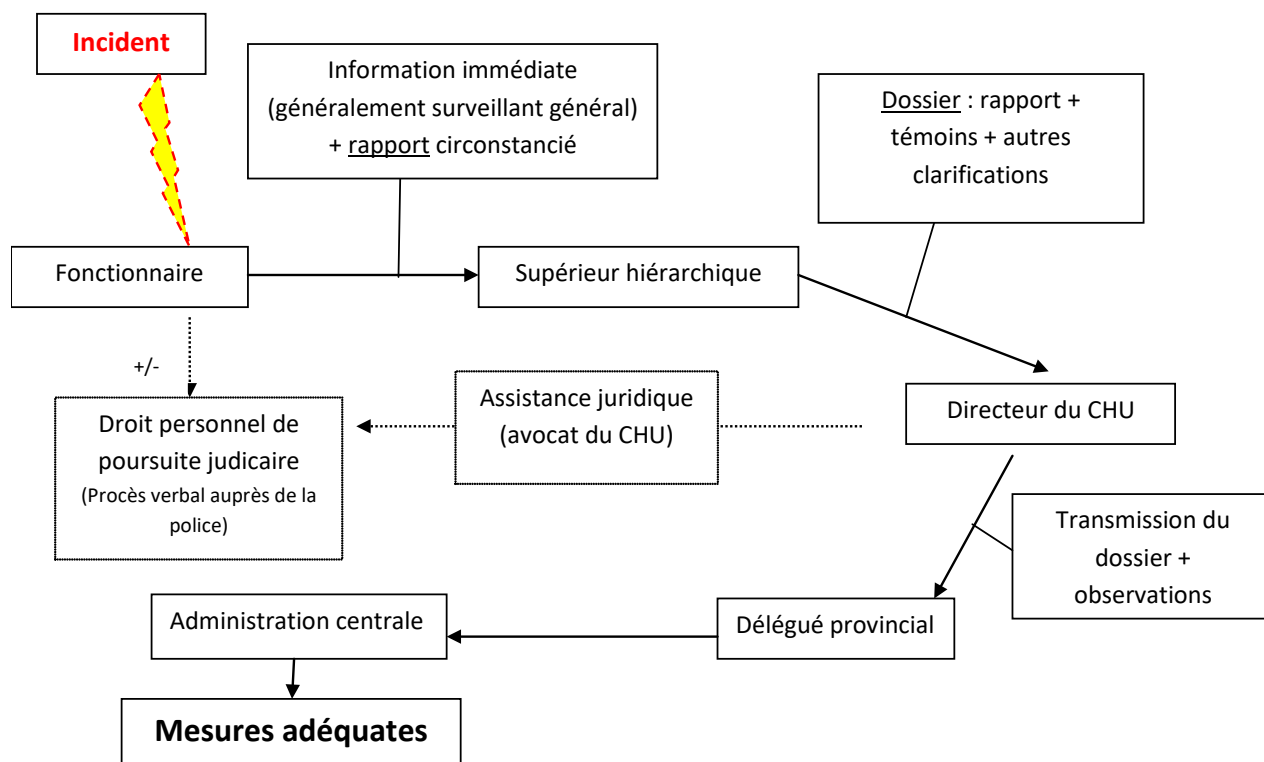


Figure 28: Procédure de prise en charge en cas d'incident violent au CHU du Marrakech

3. Recommandations du personnel pour la prévention de la violence :

– Parmi les moyens de prévention de la survenue des violences en milieu de soins, la bonne organisation du déroulement de travail (effectif suffisant, bon triage, numéro d'ordre ...) vient en premier lieu (82 % du personnel enquêté).

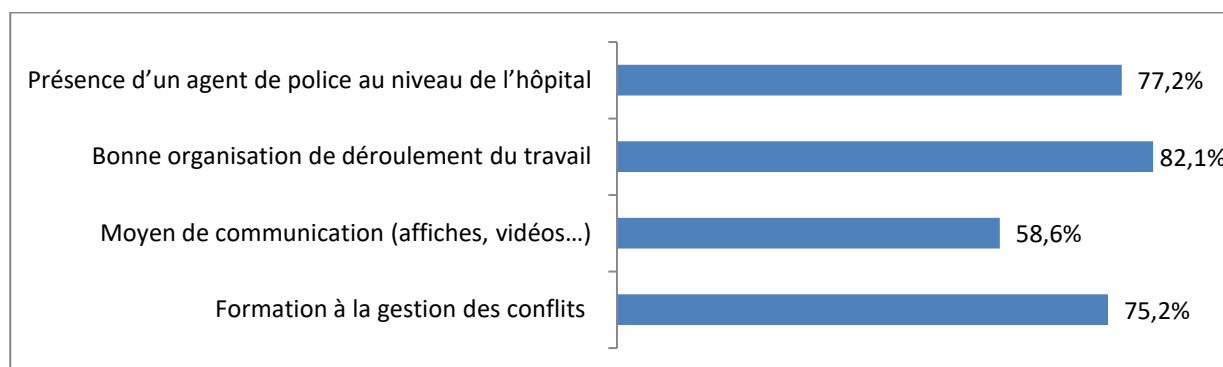
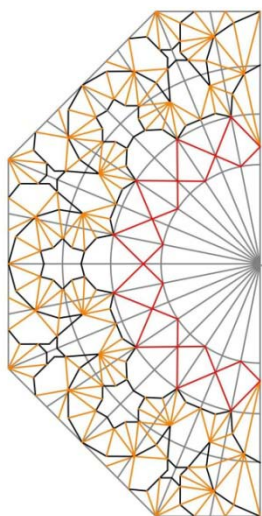


Figure 29: Propositions par le personnel pour la prévention de la violence

- D'autres propositions du personnel ont été soulevées :

- o Le renforcement de la sécurité dans les services.
- o La formation adéquate des agents de sécurité pour le travail hospitalier.
- o Amélioration de la conduite comportementale du personnel.
- o Augmentation de l'effectif du personnel et des structures de soins.
- o Respect des niveaux hospitaliers pour le transfert des malades.



DISCUSSION

I. Définitions et généralités:

1. Définition et typologie de la violence :

1.1. Définition de la violence :

Le concept de violence, en soi, représente une notion particulièrement importante puisqu'elle parcourt un ensemble de domaines : biologie et génétique, anthropologie, psychologie, sociologie, politique, etc. Or, dans chacune de ces sphères, la violence occupe une place et des fonctions bien spécifiques [13].

La violence est un concept assez large et couvre un vaste spectre de faits. Chaque auteur essaie de la définir différemment de son collègue. Il la définit selon ses attitudes intellectuelles et ses préoccupations pratiques. Ceci rend impossible d'avoir un consensus pour la définition de la violence [14].

Étymologiquement, le mot violence provient du latin vis, la force, sur l'usage de laquelle elle repose. La violence est donc l'abus de la force ou son usage déréglé. Elle repose sur l'agressivité, mais il ne faut pas confondre celle-ci et la violence. [15]

Selon le « Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie clinique » (Jacques Postel, 1998), la violence est définie comme une « Force brutale qu'un être impose à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur. Elle est aussi représentée par toutes les conduites agressives qu'un sujet plus fort physiquement ou moralement fait subir à un plus faible : mauvais traitements (enfants maltraités), sévices sur le conjoint (femmes battues) ou même actions criminelles pouvant aller jusqu'au viol ou au meurtre ». [16]

L'OMS a défini la violence comme, la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou des privations [17].

La définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés ; elle couvre également toute une série d'actes qui vont au delà des actes de violence physique, incluant menace et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques ou les problèmes de carence et de développement affectif qui comportent le bien-être individuel, familial et communautaire.

En France, au sens du droit civil, la violence est l'acte dégagé ou non, provoquant chez la personne victime un trouble physique ou moral comportant des effets néfastes pour sa personne ou pour ses biens [14].

1.2. Typologies de la violence:

Face à la complexité et à la diversité des actes de violence, il existe différentes typologies de la violence :

- selon son auteur : violence dirigée contre soi-même, violence interpersonnelle et violence collective.
- en fonction de sa forme.
- en fonction de son origine : interne ou externe.

a. Selon l'OMS: [18]

a.1. La violence dirigée contre soi-même:

Elle comprend les comportements suicidaires et les sévices infligés à soi-même.

a.2. La violence interpersonnelle

Elle concerne :

- la violence familiale et la violence entre partenaires, c'est-à-dire entre membres d'une même famille et entre proches.

- la violence communautaire entre individus sans liens de parentés qui se connaissent ou pas. (Exemple : les violences institutionnelles: école, lieu de travail, établissements de soins, centre de détention).

a.3. La violence collective:

L'instrumentalisation de la violence par un groupe contre un autre motivé par des objectifs politiques, sociaux ou économiques : Conflits armés entre états, criminalité organisée, terrorismes...

b. Selon sa forme :[1,19]

La violence peut revêtir différentes formes :

b.1. La violence physique:

Violence exercée sur le corps même de la victime, qui porte atteinte à son intégrité : coups et blessures, bousculades, crachats, cheveux tirés, ...

b.2. La violence morale et/ou psychologique:

Toute action (geste, parole, écrit, comportement, attitude...) qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine ou du collectif. Elle comprend les humiliations, les menaces, le chantage, les critiques constantes.

b.3. La violence verbale:

Les propos infériorisants ou dégradants, itératifs ou non, portant atteinte à l'intégrité psychologique et morale du sujet. Elle regroupe les insultes, les reproches et les menaces.

b.4. Les incivilités:

C'est la petite malversation dont la répétition quotidienne rend pénible la vie en société. Il s'agit d'impolitesses et de comportements provocants.

c. Selon son origine : [20,21]

c.1. La violence interne :

Lorsque la violence s'exerce entre les membres d'une même communauté (membres de la famille, proches, collègues de travail).

c.2. La violence externe :

Elle est le fait de personnes extérieures à la collectivité (entre individus sans liens de parenté).

2. La violence au travail :

2.1. Définition de la violence au travail :

Définir la violence au travail est une tâche délicate. Cependant, bien que de nombreux chercheurs aient étudié les facteurs de prolifération de la violence au travail, ils ne sont pas unanimes pour la définition du concept de la violence au travail [22]. En plus de l'agression physique, la violence au travail comporte des formes de violence plus insidieuses ayant des conséquences profondes sur la santé mentale des victimes.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) a défini la violence au travail comme : « Incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris lors des déplacements depuis ou vers son lieu de travail, et incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé » [23].

La Commission Européenne (2001) qualifie la violence au travail d'une forme de comportement négatif ou d'action, dans les relations entre deux personnes ou plus, caractérisée par une agressivité qui a des effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur le lieu de travail. Cette agressivité peut se manifester soit par une simple attitude corporelle (provocante, méprisante, suffisante), soit par une véritable action violente, physique

ou verbale. La violence peut être exercée par des personnes à l'extérieur comme à l'intérieur de l'environnement de travail. [24]

La définition la plus citée dans nombreux articles est celle du Bureau International du Travail (BIT) qui stipule que la violence au travail est : « *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* » [25,26].

Certains auteurs incluent dans cette définition les incidents qui ont lieu sur le trajet entre le domicile du travailleur ou de la travailleuse et son lieu de travail [1, 23].

De son côté, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) en France a défini la violence au travail comme : « *Les violences au travail regroupent un ensemble d'agirs - physiques, comportementaux ou verbaux - dirigés à l'encontre de personnes, d'objets ou d'équipements, à l'initiative d'autres personnes sous l'emprise de situations ou de contextes professionnels dégradés* » [27].

Le Bureau International du Travail et l'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail (2010) proposent aussi des définitions similaires reprenant les notions de comportement inacceptable, abus, menace, humiliations, attaque, blessure, allant « *du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique* » [28]

L'OMS dans son rapport « *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé* » du programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP, adopte cette définition de la violence au travail : « *incidents pendant lesquels la personne est victime d'un comportement abusif, menacée ou agressée physiquement dans des circonstances liées à son travail, y compris sur le trajet entre le domicile et le lieu du travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de sa sécurité, de son bien-être ou de sa santé* ». [1;23]

Pour cette étude, la définition de la violence au travail prise comme support d'analyse et de discussion des résultats est celle citée dans le rapport de l'étude commune OIT/CII/OMS/ISP [1].

2.2. Typologie de la violence au travail:

La violence au travail peut être physique ou psychologique, souvent les deux à la fois. Les termes fréquemment employés sont : agression, attaque, insultes, intimidation, harcèlement sexuel ou raciste, menace [1].

➤ L'OMS définit ces deux aspects de la violence comme suit [1,18,29,30]:

a. La violence physique :

C'est l'usage de la force physique contre une autre personne ou un autre groupe entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques. Sont visés les actes qui consistent notamment à battre, donner des coups de pieds, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, lancer un objet, pousser, mordre et pincer.

b. La violence psychologique (verbale):

C'est tout usage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces.

La violence physique et violence psychologique se recouvrent souvent dans la pratique.

➤ Parmi les violences au travail, on distingue deux entités bien individualisées [21, 31–33] :

c. La violence au travail interne ou endogène ou organisationnelle:

Entre les membres d'une même organisation de travail résultant en général des rapports sociaux ou de domination au travail ou plus rarement de l'usage de la violence comme instrument de pouvoir. Ce sont des comportements internes aux collectifs de travail (collègue, hiérarchie) soit sous forme d'une agression ouverte (physique ou verbale) soit sous une forme plus dissimulée (harcèlement moral). Il s'agit de violence entre collègues commises au sein de

l'entreprise par des salariés ou des responsables hiérarchiques (conflit, brimades, harcèlement moral...).

d. La violence sociale ou violence externe ou exogène:

Subie par les travailleurs. Il s'agit de conflits entre le salarié et des personnes extérieures à l'entreprise (clients, usagers, patients...) sous forme d'agressions verbales ou physiques.

Ces deux catégories ont fait l'objet de notre travail avec focalisation sur la violence exogène.

2.3. Distinction des actes de violence au travail: [12]

Parmi les actes de violence au travail, on distingue : les atteintes aux biens et les atteintes aux personnes. L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé Français (ONVS) fait le parallélisme avec le code pénal et les classe par niveaux en fonction de leur gravité [12] :

a. Atteintes aux biens :

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

Niveau 2 : vols avec effraction.

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

b. Les atteintes aux personnes :

Niveau 1 : injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibés 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, 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 ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoirs, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.).

2.4. Les facteurs de risque de la violence au travail :

La maîtrise des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail afin de promouvoir la santé au travail constituent un véritable facteur de performance d'un établissement de santé [34,35]. L'agression subie par le personnel de soin constitue un des risques majeurs qui met en péril son bien-être et la stabilité de son travail.

La violence constitue une problématique importante dans notre système de soins. C'est un phénomène complexe qui résulte de l'intrication de plusieurs facteurs étiologiques [36].

L'ensemble des facteurs associés à l'émergence de la violence au travail en particulier l'externe a été étudiée par plusieurs auteurs, chacun a essayé de cerner ce problème d'une perspective particulière sans toutefois faire une analyse systémique du phénomène.

De ce fait, ces études ont été axées sur : [25, 36-41]

- **Les facteurs individuels :** qui peuvent donner naissance à des situations de violences au travail. Ils sont liés soit à l'agresseur ou à la personne victime de la violence au travail.
- **Les facteurs sociaux :** tels le changement sociétal, la pauvreté, l'image véhiculée entre autre par les médias sur le métier et le comportement de ceux qui l'exercent, qui porte atteinte à leur image et à leur identité.

- **les facteurs environnementaux** : tels le niveau du bruit, la qualité de l'air, la disponibilité des salles d'attentes, l'état des locaux et l'éclairage en milieu de travail.
- **Les facteurs organisationnels** : la pénurie des ressources, le style de gestion : support de la hiérarchie, la surcharge du travail, le délai d'attente, l'ambiguïté de rôles, le circuit individualisé, la communication) et leurs liaisons avec l'émergence des situations de violence au travail et particulièrement en milieu de soins.

A l'égard de ce qui précède, le phénomène de la violence au travail est un phénomène multifactoriel (figure 30), qui nécessite une vision systémique pour apporter une réponse convaincante sur les facteurs favorisant les situations de violence au travail contre les employés.

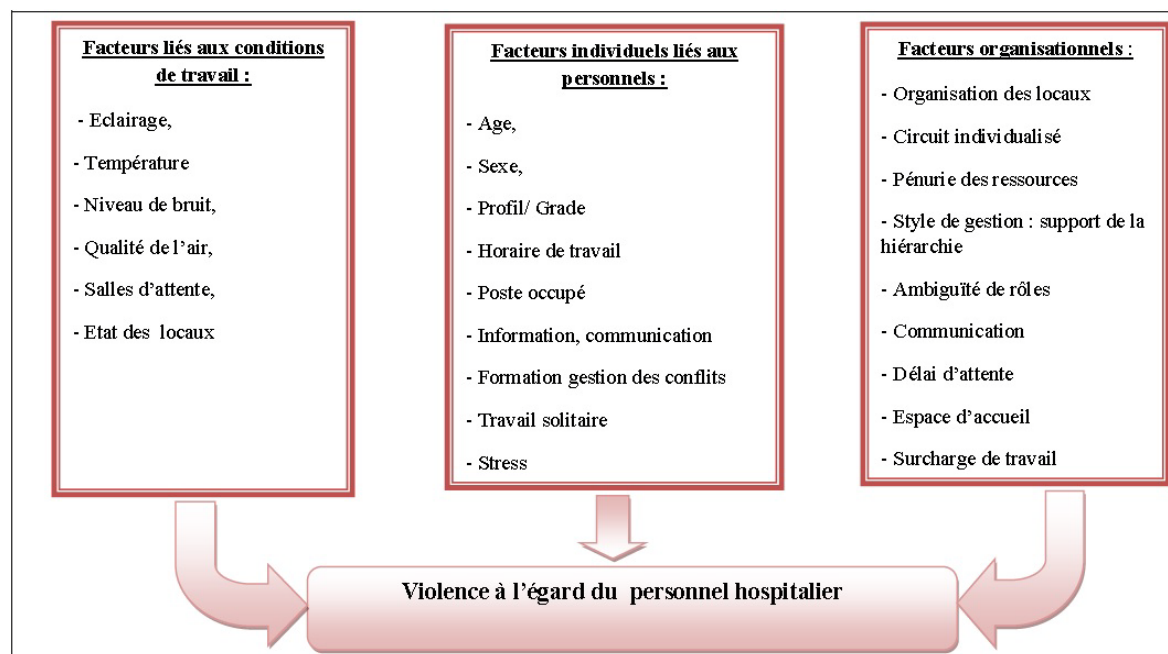


Figure 30: Facteurs de risque de la violence au travail [42].

II. Mécanismes organisationnels des violences au travail :

Différents modèles ont été proposés pour comprendre les situations de violence au travail, c'est à dire les mécanismes organisationnels, environnementaux et personnels qui favorisent la violence au travail afin de mettre en place un système de prévention. Les modèles

utilisés ne sont pas univoques et varient en fonction des concepts étudiés de violence externe ou violence interne. Nous proposerons trois modèles.

1. Le modèle de Poyner et Warne (1986) :

Il concerne les situations de violences externes. Il s'agit d'un modèle assez élémentaire mais qui a contribué à orienter nombre d'études et de dispositifs de prévention notamment en grande Bretagne. Il est focalisé sur l'interaction entre l'agresseur et le travailleur (la victime). Sa structure est fondée sur cinq éléments de base : l'agresseur (Assailant), la victime (Employee), la nature de l'interaction (Type of interaction), la situation de travail (Situation) et les conséquences (Outcome). [14]

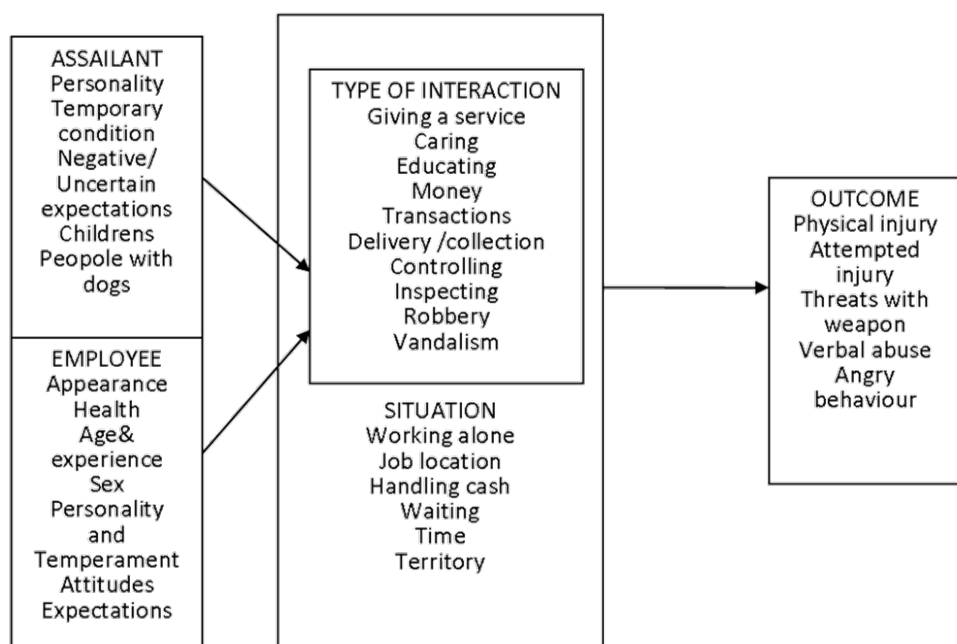


Figure 31: Modèle de Poyner et Warne (1986) [14]

2. Le modèle interactif de Chapell et Di Martino (BIT 1998)

Chapell et Di Martino [43, 44] , inspirés par l'étude conduite par le *Tavistock institute of human relations* de Londres, proposent un modèle interactif entre l'agresseur et le salarié (la

victime) susceptible de déclencher un acte de violence au travail en tenant compte des facteurs de risque individuels et professionnels et prenant en considération les deux types de violence interne et externe (fig.3)

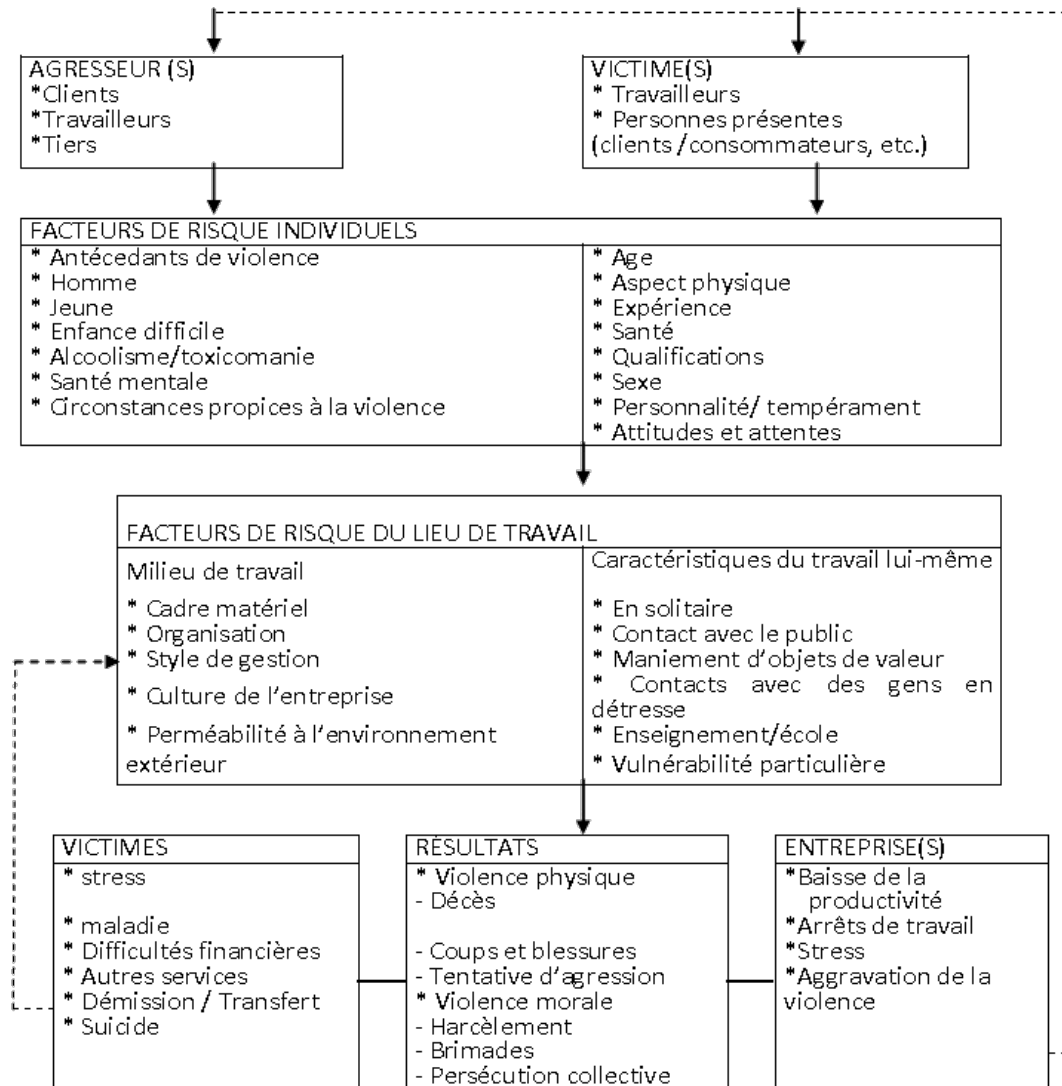


Figure 32: Modèle interactif de Chappell et Di Martino (BIT 1998) [43,44]

3. Le modèle de Favaro: [14]

La violence est vue comme modalité de dysfonctionnement, elle est envisagée aussi bien en qualité d'élément contributif (variable d'entrée) que comme retombée indésirable (variable de

sortie) d'une dynamique organisationnelle d'ensemble, appréhendée comme structurellement dysfonctionnelle. Le concept utilisé ici : violence externe = violence sociale et violence interne = violence organisationnelle. Le modèle de Favaro [14] distingue trois niveaux d'analyse et de compréhension du risque d'émergence de violences au travail. Un niveau macro qui concerne les perturbateurs organisationnels, un niveau méso pour les règles de travail et un niveau micro représenté par le mal être organisationnel et les comportements déviants. Pour l'auteur, le modèle proposé contribue à montrer que les violences au travail s'installent progressivement, et parfois même insidieusement, et qu'elles témoignent que ces violences, prennent valeur de symptômes d'une dégradation problématique du vivre ensemble comme le décrit C. Dejours [29].

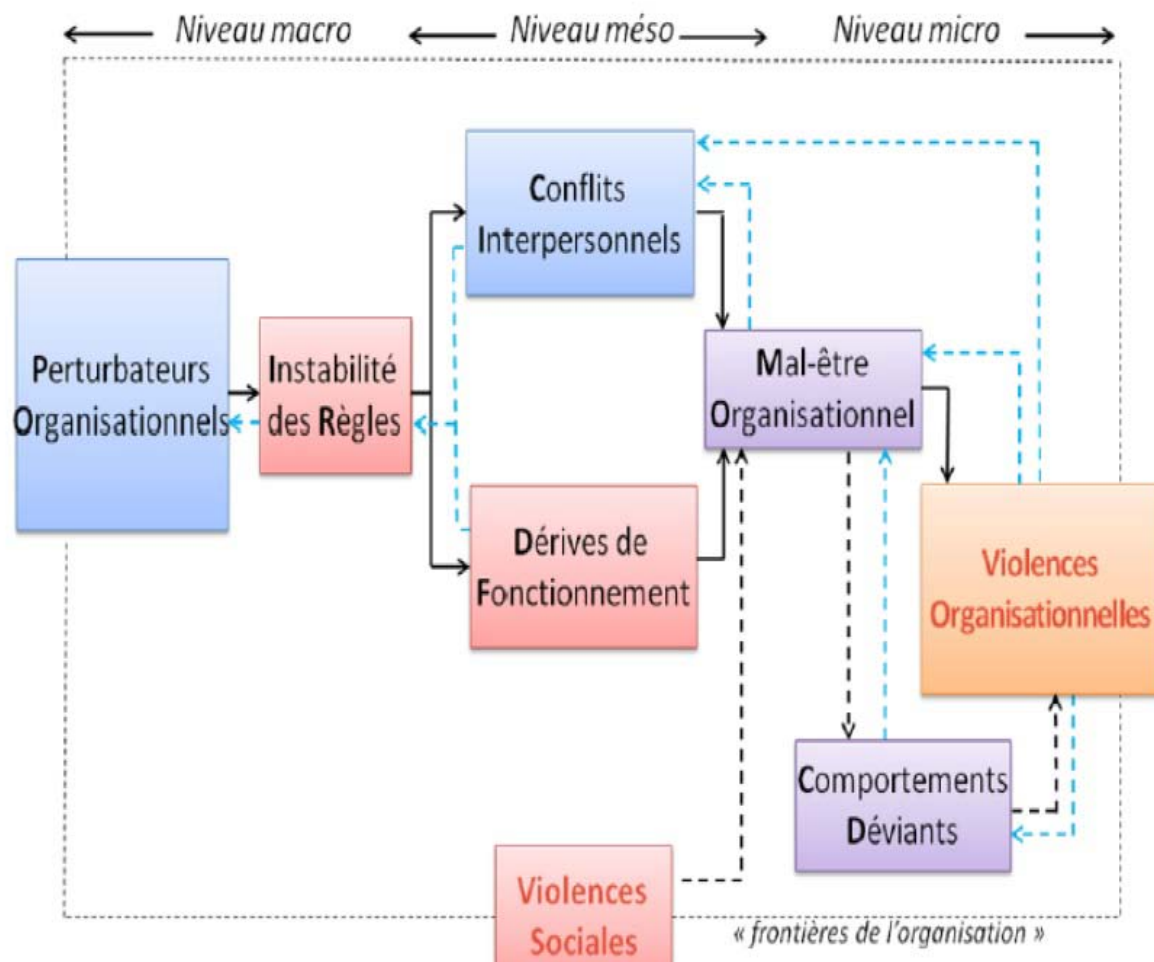


Figure 33: Modèle de situations de violences au travail d'après M. Favaro [14]

- Perturbateurs organisationnels : comme les enjeux de notoriété/d'image, le fonctionnement du système, la complexité technologique et organisationnelle, la rigidité des politiques internes, la concurrence et les marchés...
- Instabilité des règles : de procédure, de gestion, de métier, de techniques...
- Conflits interpersonnels : comme le clanisme, la suspicion, la défiance, les rivalités, les jalousies, les dénigrements, les tensions, les désaccords, les contentieux...
- Dérives de fonctionnement : tels les grèves, l'absentéisme, les accidents et incidents, la violation de procédures, la marginalisation des encadrants, l'isolement de services, les circuits d'information inadaptés, les plaintes, la démotivation....
- Mal être organisationnel : tels que mécontentement, malaise, méfiance, suspicion, frustration, sentiment d'inutilité, d'insécurité, d'injustice, stress, perte d'estime de soi, dépression, burnout....
- Comportement déviants : vols, atteintes aux biens, fraudes, transgressions, sabotage, tromperies....
- Violences internes ou organisationnelles :
 - visibles (explicites): meurtre, suicide et tentative de suicide, séquestration, agression physique, agression verbale, menaces, intimidation, mobbing (harcèlement moral), bullying (intimidation), calomnies, diffamation.
 - invisibles (implicites): chantage, harcèlement, abus de pouvoir, humiliations, rumeurs, lettres anonymes...
- Violences externes ou sociales : Verbales et/ou physiques en direction du personnel de l'entreprise.

III. Aspects législatifs et procédures :

1. Au niveau du Maroc :

Dans notre pays, il n'y a pas de législation spécifique à la violence au travail. Cependant, Il existe différents dispositions légales générales qui sont garantes de la sécurité du citoyen et du travailleur et qui relèvent de la responsabilité de l'état et des dispositions particulières aux travailleurs où l'obligation de sécurité incombe à l'employeur. Il lui revient d'évaluer les risques et de prendre les mesures nécessaires pour assurer et protéger la santé physique et mentale ainsi que la sécurité de ses salariés.

Ainsi, il est stipulé les principes suivants :

1.1. La constitution: [45]

La constitution Marocaine de 2011 a donné un grand intérêt au droits personnels, ainsi l'article 20 traite le droit à la vie alors que l'Article 21 garantit le droit à la sécurité personnelle. L'article le plus pertinent, dans le cadre de la criminalisation de toute forme de violence, est sans doute l'Article 22 interdisant de manière explicite toutes les atteintes à l'intégrité et à la dignité morale et physique de la personne. Il se lit :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité physique ou morale de quiconque, en quelque circonstance que ce soit et par quelque personne que ce soit, privée ou publique. Nul ne doit infliger à autrui, sous quelque prétexte que ce soit, des traitements cruels, inhumains, dégradants ou portants atteinte à la dignité »

1.2. Le code pénal: [46]

a. Outrages et violence à fonctionnaire public:

Les articles 263 et 267 du code pénal marocain consacre un intérêt spécial aux atteintes au fonctionnaire en stipulant au niveau de l'article 263: « *Est puni de l'emprisonnement d'un*

mois à un an et d'une amende de 250 à 5.000 dirhams, quiconque, dans l'intention de porter atteinte à leur honneur, leur délicatesse ou au respect dû à leur autorité, outrage dans l'exercice de leurs fonctions ou à l'occasion de cet exercice, un magistrat, un fonctionnaire public, un commandant ou agent de la force publique, soit par paroles, gestes, menaces, envoi ou remise d'objet quelconque, soit par écrit ou dessin non rendus publics... »

L'Article 267 : *« Est puni de l'emprisonnement de trois mois à deux ans, quiconque commet des violences ou voies de fait envers un magistrat, un fonctionnaire public, un commandant ou agent de la force publique dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de cet exercice :*

Lorsque les violences entraînent effusion de sang, blessure ou maladie, ou ont lieu soit avec préméditation ou guet-apens, soit envers un magistrat ou un assesseur-juré à l'audience d'une cour ou d'un tribunal, l'emprisonnement est de deux à cinq ans.

Lorsque les violences entraînent mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'œil ou autre infirmité permanente, la peine encourue est la réclusion de dix à vingt ans.

Lorsque les violences entraînent la mort, sans intention de la donner, la peine encourue est la réclusion de vingt à trente ans.

Lorsque les violences entraînent la mort, avec l'intention de la donner, la peine encourue est la mort.

Le coupable, condamné à une peine d'emprisonnement peut, en outre, être frappé de l'interdiction de séjour pour une durée de deux à cinq ans ».

b. La violence d'une façon générale dans le code pénal:

Le code pénal punit la violence d'une façon générale, au niveau de l'article 392 lorsque elle engendre un meurtre.

L'article 400 condamne les blessures et les coups portés à quiconque, ainsi stipule :
« Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toutes autres violences ou voies de fait, soit qu'ils n'ont causé ni maladie, ni incapacité, soit qu'ils ont

entraîné une maladie ou une incapacité de travail personnel n'excédant pas vingt jours, est puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 200 à 500 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement .. »

Le code pénal inscrit désormais le harcèlement sexuel comme un crime passible de sanction par la loi au niveau de l'Article 503.

Le code pénal dans la section V s'intéresse aux atteintes portées à l'honneur et à la considération des personnes et de la violation des secrets au niveau des articles :

- Article 442 : « *Toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération des personnes ou du corps auquel le fait est imputé, est une diffamation.* »
- Article 443 : « *Toute expression outrageante, terme de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait, est une injure.* »
- Article 444 : « *Toute diffamation ou injure publique est réprimée conformément au dahir n° 1-58-378 du 3 jourmada I 1378 (15 novembre 1958) formant Code de la presse.* »

1.3. Le statut général de la fonction publique : [47]

Le Dahir n° 1-58-008 du 4 Chaabane 1377 (24 février 1958) portant statut général de la fonction publique, s'intéresse à l'obligation de l'administration publique d'assurer la protection des ses salariés au niveau de l'article 19 : « *L'administration est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, attaques, outrages, injures ou diffamations dont ils peuvent être l'objet à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Elle répare éventuellement et conformément à la réglementation en vigueur, le préjudice qui en est résulté dans les cas qui ne sont pas réglés par la législation sur les pensions et sur le capital décès, l'Etat étant subrogé dans les droits et actions de la victime contre l'auteur du préjudice* ».

1.4. Statut particulier du personnel des centres hospitaliers universitaires:

L'article 78 du Décret n° 2-03-535 portant statut particulier du personnel des CHU, publié au BO numéro 5140, 04 septembre 2003, p3174, reprend l'article 19 du statut général de la fonction publique assurant les mêmes droits du fonctionnaire publique au personnel de CHU.

1.5. Le règlement interne des hôpitaux marocains : protection et procédure :[48]

Le règlement interne des hôpitaux marocains consacre le chapitre huit (dernier chapitre) pour la protection du personnel, il stipule au niveau de l'article 98 intitulé protection juridique : « *En application du statut général de la fonction publique, la protection juridique du personnel en fonction à l'hôpital contre les menaces, agressions, attaques, outrages ou diffamation est garantie.*

Tout fonctionnaire ou agent ayant été victime d'un incident à l'occasion de l'exercice de ses fonctions doit informer dans l'immédiat son supérieur hiérarchique. Ce dernier constitue un dossier qu'il transmet sans délai au directeur de l'hôpital. Le dossier doit contenir notamment un rapport circonstancié sur l'incident et, le cas échéant, la déposition de témoin(s) et tout autre document de clarification.

Le directeur de l'hôpital saisit, par écrit et sans délai, le délégué du Ministère de la Santé à la préfecture ou province concernée et lui transmet le dossier complet, assorti de ses observations éventuelles en vue de sa transmission à l'administration centrale qui prend toutes les mesures adéquates pour assurer la défense de la personne concernée. »

Cet article décrit également la procédure à suivre en cas d'incident contre le personnel.

1.6. La violence au travail et l'accident du travail au Maroc : [49]

La violence au travail n'est considérée spécifiquement en tant qu'accident au travail et ces conséquences ne figurent pas parmi les tableaux des maladies professionnelles. Cependant, la nouvelle définition d'un accident de travail telle que citée dans la loi 18-12 relative à la réparation des accidents de travail entrée en vigueur depuis sa publication dans le bulletin officiel le 22 janvier 2015, qui stipule dans l'article 3 :

« est considéré accident du travail, chaque accident, quelle que soit sa cause, engendrant un dommage, au bénéficiaire des dispositions de la présente loi, s'il est salarié ou travaillait d'une façon dépendante au profit d'un ou plusieurs employeurs, à l'occasion, à cause ou en cours de travail ... Le dommage dans le concept de cette loi signifie toute blessure physique ou psychologique causée par l'accident du travail entraînant une invalidité partielle ou totale, temporaire ou permanente, au bénéficiaire de ses dispositions. »

L'interprétation de la présente définition permet d'intégrer la violence au travail en tant qu'accident du travail si elle remplit les conditions citées dans la définition ci-dessus, à savoir :

- Que l'acte de violence survient dans le lieu du travail ou trajet selon l'article 4.
- Que la violence engendre un dommage corporel ou psychique entraînant une invalidité.

Cependant, il est important à notifier que seuls les employés ou salariés contractuels aux hôpitaux ou aux services d'état comme les médecins résidents, internes et externes; tel que décrit au niveau de l'article 8 de la présente loi ; bénéficient des dispositifs de cette loi.

La loi 18-12 ne s'applique pas aux fonctionnaires publiques relevant de l'état qui sont régis par le statut de la fonction publique.

Le dommage psychique malgré sa désignation spécifique dans la nouvelle définition ne figure pas encore dans le tableau des maladies professionnelles en tant que maladie de nature psychique engendrée par le travail.

1.7. Le code du travail : [50]

Il s'applique surtout au salarié dans le secteur privé, et donne un intérêt surtout à la violence endogène surtout au niveau de l'article 40, Il considère comme fautes graves commises par l'employeur, le chef de l'entreprise ou de l'établissement à l'encontre du salarié :

- l'insulte grave ;
- la pratique de toute forme de violence ou d'agression dirigée contre le salarié ;
- le harcèlement sexuel ;
- l'incitation à la débauche.

Ce code préserve au salarié son droit de recours à la justice en cas des ces incidents.

2. En France :

Il existe en France des dispositions applicables aux risques d'agressions et plus largement au risque de violence externe [51-58] :

2.1. La reconnaissance de l'agression comme accident du travail et sa réparation :

L'agression verbale et/ou physique peut être considérée comme accident du travail et elle est réparée comme tel. Elle doit faire l'objet d'une déclaration en accident du travail même lorsqu'aucune lésion ou traumatisme n'a été immédiatement constaté.

2.2. La reconnaissance en maladies professionnelles :

Dans le cas de traumatismes psychologiques liés à des agressions ou à des incivilités répétées, la notion d'accident du travail disparaît pour laisser place à celle de maladie professionnelle. Bien qu'il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle pour le stress post traumatique, il peut être reconnu d'origine professionnelle, par la caisse primaire d'assurance maladie, lorsqu'il est établi qu'il est essentiellement et directement causé par le travail direct et habituel de la victime.

2.3. Rôle et responsabilité de l'employeur et des instances étatiques :

Il est fait obligation à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette obligation de sécurité de résultats concerne l'ensemble des risques encourus par les salariés dont les risques de violences externes. La non- atteinte de résultats (en cas d'accident au travail ou de maladie professionnelle) en matière de santé physique et mentale peut être jugée comme une faute inexcusable de l'employeur.

L'employeur est tenu, de protéger le salarié contre toutes formes de harcèlement et de violence au travail.

De plus, dans le secteur de la santé, devant l'importance du problème, il a été mis en place en 2000, par circulaire du ministère de l'emploi et de la sécurité, des mesures pour la

prévention et l'accompagnement des situations de violence et en 2005 par circulaire du ministère des solidarités, de la santé et de la famille un Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). [55,56]

2.4. Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) :

Cet observatoire a pour mission de recenser les événements remontés par les établissements de soins, afin d'établir les statistiques et d'apporter des solutions concrètes aux hôpitaux par la mise en place de plans d'action. La même année un protocole d'accord entre le ministère d'état, de l'intérieur et de l'aménagement du territoire et le ministère de la santé et des solidarités a été conclu pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats et pour renforcer la coopération entre les dits établissements et les services de l'état compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance [57].

En 2006, l'ONVS a mis à la disposition du personnel victime d'actes de violence un serveur pour faciliter la procédure de déclaration directe [59,60].

En 2010, un autre protocole d'accord a été conclu entre le ministère de la santé et des sports, le ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités locales et le ministère d'état, ministère de la justice et des libertés qui modifie et complète le précédent et formalise l'engagement de l'autorité judiciaire dans le dispositif partenarial de lutte contre les violences en milieu hospitalier [58].

2.5. Les sanctions pénales des violences :

Les menaces et les violences sont punies pénalement pour autant qu'elles soient constitutives d'une infraction. Par ailleurs, les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne et particulièrement les violences commises à son encontre sont punissables de peines plus lourdes lorsqu'elles sont commises sur des personnes occupant certaines professions dans l'exercice de leur fonction comme les professions de santé [53].

IV. Discussion des résultats:

1. Taux de réponse: (Tableau XI)

Dans notre série, taux de réponse était de 82%. Ce taux est très satisfaisant et rejoint la plupart des études que nous avons consultées et qui ont précisé ce taux.

L'effectif dans notre série était de 164 personnes, c'est le plus grand effectif selon nos connaissances des études faites à l'échelle nationale.

Tableau XI: Comparaison entre l'effectif et le taux de réponse selon les différentes études

Etude		Effectif	Taux de réponse
Etudes Nationales	Asri et al. [64] Hop Med V Meknès 2017	95	–
	Acharhabi et al [65] Centre de psychiatrie CHU Casa 2008	58	–
	Belayachi et al [9] Urg CHU Ibn Sina Rabat 2010	60	–
	ADEN A. [61] CHP Inzegane 2012	120	–
Etudes internationales	Boukortt-Taguine Algérie 2016 [62]	414	91%
	Hamdan et al [66] Palestine 2015	444	74.5%
	Gournay et al. Hôpitaux de Normandie 2002 [63]	996	73.2%
Notre série		164	82 %

2. Caractéristiques sociodémographiques: (Tableau XII)

2.1. Sexe :

Dans notre série, la prédominance était féminine à 62 % avec sexe ration H/F de 0,62. Ce résultat se concorde avec l'étude de Boukortt-Taguine [62] et en discordance avec la majorité des études qui ont trouvé une prédominance masculine.

2.2. Age :

La population dans notre série était jeune, ces données se concordent avec l'étude Belayachi et al [9], Boukortt [62] et Hamdan et al [66].

2.3. Catégories professionnelles :

Dans notre étude, le personnel paramédical était le plus représenté, caractéristique retrouvée dans la majorité des études.

Tableau XII: caractéristiques sociodémographiques des différentes études sur la violence

Etude		Effectif	Sexe	Age	Catégories professionnelles	
					Personnel médical (médecins)	Personnel paramédical (infirmiers)
Etudes Nationales	Asri et al. [64] Hop Med V Meknès 2017	95	Prédominance M à 63 %	– âge >50 ans : 57 %	29 % (n=28)	70 % (n=67)
	Acharhabi et al [65] Centre de psychiatrie CHU Casa 2008	58	–	–	18 % (n=11)	81 % (n=47)
	Belayachi et al [9] Urg CHU Ibn Sina Rabat 2010	60	Prédominance M à 57 %	Age moyen 24 ± 1 ans	100 % (n=60)	–
	ADEN A. [61] CHP Inzegane 2012	120	–	–	15 % (n=18)	85 % (n=102)
Etudes internationales	Boukortt-Taguine Algérie 2016 [62]	414	Prédominance F à 62%	– Age moyen 36 ans ± 10 – âge > 50 ans : 50 %	38.67% (n=160)	30.43% (n=126)
	Hamdan et al [66] Palestine 2015	444	Prédominance M à 76 %	âge > 30 ans : 50 %	32 % (n=142)	36 % (n=161)
	Ladhari et al France 2004 [7]	137	Prédominance M H/F= 1,7	–	24 % (n= 32)	76 % (n=105)
Notre série		164	Prédominance F à 62 %	– Age moyen 29,5 ± 6.5 – 62 % entre 26–35 ans	38 % (n=63)	61 % (n=101)

3. Violence exogène :

3.1. Prévalence de la violence exogène:

La prévalence de la violence exogène de notre étude est très élevée (75 %), ainsi qu'à l'échelle nationale. Elle était à 70 % dans l'étude menée par *Belayachi et al* [9] au niveau des urgences de CHU Ibn Sina à Rabat, à 83 % dans l'étude d'*Aden et al* [61], menée au CHP d'Inzegane et à 82 % dans l'étude d'*Acharhabi et al* [65], menée au centre psychiatrique de CHU Ibn Rochd). (Tableau XIII)

Cette fréquence élevée était également observée dans les pays en développement, 75 % en Algérie [62], 76 % en Palestine [66], 75.8 % en Bulgarie [72] et 61 % au Mali [69]. Cependant, les pays développés connaissent des taux moins élevés (32 % au Royaume Uni [67], France 43 à 54 % [63], Brésil 46 % [72]). (Tableau XIII)

La prévalence de la violence exogène verbale (75 % dans notre série) est plus fréquente que celle de la violence physique dans la majorité de la littérature. (Tableau XIII)

La prévalence de la violence exogène physique dans notre série (16,5 %) était la plus élevée dans les études marocaines (*Asri et al* 8 % [64], *Belayachi et al* 8 % [9]). Cependant, ce taux est plus faible par rapport à ceux mentionnés dans la littérature internationale notamment en *Algérie* (26 %), *Palestine* (35%), *USA* (50 %) et *France* (41.4 %). (Tableau XIII)

Cette exposition fréquente à la violence dans notre contexte exprime l'accroissement de la violence sociale grandissante ces dernières décennies, qui s'introduit même à l'hôpital et qui s'exprime surtout dans sa forme verbale [62]. Cette violence est également l'expression de la forte demande aux soins ainsi que la grande pression sur les services hospitaliers et la pénurie des moyens [64].

Ces actes violents reflètent également la rupture du pacte civique. Certes, les incivilités se rencontrent dans de nombreux espaces publics mais elles sont perçues comme particulièrement dégradantes quand elles surviennent à l'hôpital, classique sanctuaire de l'hospitalité. [81]

Tableau XIII: Prévalence de la violence exogène dans la littérature consultée

Auteurs et études		Population d'étude	P. Violence exogène %	P. Violence verbale %	P. Violence physique %
Etudes Nationales	Asri et al. Meknès 2017 [64]	95	–	86.3 %	8,2 %
	ADEN A. Inzegane 2012 [61]	120	83 %	–	–
	Belayachi et al Rabat 2010 [9]	60 médecins	70 %	46 %	8.3%
	Acharhabi et al Casablanca 2008 [65]	58 médecins et infirmiers	82 %	–	–
Etudes Internationales	Boukourt-Taguine Algérie 2016 [62]	414 Personnel de santé, 12 derniers mois	75.4 %	75.12 %	26.32 %
	Hamdan et al Palestine 2015 [66]	444 Personnel hospitalier	76.1%	71.2 %	35.5%
	Ladhari et al France 2004 [7]	137 AT type violence au travail	–	8 %	88,4 %
	Gournay et al. Hôpitaux de Normandie 2002 [63]	996, personnel Paramédical	43.2 à 54.4 %	72.7 %	41.4 %
	Niedhammer et al UK 2003 [67]	Personnel hospitalier	32 %	–	–
	Gacki-Smith et al 2009, USA. [68]	2,456 Personnel urgence	–	70%	50%
	DIARRA C. Mali 2015 [69]	366, personnel hospitalier	61 %	59 %	3 %
	V.Ouédraogo et al, Burkina Faso 2007 [73]	777, personnel de santé	63.45		
	OIT/CII/OMS/ISP 2002 [70,71]				
	Afrique du Sud	Personnel de santé	61 %	60 %	17 %
	Thaïlande	12 derniers mois	54 %	47.7 %	10.5 %
	Portugal	N=202	60 %	51 %	3 %
	Bulgarie		–	37 %	7.5 %
	Liban		–	41 %	5.8 %
	BIT 2003 [72]				
	Australie	Personnel de santé	67.2 %	–	–
	Bulgarie	N= 215	75.8 %	–	–
	Brésil		46.7 %	–	–
	Tripoli et al. France, 2007 [73]	1868 personnel CHU Nantes	>50 %	–	–
Notre étude		164	75,6 %	75,6 %	16,5 %

3.2. Prévalence de la violence exogène selon les caractéristiques socioprofessionnelles:

a. Sexe :

Les femmes étaient plus exposées à la violence (79 % F/69 % H), notamment à la violence verbale. Ces résultats se concordent avec les études : Aden et al [61], Gournay et al [63], Ladhari et al [7]. Par contre, la prédominance était masculine dans les études : Boukortt-Taguine [62], Asri et al [64] et l'étude rétrospective menée par M. Akrouf et al [74] en 2003 sur les violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers Tunisiens déclarés en accidents de travail.

Ceci pourrait être expliqué par le fait du manque de respect à l'égard de la femme ou par la féminisation de notre échantillon.

b. Catégorie professionnelle :

Le risque d'exposition à la violence verbale dans notre série était équivoque chez le personnel médical et paramédical (75%). Cependant, la violence physique était plus dominante chez le corps médical (19% Médecins/14 % paramédical).

Dans l'étude Acharhabi et al [65] à Casablanca, les médecins ont été plus victimes d'agressions verbales que les infirmières (90,9% contre 80,9%) tandis que les infirmiers ont été plus victimes d'agressions physiques que les médecins (40,4% contre 27,3%). Dans l'étude d'Asri à Meknès [64], le personnel infirmier était le plus exposé à la violence.

Dans l'étude de Hamdan et al en Palestine [66], les infirmiers étaient plus exposés la violence physique (40 % des infirmiers/28% des médecins), alors que les médecins étaient plus exposés à la violence verbale.

c. Services :

Dans notre étude, le service des soins infirmiers (87 %) et le service des urgences pédiatriques (84 %) étaient les plus exposés à la violence.

Les services des urgences étaient les plus exposés à la violence dans la majorité de la littérature. Dans l'étude *Boukortt* en Algérie (prévalence de 94 %) [62], le rapport de l'ONVS français 2017 (les urgences vient en 2^{ème} place après la psychiatrie) [12] et aussi dans l'étude de Asri et al [64] à Meknès (1/3 des cas).

L'exposition élevée au niveau des urgences pourrait trouver sa signification dans le fait qu'il s'agit d'une unité de crise et de passage, où le patient et son entourage sont stressés vis-à-vis de la situation d'urgence. [62]

Il est évident que travailler aux urgences expose le plus au risque de l'agression et toute action de prévention devait tenir compte de ce fait. [7]

d. Age, situation familiale et ancienneté:

La tranche d'âge, l'ancienneté au poste, et la situation familiale, n'avaient aucun impact sur le risque de violence externe dans notre étude. Toutes les tranches étaient touchées avec des taux de prévalence équivoques.

Boukortt et al [62], *Gournay et al* [63] n'ont pas constaté également de différence pour l'âge des victimes. Par contre, *Hamdan et al* [66] et Akrouit et al [74] avaient montré que le personnel jeune (<40 ans) est plus exposé à la violence.

Pour Ladhari et al [7], le personnel ayant moins de 5 ans d'ancienneté est plus exposé que les autres.

Une longue expérience du travail, a été considérée comme un facteur clé pour pouvoir repérer les risques de situation de crise et les prévenir ou employer des techniques de désescalades. [75]

3.3. Caractéristiques de la violence exogène:

a. Nature des violences verbales:

Les insultes et les impolitesses (cris et ton agressif) constituaient la majorité des cas de violence verbale. Nos résultats rejoignent ceux décrits dans la littérature. (Tableau XIV)

Tableau XIV: Comparaison de la nature des violences exogènes verbales

Etude	insultes	Cris/impolitesse	menaces	Harcèlement sexuel
ONVS France 2017 [12]	33 %	–	16 %	–
Boukortt Algérie 2016 [62]	60 %	63%	50 %	–
Hamdan et al [66] Palestine 2015	69 %	–	48 %	8,6 %
Gournay et al. 2002 [63]	63 % Insultes+menaces	80 %	–	–
Notre série	73 %	66 %	36 %	6,5 %

b. Nature des violences physiques:

Les poussés (77%) et le jet des équipements (55%) étaient les actes de violence physique les plus rapportés.

Nos résultats sont moins graves que ceux décrits dans la littérature. Pour Boukortt et al [62], la violence physique subie consistait surtout en bousculade (43 % des cas). Pour Ladhari et al [63], le mécanisme d'agression observé était d'abord les coups (pied, poing, tête, objet). Et Pour Akrouit et al [74], le coup de poing était le moyen d'agression le plus souvent utilisé.

Il faut rappeler que ces faits peuvent être considérés banals, surtout en cas de violence verbale. Ladhari et al, KOPP et al avaient constaté également ce phénomène de banalisation [7,81]. Mais d'un point de vue juridique, notamment l'article 263 et 267 du code pénale marocain [46], ils sont criminalisés avec des peines allant jusqu'à deux ans de prison. Et d'un point de vue social, ils reflétaient l'accroissance du manque de respect envers le personnel soignant.

c. Lieux des violences exogènes :

Le couloir constitue le premier lieu de survenue des actes de violence exogène (50 %) dans notre série. Dans l'étude Diarra [69] au Mali, les événements surviennent aussi souvent au niveau du couloir, vu qu'il constitue un lieu d'attente et un lieu du contact avec les accompagnants, ce qui expose plus au déclenchement d'incident violent.

d. Horaire de survenue des actes de violence:

Travailler la nuit expose plus à la violence, plus de 1/3 des cas ont survécu pendant la nuit dans notre contexte.

Nos résultats rejoignent la plupart des études. Ladhari et al [7] ont montré que la majorité des agressions étaient survenues le soir ou le quart de nuit. De même, Ouedraogo et al ont rapporté que les agressions ont été signalées pendant les gardes de nuit (43%) [73]. Le même constat était rapporté par Boukortt (46%) [62].

Dans l'enquête européenne d'*Esthyn-Behar* [75] (2006), il est indiqué que les soignants travaillant la nuit ont 2 fois plus de risque d'être agressés. Cette enquête avait également expliqué ce constat par : [75]

- L'arrêt des activités spécifiques pendant la nuit.
- L'angoisse générée par l'arrivée de la nuit pour les patients
- La prise en charge faite par des soignants moins avertis si la transmission était brève.
- Les ressources médicales limitées.
- La marge d'autonomie plus restreinte ou mal définie.
- Une équipe moins nombreuse et plus isolée.

e. Fréquence d'exposition à la violence ;

La fréquence d'exposition à la violence exogène dans notre série était mensuelle (48%). Cependant, dans l'étude Boukortt et al [62], la fréquence de l'exposition à la violence externe était quotidienne (52% VV et 35 % VP).

Dans l'étude d'*Esthyn-Behar* [75], des épisodes de violences survenant plusieurs fois par semaine ont été décrits dans les services d'urgences.

Parmi les facteurs de risques expliquant ce phénomène on trouve : [75]

- l'augmentation de la violence de la société entraîne un accroissement du nombre de patients avec des blessures.
- La colère, l'anxiété et la douleur.

- L'influence de l'alcool et de la drogue contribuent également à la violence.
- L'attente, le manque d'explications par les soignants.
- Les locaux inappropriés.

f. Profil d'auteur de la violence exogène :

Dans notre étude, les auteurs principaux étaient en premier lieu les parents du patient (66 %) suivi d'accompagnants de la famille (59%). Les mêmes résultats ont été rapportés par : Boukortt en Algérie [62] (parent 76 % et accompagnateurs 49 %), Asri et al à Meknès [64] (accompagnant du malade, parents inclus, 59 %) et Hamdan et al [66] (famille et accompagnants 85% VP et 79 % VV). Cependant, dans les études de Ladhari et al [7] et le rapport de l'ONVS 2017, le patient était l'auteur le plus incriminé.

Selon Boukortt et al [62], si les parents agissaient souvent face à des circonstances de retard de prise en charge, stress et peur envers l'état clinique de leurs enfants, l'accès des accompagnants devait être bien contrôlé et limité pour réduire l'incidence des événements violents [66].

g. Circonstances et causes de la violence exogène:

Dans notre série, le délai d'attente jugé trop long vient en premier lieu en tant que cause probable de la violence (56,5 %). La plupart des études consultées rejoignaient nos résultats concernant les circonstances et les causes de la violence exogène. (Tableau XV)

L'allongement du délai d'attente était en rapport avec plusieurs facteurs notamment la demande importante aux soins et la pénurie des moyens [63]. Toute action préventive à prendre, devait se concentrer sur l'amélioration de ces éléments [1].

Tableau XV: Circonstances et causes de la violence exogène selon les études

Causes et circonstances	Boukourt et al Algérie 2016 [62]	Gournay et al France 2002 [63]	Hamdan et al Palestine 2015 [66]	ONVS France 2017	Notre étude
Délai d'attente trop long	51 %	59 %	47.5 %	11,7%	56,5%
Insatisfaction vis à vis de la prise en charge	49 %	36 %	35.4 %	60,6%	46 %
Anxiété / peur / stress du patient ou accompagnant	35 %	–	23 %	–	39,5%
Flux et demande de soins très importante	61 %	67 %	–	–	37,9%
Situation mentale ou psychiatrique de l'agresseur	31 %	–	14 %	–	21 %
Défaut de communication du personnel	30 %	31 %	10,1 %	–	21 %
Triage absent ou mal conduit	–	–	–	–	16,1 %
Mauvaise conduite du personnel	–	–	–	–	7,3 %

4. Violence interpersonnelle (endogène):

4.1. Prévalence de la violence interpersonnelle dans le pôle pédiatrique :

Parmi les participants, 37,2 % des participants ont déclaré qu'ils étaient victimes de violence interpersonnelle (endogène). Cependant, la majorité (82 %) de ces actes n'était pas déclarée.

Ce taux très élevé (37 %), par rapport à la littérature, reflète la tension qui entrave la relation interpersonnelle dans l'établissement lieu d'étude. Ce phénomène est également rapporté dans le rapport de l'ONVS 2017 [12] (3 % des actes étaient commis par le personnel) et dans l'étude Hamdan et al [66] (6,1 % des violences verbales et 4,5 % des violences physiques), ainsi que l'étude de Ladhari et al [7] (8% des actes).

4.2. Relation médecin-infirmier :

Dans notre étude, l'infirmier était le premier auteur présumé de la violence interpersonnelle (62 %) suivi du médecin à (54 %). Les médecins étaient les plus atteints par ce phénomène (46%).

Ces chiffres révèlent l'existence d'une tension interpersonnelle spécialement dans la relation médecin-infirmier.

Dans l'étude de Laura S. et Susan W. [76] auprès de 461 infirmières aux USA, les médecins étaient les premiers auteurs de violence.

L'étude Geneviève P. [77] réalisée auprès du personnel soignant dans deux services de pédiatrie générale, à Paris en 2005, a confirmé l'instabilité de la relation sociale entre médecins et infirmiers en concluant que cette instabilité sociale est particulièrement visible dans la configuration de *Pédia-Centre* étant donné qu'elle se traduit par un conflit direct entre les deux catégories.

En ce qui concerne les causes de ce conflit médecin-infirmier, il survient souvent selon l'étude Fagin et al [82], lorsque l'infirmier refuse l'exécution de la décision médicale prise par le médecin. Selon cette étude également, les conflits entre médecins et infirmiers sont aussi plus fréquents qu'avant parce que les soignants ont un rôle propre qui a grandi, une affirmation d'autonomie et une lutte plus forte contre les stéréotypes.

Les violences interpersonnelles pourraient être aussi la conséquence d'une mauvaise communication, d'un stress professionnel excessif ou des tâches prioritaires non résolues. Une fois développée, la violence interpersonnelle pourrait avoir des effets délétères sur le personnel, tels que l'altération de la performance de l'équipe et la réduction de la satisfaction du personnel. De plus, des études avaient associé la violence interpersonnelle avec la diminution de la qualité des soins aux patients, des taux plus élevés d'erreurs médicales, un niveau plus élevé d'épuisement professionnel et des coûts plus élevés des soins. [83, 84]

V. Suites de la violence :

1. Phénomène de sous-déclaration

Notre étude a révélé l'existence d'un phénomène de sous déclaration des incidents violents, dû à l'impression de banalité.

Ce phénomène était également reporté dans la majorité des études de la littérature. Asri et al [64], Boukortt [62], Hamdan et al [66] et Ladhari et al [7] rapportent tous l'impression de banalité et une sorte de tolérance devant la violence surtout verbale. Ladhari et al [7] ont montré que la tendance à la déclaration se fait quand il existe des dégâts physiques.

Par ailleurs, notre étude a révélé qu'il existe un problème d'accompagnement et de prise en charge, même en cas de déclaration (52 % des cas déclarés sans aucune mesure prise par l'administration et la majorité était insatisfaite). Ceci affecte la relation du personnel avec l'administration et engendre des sentiments d'abondance face à ces incidents. Cependant que le rapport du bureau international du travail de 2002 [1], incite à l'accompagnement psychique et juridique en cas d'incident violent.

2. Conséquences et impact sur la santé physique du personnel :

Les lésions étaient généralement bénignes et superficielles chez les victimes de la violence physique dans notre série. Ladhari et al [7] ont rapporté aussi le même type de lésions. M. Akrouf et al [74] indiquent aussi que les lésions engendrées sont essentiellement superficielles et bénignes, par ailleurs il y avait 9 cas de fractures (8.5%) et de traumatismes crâniens bénins (4.7%).

Chez le personnel soignant aux USA, il y a eu, en 10 ans entre 1980 et 1990, 106 meurtres de personnels hospitaliers dont 26 médecins et 18 infirmiers. [7]

En Chine, l'étude de Hesketh et al [78] en 2012, rapporte que 124 incidents de violence à l'égard des professionnels de la santé qualifiés très graves ont été rapportés, dans 29 homicides et 52 traumatismes graves (pendant une période de 10 ans).

Heureusement nous sommes encore très loin de la gravité des cas observés.

3. Conséquences et impact sur la santé mentale du personnel :

Dans son bulletin « ILO Fact sheet de 2003 » [72], le Bureau International du Travail, fait notion que la violence au travail est reconnue comme étant génératrice de syndrome post traumatique et qu'en tenant compte des études réalisées dans divers pays, 40 à 70% des victimes signalent divers symptômes du syndrome post traumatique.

Nos résultats avaient montré des conséquences graves sur la santé mentale des victimes ainsi que des troubles psychologiques importants (anxiété, désespoir et déception). Les études : Boukourt et al [62], Hamdan et al [66] et Gournay et al [63] avaient également rapporté ces faits. (Tableau XVI)

Ce sont ces conséquences qui sont les plus pénalisantes à long terme pour les victimes, soit sur le plan personnel ou professionnel. [62]

Tableau XVI : Impact mental de la violence selon les différentes études

Effets psychologiques	Boukourt et al Algérie 2016 [62]	Gournay et al France 2002 [63]	Hamdan et al Palestine 2015 [66]	Notre étude
Peur et anxiété	32.4%	31 %	30 %	26%
Désespoir/déception	20 %	40 %	19,3 %	31 %
Besoins d'aide psychologique	–	–	13 %	23 %
Prise médicamenteuse	–	–	–	5 %

4. Conséquences et Impact sur le travail :

La violence en milieu hospitalier engendre un impact lourd sur le travail et sur la vie professionnelle du personnel.

Les incidents causent des arrêts de travail, l'interruption temporaire au travail (ITT) était survenue chez 21 % des victimes, soit 26 jours d'ITT de notre série. Ce constat a été également rapporté dans l'étude Ladhari et al [7] (336 jours d'arrêt de travail). Ce sont des journées du travail payantes qui sont perdues.

L'impact grave sur la vie professionnelle est manifeste. La survenue de ces incidents affecte négativement le déroulement de l'activité de soins et constitue une charge socio-économique lourde.

La majorité des études ont montré cet impact notamment, Hamdan et al [66], Boukortt et al [62] et Shi et al en chine [79]. Le tableau XVII énumère ces impacts selon les différentes études.

Tableau XVII: impact de la violence sur le travail selon les différentes études

Impact sur la vie professionnelle	Boukortt et al Algérie 2016 [62]	Hamdan et al Palestine 2015 [66]	Notre étude
Réduire au minimum le temps des soins aux patients	–	13,3 %	42 %
Réduire la communication ou contact avec le patient	–	23,9 %	16 %
Évitez de prendre les décisions risquées médicalement	–	8,3 %	13 %
Envie de changer le service	5.4%	–	32 %
Envie de changer le métier	–	–	20 %
Attitude et enthousiasme envers le travail affectés.	30 %	–	45 %
Envie de cesser de travailler	–	–	15 %

VI. Recommandations de stratégies de prévention et de prise en charge :

Ce travail a permis de cartographier la violence en milieu de soins, sa prévalence, ses caractéristiques et son impact. Toute stratégie de prévention doit donc tenir compte de ces résultats, en se focalisant sur la victime, la situation et l'auteur de la violence.

1. Le cadre réglementaire:

L'arsenal juridique et réglementaire régissant la violence au travail au Maroc est assez suffisant (voir partie Aspect législatif et procédure/ au Maroc), mais une révision rendant les peines plus importantes semble être nécessaire.

En matière de procédure, on note une inadéquation devant l'émergence de ce phénomène. La révision de cette procédure demeure indispensable dans l'instauration d'une politique contre la violence en milieu de soins au Maroc.

La violence au travail n'est pas considérée spécifiquement en tant qu'accident au travail au Maroc et ses conséquences mentales ne figurent pas parmi les tableaux des maladies professionnelles. Cependant, la nouvelle définition d'un accident de travail tel que citée dans la loi 18-12 relative à la réparation des accidents de travail permet d'inclure la violence en se basant sur le principe d'interprétation juridique.

Devant l'obligation d'assurer la sécurité des personnes (Ar 20 et 21 de la constitution marocaine) et des fonctionnaires et salariés (Ar 19 du statut général de la fonction publique et code de travail), il est impératif que la violence exogène au travail en général et à l'encontre du personnel soignant en particulier, soit reconnue comme risque professionnel à part entière et que des dispositifs réglementaires spécifiques soient mis en place par la tutelle.

2. Actions centrées sur l'organisation du travail :

De nombreuses contraintes organisationnelles susceptibles de favoriser la violence externe dans notre CHU ont été identifiées par l'enquête. La question de la violence doit donc être abordée d'abord sous l'angle de l'amélioration des conditions de travail. Pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite, elle ne peut se concevoir que dans le cadre d'une commission qui devrait être mise en place dans l'établissement par la direction et qui serait issue de la commission d'hygiène et de sécurité. Cette commission qu'on pourra dénommer «Commission violence» regroupera des représentants de la direction, des représentants du personnel, les médecins du travail et des psychologues [1].

Cette commission aura pour mission de mettre en place un plan d'action «prévention de

la violence externe » en prenant comme base de travail les résultats de l'enquête.

Elle aura pour tâche également d'élaborer un protocole « de conduite à tenir en cas de violence » l'un destiné à l'employeur et l'autre pour la victime et d'initier des formations concernant la sécurité au sein du CHU. Elle sera chargée d'animer la politique de prévention et de lutter contre les violences survenant en milieu hospitalier et à l'accompagnement et le suivi (administratif et juridique) des personnels victimes, au regard notamment du dépôt de plaintes.

Des actions similaires initiées dans d'autres pays ont permis une nette régression de la violence envers le personnel, comme c'est le cas en France du CHU de Besançon et de l'hôpital Bichat- Claude Bernard à Paris. [12]

Par ailleurs, certaines propositions pour l'amélioration de la situation, inspirées des résultats de l'enquête, nous recommandons de : [1]

- Assurer un effectif suffisant et qualifié notamment dans le service des urgences.
- Assurer une bonne circulation de l'information et un système transparent de communication avec les patients, leur famille et les accompagnants, clarifier les procédures avec lesquelles les usagers ne sont pas familiers.
- Etablir des alarmes silencieuses permettant au personnel de demander de l'aide sans avoir à expliquer la situation et donc sans alerter un agresseur comme des alarmes silencieuses.
- Assurer la sécurité du personnel en augmentant l'effectif des agents de sécurité ou en renforçant la présence de la police à l'hôpital notamment à l'entrée de l'hôpital.
- Assurer l'installation des cameras dans les bons endroits notamment les couloirs et salle d'attente et veiller sur leurs bon fonctionnement.
- Préciser clairement les tâches de chacun.

3. Actions en direction des usagers de l'hôpital :

La direction devrait élaborer une note de bonne conduite rédigée à l'intention des usagers de l'hôpital. Cette note sera affichée à l'entrée de l'hôpital, dans tous les services et

toutes les consultations. Elle sera conçue sous forme de note d'information sur laquelle sera précisée clairement la politique du CHU vis-à-vis de la violence des usagers sur le personnel. Elle comportera une définition de la violence exogène pour que les usagers sachent de quoi il est question. Seront listés les différents comportements violents non tolérables et les poursuites judiciaires auxquelles les contrevenants seront exposés.

Cette action rentre dans le cadre des directives données du programme conjoint sur la violence dans le secteur de la santé proposé en 2002 par le Bureau International du Travail, le Conseil International des Infirmières, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Internationale des Services Publics (ILO/ICN/WHO/PSI) [1].

Aux USA et en Grande Bretagne, une action similaire nommée "Tolerance Zero" avait donné des résultats satisfaisants. [80]

4. La prévention centrée sur le personnel:

4.1. Instauration de formations adéquates:

- Formation à l'accueil surtout formation des agents de sécurité à recevoir, à orienter aimablement les usagers.
- Formation pour la prévention et la gestion des cas de violence à l'égard du personnel.
- Sensibiliser le personnel au problème des violences exogènes.
- Sensibiliser le personnel à dénoncer ces actes et à les déclarer.

4.2. Registre de recueil des événements violents :

Une fiche modèle de déclaration des événements violents devait être mise à la disposition du personnel, par une plateforme intranet. Le modèle de fiche de signalement de l'ONVS (Annexe 3) est un très bon exemple à suivre.

A l'échelle nationale, devant l'émergence inquiétante de ce phénomène, la création d'un observatoire national sur la violence en milieu de soins et d'une plateforme de signalement

national demeure indispensable comme étape primordiale dans la lutte contre ce phénomène.

4.3. Prise en charge du personnel victime de violences externes :

Une procédure de prise en charge devait être instaurée et clarifiée au personnel de CHU. Elle sera assurée par le médecin du travail, le psychologue du travail et si nécessaire le psychiatre. Pour cela, une consultation « violence » doit être intégrée dans l'activité des services de médecine du travail après formation des médecins du travail et des psychologues du travail sur la violence et sur l'accompagnement psychologique des victimes.

En dehors des cas urgents qui seront pris en charge par les médecins urgentistes, la prise en charge médicale, médico-sociale et psychologique par le médecin du travail et le psychologue se fera selon les directives générales du programme commun OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé [1].

L'accompagnement administratif et juridique par l'avocat du CHU devait être proposé à la victime d'acte violent. Le CHU devait être impliqué dans la poursuite judiciaire en tant qu'ayant droit avec la victime.

4.4. Politique contre la violence en milieu de soins :

La prise en charge du problème de la violence à l'encontre du personnel de santé nécessite en plus, la mise en place d'une politique nationale de prévention, sous tutelle du ministère de la santé, qui devrait être intégrée dans les nouvelles lois à venir. La prévention de la violence à l'encontre du personnel de santé doit être considérée, au même titre que la prévention de la violence sous toutes ses formes, comme une priorité de santé publique.

5. Que faire en cas d'incident violent ?

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) Français, avait établie des fiches réflexes sur la conduite à tenir en cas d'acte de violence, résumant tous les étapes à suivre en cas d'acte de violence. (Figure 34) [54]

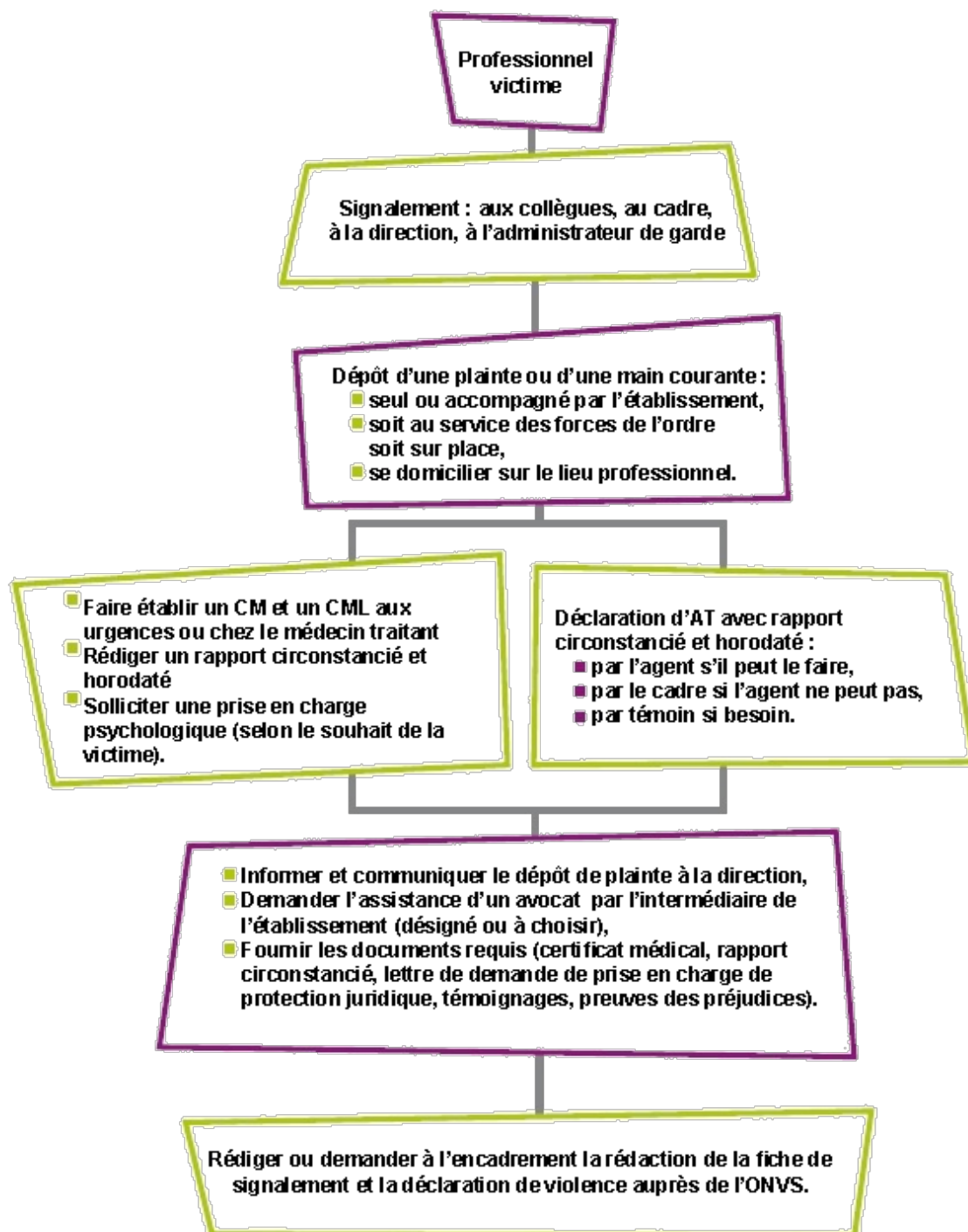
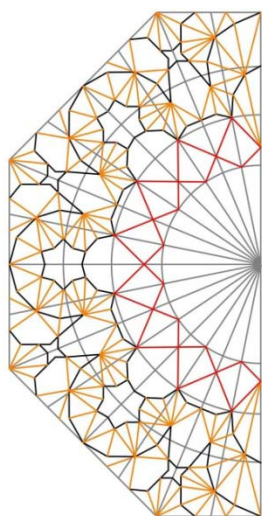


Figure 34: conduite à tenir en cas d'acte de violence (ONVS 2017) [54]

*CM : certificat médical

*CML : Certificat médico-légal



CONCLUSION

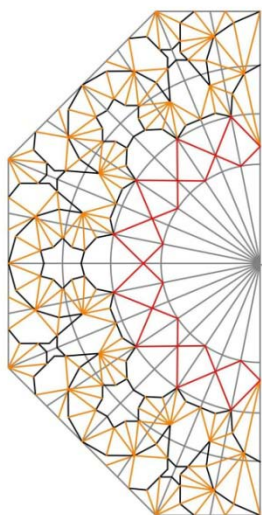
La violence en milieu hospitalier est un phénomène en émergence très inquiétant dans notre pays. Notre étude a permis de cartographier cette violence à l'égard du personnel médical et paramédical du pôle pédiatrique de l'hôpital mère-enfant au CHU Mohamed VI de Marrakech.

Notre étude a révélé une prévalence élevée de la violence exogène (76 %), globalement verbale et aussi une prévalence élevée de la violence interpersonnelle de 37 %. La violence exogène présentait comme caractéristiques d'être subie plus par les femmes, le risque d'exposition est équivoque chez les médecins et les infirmiers, l'auteur était principalement les parents du patient et dont les causes sont liées surtout à des problèmes organisationnels. Le taux élevé de violence interpersonnelle, surtout verbale (35%), révèle l'existence d'une tension dans la relation des différents intervenants surtout la relation médecin-infirmier.

L'exposition à la violence physique avait un impact négatif sur la santé physique. L'anxiété, le désespoir et les symptômes des états de stress post traumatique constituent les conséquences graves sur la santé mentale des victimes à des fréquences élevées. Cette violence affecte aussi négativement la vie professionnelle du personnel, le déroulement de travail et constitue une charge socio-économique lourde.

Le phénomène de la sous-déclaration a été observé dans notre étude, ceci incite à la création d'un dispositif de déclaration simple (fiche intranet), l'élaboration d'une procédure de prise en charge selon les recommandations internationales et l'instauration d'une politique contre la violence en milieu de soins soit à l'échelle locale ou nationale. Cette politique doit être centrée sur la bonne organisation du travail, le renforcement de sécurité, de l'arsenal juridique et réglementaire ainsi que la reconnaissance des répercussions psychologiques dans le tableau des maladies professionnelles.

Nos résultats sont suffisamment alarmants pour nous inciter à poursuivre les investigations à travers d'autres enquêtes épidémiologiques qui doivent être initiées en interdisciplinarité soit à l'échelle de tout le CHU ou à l'échelle nationale.



ANNEXES

Annexes 1 :

Questionnaire à propos de la violence en milieu hospitalier pédiatrique

Hôpital mère et enfant ; CHU MED VI MARRAKECH

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse intitulée : **Violence en milieu hospitalier
pédiatrique**

Élaboré par l'étudiant : Youness AABDI

Sous la direction de professeur Monir BOURROUS

Cher participant, merci de bien lire ces instructions avant de répondre au questionnaire :
Cette étude a pour but d'étudier les caractéristiques de la violence concernant le personnel médical et paramédical en milieu hospitalier dans les services du pôle pédiatrique de l'hôpital mère et enfant ; CHU MED VI Marrakech.

Ce questionnaire se compose de quatre parties :

- La première partie comprend les données personnelles et épidémiologiques.
- La deuxième partie a pour but la caractérisation de la violence (type ; causes situations ; circonstances ...).
- La troisième partie traite les conséquences, l'impact physique et mental de la violence sur le personnel intéressé.
- La dernière partie s'intéresse à la disponibilité des procédures de prévention, des règlements des actes de violence contre le personnel soignant.

S'il vous plaît, merci de répondre aux questions en mettant (✓) au bon endroit (dans la case correspondant ☐)

Merci pour votre collaboration et votre compréhension

- **Définitions préalables (selon l'OMS) :**

Violence au travail :

Incidents pendant lesquels la personne est victime d'un comportement abusif, menacée ou agressée physiquement dans des circonstances liées à son travail, y compris sur le trajet entre le domicile et le lieu du travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de sa sécurité, de son bien-être ou de sa santé.

**Première partie: Caractéristiques épidémiologiques et professionnelles
des personnes interrogées.**

1. Service hospitalier :		
2. a Sexe :	☐ Femme ☐ Homme	3. Fonction : ☐ Médecin spécialiste ☐ Médecin résident ☐ Médecin généraliste ☐ Médecin interne ☐ Infirmier (ière) ☐ Infirmier major ☐ kinésithérapeute ☐ Surveillant général ☐ Technicien-radiologue ☐ Autre :
b. statut civil	☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf (ve)	
3. Age :		4. Ancienneté :

Deuxième partie: Données et caractéristiques de la violence :

5. Au cours de votre travail au niveau du pôle pédiatrique, avez-vous été déjà victime d'un acte de violence (quelque soit sa nature) ? ☐ oui ☐ non		
6. Violence exogène : 6. Avez-vous été déjà victime d'un acte de violence exogène au niveau de l'hôpital ? ☐ oui ☐ non Si oui, de quel nature était ?		
a. <u>Acte de violence physique :</u> ☐ oui ☐ non → Si oui, de quoi s'agit-il	☐ Poussée ☐ coups (frappe) ☐ Strangulation ☐ Insultes ☐ Menaces d'agressions physiques ☐ Menaces de mort	☐ menace arme blanche ☐ Jet d'équipements ☐ Autres : ☐ Cris et ton agressif ☐ Harcèlement sexuel ☐ Autres :
b. <u>Acte de violence psychologique :</u> ☐ oui ☐ non → Si oui, de quoi s'agit-il		
c. Lieu de l'acte de violence :	☐ réception ☐ salle d'attente ☐ salle de soins ☐ bureau	☐ couloir ☐ salle de repos ☐ lit du malade ☐ autres :
d. Horaire de l'acte de violence	☐ 8 h – 16 h ☐ 16 h – 20 h	☐ 20 h – 8h ☐ Imprécis

e. Fréquence des actes de violence	☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois par semaine ☐ Une fois par an ☐ Une fois par mois ☐ Autres :	
7. l'acte de violence était commis par ?	☐ Patient ☐ Père du patient ☐ Mère du patient	☐ Accompagnant de la famille ☐ Autre.....
8. <u>Circonstances de l'agression</u> : L'acte est survenu suite à quelle (s) cause (s) selon votre appréciation ? <i>Cochez les plus probables</i>	☐ Insatisfaction vis à vis de la prise en charge ☐ Délai d'attente trop long ☐ Situation mentale ou psychiatrique de l'agresseur ☐ Anxiété / peur / stress du patient ou accompagnant ☐ Défaut de communication du personnel ☐ Mauvaise conduite du personnel ☐ Triage absent ou mal conduit ☐ Flux et demande de soins très importante ☐ Autres	

9. Violence interpersonnelle :

9.1. Avez-vous été déjà victime d'un acte de violence interpersonnelle au niveau de l'hôpital ? ☐ oui ☐ non		
9.2. Si oui, l'agresseur était ? ☐ Médecin ☐ Réceptionniste ☐ Infirmier (ière) ☐ Agent de sécurité ☐ Administrateur (ice) ☐ Autre :		
9.3. Si oui, du quel acte de violence → s'agit-il ?	Physique : ☐ oui ☐ non <u>Si oui, il était :</u> ☐ Poussée ☐ Coups ☐ Strangulation ☐ Jet d'Equipements ☐ Autres :	Psychologique : oui ☐ non ☐ <u>Si oui, il était :</u> ☐ Insultes ☐ Menaces de mort ☐ Menaces d'agressions ☐ Cris et ton agressif ☐ Harcèlement sexuel ☐ Menace de mesures disciplinaire ☐ Autres :
9.4. Si oui, Avez vous déclaré l'incident à l'administration ou porté plainte judiciaire ? ☐ oui ☐ non		

9.5 Que pensez-vous sur la relation interpersonnelle en votre milieu de travail ?	☐ Très bonne ☐ bonne ☐ moyenne ☐ mauvaise
---	--

Troisième partie : Conséquences, Impact physique et mental de la violence sur le personnel

soignant : (répondez si vous étiez victime d'un acte de violence)

10. Après l'acte de violence, Avez-vous eu une interruption temporaire de travail (ITT) ?		☐ oui ☐ non
Si oui, elle était de combien des jours ? →	☐ Quelques heures ☐ 1 jour ☐ < 5 jours	☐ Entre 5 et 10 jours ☐ Entre 11 et 20 jours ☐ > 21 jours
11. Qu'elle était votre réaction suite à l'acte de violence?	- Auto défense verbale - auto défense physique - Aucune réaction - Autre :	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non
12. Si c'était un acte de violence physique, avez-vous eu des lésions ou dommages corporels post-incident ?		☐ oui ☐ non
Si oui, elle était de quelle nature ? →	☐ ecchymose ☐ hématome ☐ plaie	☐ écorchures ☐ dommage permanent ☐ autre :
13. Avez-vous déclaré l'incident ?		☐ oui ☐ non
Si oui, auprès de qui ?	Administration (surveillant ou superviseur) : Autorité (police) :	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non
Si non, pourquoi ?	☐ Inutile (aucune mesure ne sera prise) ☐ Peur des conséquences négatives ☐ je n'ai pas le temps de se déplacer pour porter plainte	☐ Incident non important ☐ je ne savais pas la procédure ☐ autre :
14. Suite à la déclaration, connaissez-vous le ressort ?	☐ Aucune mesure n'a pas été prise par l'administration ☐ Règlement à l'amiable entre l'agent agressé et l'agresseur ☐ Règlement entre l'administration et l'agresseur ☐ Poursuite judiciaire et jugement juridique ☐ Autres :	

14.a. A quel niveau, Vous étiez satisfait des mesures prises suite à l'incident ?		☐ Très satisfait ☐ Plutôt satisfait ☐ Ni satisfait ni insatisfait ☐ Insatisfait ☐ Très insatisfait	
15. <u>Retentissement sur la vie personnelle et professionnelle</u> :			
a. Quels sont les effets négatifs ou conséquences de l'exposition à la violence sur vous ?			
☐ Peur et Anxiété (cauchemars ; insomnies ; tremblement ...)		☐ Évitez de prendre les décisions qui comportent des risques médicaux	
☐ Réduire au minimum le temps des soins aux patients		☐ Désespoir / déception	
☐ Réduire la communication ou contact avec le patients, sa famille ou accompagnant		☐ Pas d'impact sur moi	
☐ Autres :			
b. Avez-vous besoin d'aide psychologique/ psychiatrique après l'acte (s) de violence?		☐ oui ☐ non	☐
c. Avez-vous reçu des médicaments après l'incident (s) ? si oui, du quel famille ?		☐ oui ☐ non	☐
d. Après l'incident (s) Avez-vous pensé de ?	Cesser de travailler Changer de service Changer de métier	☐ oui ☐ oui ☐ oui	☐ non ☐ non ☐ non
e. Votre attitude et enthousiasme envers le travail, a-t-il changé négativement suite à l'incident ?		☐ oui ☐ non	☐

Quatrième partie: disponibilité des procédures de prévention, des règlements des actes de violence contre le personnel soignant :

16. Existent-ils des moyens de détection et protection du personnel de la violence dans votre département?	- Caméra - Sécurité - Alarme - Poster de communication	☐ oui ☐ oui ☐ oui ☐ oui	☐ non ☐ non ☐ non ☐ non
17. Est- ce que votre hôpital dispose d'une politique contre la violence en milieu de travail ou d'un programme de lutte contre la violence envers le personnel ?	☐ oui ☐ je ne sais pas ☐ non		
18. Avez-vous reçu une formation sur la prévention et la lutte contre la violence en milieu de soins ?	☐ oui ☐ non		
19. Existe-il une procédure à suivre dans votre hôpital en cas d'acte de violence ?	☐ oui ☐ je ne sais pas ☐ non		
20. Si oui, de quoi s'agit-il ?			

.....

21. Parmi ces mesures, laquelle (elles) peut (vent) aider à prévenir la survenue d'un acte de violence dans votre service :

- ☐ Formation à la gestion des conflits
- ☐ Moyen de communication (affiches, vidéos...)
- ☐ Une bonne organisation de déroulement du travail (triage, numéro d'ordre respecter ...)
- ☐ Présence d'un agent de police au niveau de l'hôpital
- ☐ Autres à proposer :

.....

.....

.....

22. Avez-vous des commentaires à ajouter (situations vécues, propositions) ?

Merci pour votre collaboration

Annexe 2 :

Youness AABDI

Marrakech, le 27/03/18

Etudiant en instance de thèse à la FMPM

Tel : 0676260422

A l'attention du Mr le directeur de l'hôpital mère et enfant,
CHU Mohamed VI, Marrakech

Objet : Demande d'autorisation pour l'élaboration d'une enquête sur la violence
envers le personnel soignant (travail de thèse à la FMPM)

Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance de m'avoir accordé votre autorisation pour l'élaboration d'une enquête sur la violence en milieu hospitalier pédiatrique auprès du personnel soignant dans le cadre d'un travail de thèse sous la direction du professeur Bourrous, chef des urgences pédiatriques à l'hôpital mère et enfant, CHU Mohamed VI, Marrakech.

Je porte à votre connaissance que je suis un étudiant en instance de thèse à la faculté de médecine et de pharmacie du Marrakech, que cette enquête se fait dans le cadre d'un travail de thèse comme cité ci dessus, c'est pour cela que je demande votre autorisation concernant l'accès aux certains données concernant l'effectif du personnel au niveau du pôle pédiatrique dans votre établissement et de m'accorder des informations sur la disponibilité d'une politique contre la violence dans votre établissement ainsi que la procédure de notification d'un acte de violence envers le personnel soignant.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez monsieur, agréer mes sentiments du respect les plus distinguées.

Cordialement

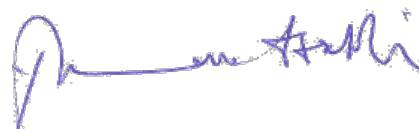
AF



Signature du directeur de la thèse :

Pr. Mounir BOURROUS
Services des Urgences
Pédiatriques
CHU Mohamed VI - Marrakech

Signature de l'étudiant :



Annexe 3 :



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte

FICHE DE SIGNALEMENT



OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTÉ

L'ONVS accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens notamment en venant les rencontrer

<http://www.solidarites-sante.gouv.fr/onvs>

Champ libre pour les établissements

(Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)

Informations générales

Date de l'événement : / / Heure de l'événement : : Structure :

Description anonymisée des faits :

Circonstances

Reproche relatif à une prise en charge : ☐	Temps d'attente jugé excessif : ☐	Refus de prescription : ☐	Atteinte au principe de laïcité : ☐
Causes de violences	Règlement de compte : ☐	Diagnostic non accepté : ☐	Refus de soins : ☐
Alcoolisation : ☐	Drogue : ☐	Automutilation : ☐	Suicide ou tentative : ☐
Autres : ☐			

Intrusions Zone de soins : ☐ Espace d'accueil de l'IOA : ☐ Bloc opératoire : ☐ Autre lieu : ☐

Interventions Personnel hospitalier : ☐ Forces de l'ordre : ☐ Service de sécurité interne : ☐

Autres : ☐ Aucune : ☐

Préjudices

La cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur : ☐

Préjudice principal :

Préjudice aux personnes

Injure, insulte et provocation : ☐	Chahut, occupation des locaux : ☐	Exhibition sexuelle : ☐	Violence involontaire : ☐
Menace physique : ☐	Menaces de mort : ☐	Port d'arme : ☐	Drogue / alcool : ☐
Menace avec arme : ☐	Violence avec arme : ☐	Aggression sexuelle : ☐	Viol : ☐
Violence volontaire : ☐	Enlèvement, séquestration : ☐	Prise d'otage : ☐	Autre fait qualifié de crime : ☐

Préjudice aux biens

Dégradations de locaux : ☐	Dégradation de véhicule : ☐	Dégradations de matériel de valeur : ☐
Dégradation légère : ☐	Incendie volontaire : ☐	Tags, graffitis : ☐
Escroquerie : ☐	Atteinte aux informations : ☐	
Vol sans effraction : ☐	Vol avec effraction : ☐	Vol à main armée : ☐
Vol de matériel électronique : ☐	Vol de moyen de paiement/papier d'identité : ☐	Vol de véhicule : ☐
Vol de matériel important : ☐	Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) : ☐	Vol de petit matériel : ☐
Vol d'effets personnels : ☐	Vol de médicaments : ☐	Vol d'autres types de biens : ☐

Victimes/auteurs

Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
Médecins ou assimilés :		Personnels administratifs :		Détenus :				Visiteurs :			
Infirmiers :		Agents de sécurité :		Patients :				Autres :			
Personnels soignants :											

Établissement victime : ☐

Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
Médecins ou assimilés :		Personnels administratifs :		Détenus :				Visiteurs :			
Infirmiers :		Agents de sécurité :		Patients :				Autres :			
Personnels soignants :											

Bilan chiffré

Nombre total de jours d'arrêt de travail : Nombre total de jours d'ITT :

Estimation du montant des dégradations : Estimation du montant des vols :

Mode opératoire

Mode opératoire du vol avec effraction : L'arme a-t-elle été utilisée : ☐

Type d'arme de l'auteur de l'événement :

Suites

Suite engagée (plainte, main courante, etc.) : Qui a déposé (victime, ÉtS) : Suite judiciaire :

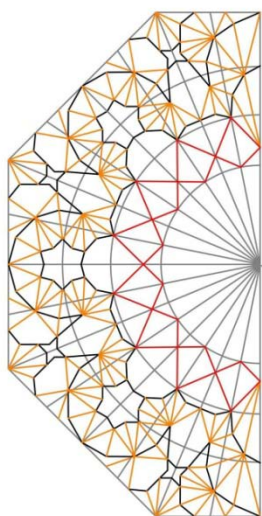
Condamnation prononcée

Peine de prison : ☐ Amende : ☐ Rappel à la loi : ☐ Autres : ☐

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :



RÉSUMÉS

Résumés

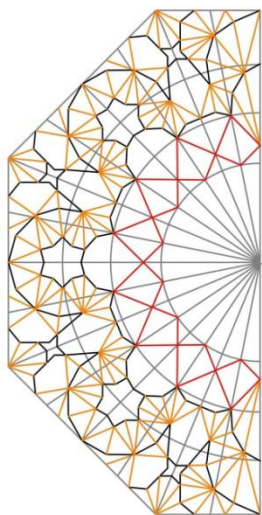
La violence envers le personnel en milieu de soins est un phénomène très inquiétant, en émergence dans notre pays, il se définit comme tout incident pendant lequel la personne est victime d'un comportement abusif, menacée ou agressée physiquement dans des circonstances liées à son travail, y compris sur le trajet entre le domicile et le lieu du travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de sa sécurité, de son bien-être ou de sa santé (OMS). Notre étude est une étude transversale menée auprès du personnel médical et paramédical (164 personnes) en milieu hospitalier pédiatrique de l'hôpital mère-enfant au CHU Mohamed VI à Marrakech, concernant l'exposition à la violence exogène et interpersonnelle. La prévalence à la violence exogène dans notre étude était de 76 % notamment verbale (76%) et physique (16,5 %). Cette violence présente comme caractéristiques d'être subie plus par les femmes (79 % F), d'un risque d'exposition équivoque chez le corps médical et infirmier (76%), dont l'auteur était principalement les parents du patient, survenait souvent au niveau des urgences pédiatriques surtout lors des gardes de nuit et dont les causes sont liées surtout à des problèmes organisationnels (délai d'attente jugé trop long). L'exposition à la violence physique (16,5%) avait un impact négatif sur la santé physique. Les violences verbales étaient essentiellement les insultes et les incivilités. L'anxiété, la déception et les symptômes des états de stress post traumatique constituaient les conséquences graves sur la santé mentale des victimes. Cette violence affecte aussi négativement la vie professionnelle du personnel, le déroulement de travail et constitue une charge socio-économique lourde. Le taux élevé de la violence interpersonnelle (37%) surtout verbale (35%) révèle l'existence d'une tension dans la relation des différents intervenants surtout la relation médecin-infirmier. Le phénomène de la sous-déclaration a été observé dans notre étude, ceci incite à la création d'un dispositif de déclaration simple (fiche intranet), l'élaboration d'une procédure de prise en charge selon les recommandations internationales et l'instauration d'une politique contre la violence en milieu de soins soit à l'échelle locale ou nationale. Cette politique doit être centrée sur la l'amélioration des facteurs organisationnels, le renforcement de la sécurité, de l'arsenal juridique et réglementaire ainsi que la reconnaissance des répercussions psychologiques dans le tableau des maladies professionnelles.

Summary

Violence against staff in healthcare is a very worrying phenomenon. Emerging in our country, it is defined as any Incident when staff members are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health (WHO). Our study is a cross-sectional study about exposure to exogenous (or external) and interpersonal violence, conducted among 164 medical and paramedical staff in pediatric hospital at the mother-child hospital of the university hospital center Mohamed VI at Marrakech. The prevalence of exogenous violence in our study was 76%, essentially verbal abuse (76%) and physical violence (16.5%). This violence has the characteristics of targeting women more than men (79% F), the physicians and the nurses are exposed at the same rate (76%), the abusers were mainly the parents of the patient. It often occurs in pediatric ER, especially during night-shift and in the circumstances were related to organizational factors (waiting time judged too long and dissatisfaction with the medical care). The exposure to physical violence (16.5%) negatively impacts the physical health of Moroccan healthcare sector employees. The verbal abuse was mostly constituted of insults and incivilities. Anxiety, deception, and symptoms of post-traumatic stress are at high frequencies and form the serious consequences affecting the victims' mental health. This violence also negatively impacts the professional life of the staff (change of attitude toward work 45%), the workflow and generates heavy socio-economic charges. The high rate of interpersonal violence (37%) especially verbal abuse (35%) reveals the existence of a tension in the relationship of the staff, especially the doctor-nurse relationship. The phenomenon of underreporting has been observed in our study, this encourages the creation of a simple reporting system (intranet form), the elaboration of a care-taking procedure inspired by international recommendations and the introduction of a policy that stands against violence in the health care environment, whether at the local or national level. This policy must focus on the improvement of the organizational factors, the reinforcement of security, stress the legal and regulatory documents and the recognition of psychological repercussions in the table of occupational diseases.

ملخص

يعد العنف ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية ظاهرة مقلقة للغاية في بلدنا. يُعرف العنف على أنه أي حادث يتعرض فيه الموظفون للإساءة أو التهديد أو الإعتداء في ظروف تتعلق بعملهم ، بما في ذلك التنقل من وإلى العمل ، والذي يمس بشكل صريح أو ضمني أمنهم، سلامتهم أو صحتهم. دراستنا هي دراسة مستعرضة حول التعرض للعنف الخارجي والعنف بين الموظفين، أجريت بين 164 شخصا من فئة الأطباء وفئة الممرضين، في مصالح طب الأطفال التابعة لمستشفى الأم والطفل في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. نسبة التعرض للعنف الخارجي (صادر من المرتفقين) حسب دراستنا هي 76 % تتكون خاصة من العنف اللفظي (76%)، إضافة إلى العنف الجسدي (16,5%). من بين خصائص هذا النوع من العنف لدى المشمولين بالدراسة، أنه يمس النساء أكثر من الرجال (79%F)، أن نسبة التعرض له حسب الفئة المهنية متساوية بين فئة الأطباء والممرضين (76%) ، الفاعل كان بالأساس أبوي المريض، يحدث غالبا في مصلحة المستعجلات خاصة أثناء الحراسة الليلية، وترجع أسبابه حسب هذه الدراسة الى عوامل تنظيمية في أغلب الحالات (الانتظار لمدة طويلة، وعدم الرضا عن الرعاية المقدمة). التعرض للعنف الجسدي (16,5%) يؤثر سلبًا على الصحة البدنية للفئات التي شملتها الدراسة الصحية. العنف اللفظي في أغلب الحالات تجلت في السب والإهانات. القلق، فقدان الأمل وأعراض الإجهاد اللاحق للصدمة، تعد من الآثار السلبية الوخيمة على الصحة النفسية للضحايا وذلك بنسب عالية. كما يؤثر هذا العنف سلبًا على الحياة المهنية للموظفين (تغير السلوك تجاه العمل بنسبة 45 %)، وكذلك على سير العمل، كما يعد عبئا اقتصاديا واجتماعيا ثقيلا. النسبة العالية للعنف بين الموظفين (37%) خاصة العنف اللفظي (35%) يكشف عن وجود توتر في العلاقة بين الموظفين، وخاصة علاقة الطبيب مع الممرض. ظاهرة عدم الإبلاغ لوحظت بشكل واضح في دراستنا ، هذا يحيل الى ضرورة إنشاء نظام إبلاغ بسيط (منصة إلكترونية)، ووضع مسطرة خاصة بالتكفل بالضحايا مستوحاة من التوصيات الدولية وكذلك وضع سياسة خاصة ضد العنف في قطاع الصحة، سواء على المستوى المحلي أو الوطني، تنبني على تحسين العوامل التنظيمية، وتعزيز الأمن، إضافة الى تقوية الوسائل القانونية والتنظيمية والاعتراف بالآثار النفسية في جدول الأمراض المهنية.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Bureau international du Travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la Santé, Internationale des Services publics :**
Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé ' Genève, Bureau international du Travail, (2002), p37.
2. **Elston MA, Gabe J, Denney D, Lee R, Beirne MO.**
Violence against doctors: a medical (ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociol Health Illn.* 2002; 24:575-598.
3. **Canbaz S, DüNDAR C, Dabak F, Sünter AT, Pekfien Y, Cetinoglu EÇ:**
Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2008, 14:239-44.
4. **Elliott, P. P. (1997).**
Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nursing Management*, 28(12), 38-41.
5. **Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L (2003):**
Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med.* 2003; 60: 779-783.
6. **Kadra G, Dean K, Hotopf M, Hatch SL (2014).**
Investigating exposure to violence and mental health in a diverse urban community sample: data from the South East London Community Health (SELCoH) Survey. *Plos One.* 2014; 9(4).
7. **Ladhari N,Fontana L,Faict T.W, Gabrillargues D, MILLOT-Theis B, Schoeffler C (2004).**
Etude des agressions du personnel du centre hospitalier universitaire de Clermont. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2004, vol. 65, n° 7-8, p.557-563
8. **Di Martino, V. (2002).**
Workplace violence in the health sector—Country case studies Brazil,Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
9. **Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. (2010)**
Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol.* 2010; 5:27.

10. **Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL (1988):**
Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1988, 17:1227-33.
11. **Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C, Way M (1999):**
Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999, 161:1245-8.
12. **Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) 2017 :**
« Rapport annuel ONVS 2017 – Données 2015-2016 » ; Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de l'offre de soins; p.14; 27;29
13. **Belarif. H (2004).**
Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier (Cas des infirmiers du centre hospitalier provincial de Beni Mellal). INAS 2002- 2004. Maroc
14. **Favaro M. (2014) :**
Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail, proposition d'un modèle-cadre pour comprendre et intervenir. INRS, France, NS 320 ;
15. **Jean-Louis Le Run (2012),**
« Les mécanismes psychologiques de la violence », *Enfances & Psy* 2012/1 (n° 54), p. 23-34.
16. **Jacques Postel :**
Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique ; sous la direction de Paris, Larousse, 1993, 630 p.
17. **Chappel et V.Di Martino (2000) :**
« La violence au travail ». Organisation internationale de travail, Genève, 2000 p 26
18. **Organisation Mondiale de la Santé :**
Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. OMS, 2002,44p
19. **Cuyppers D., Debreyne V.,Brusseleers S., Deroover M., Janssenswillen L. (2008):**
Manuel pour un programme de prévention de l'agression en milieu hospitalier . Garder la tête froide ça rafraichit !. Stop à l'agression dans les hôpitaux. SPF, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Service Public Fédéral Intérieur, 2008, 53p.
20. **Avril G., Beau V., Martignolles J. :**

« Violence et travail ». SFTG Paris- nord, compte rendu de soirée, 13 mars 2001

21. **Lasfargues G. (2006):**
Données de la littérature scientifique sur la violence au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2006, 2, vol.67, 271-274.
22. **Cloutier. G (2013).**
Une étude sur la relation entre la culture organisationnelle et la violence au travail ; université de Montréal faculté des études supérieures et postdoctorales;
23. **MARIE-THÉRÈSE.G (2017).**
Violence au travail : un modèle d'analyse pour savoir où agir ; atousanté 2017.
24. **Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS) France : 2010**
Quand travailler expose un risque d'agression : des incivilités aux violences 2010, France, Institut national de la recherche et de la sécurité.
25. **Khalef. A (2003) :**
La violence au travail est-elle une fatalité. Bureau des activités pour les travailleurs, Education ouvrière 2003/4 Numéro 133.
26. **BIT (2003) :**
Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et moyens de combattre le phénomène. BIT Genève 2013 p 15.
27. **INRS (2003) france:**
« Travail et agressions. Etat des lieux et prévention des risques ». Rapport INRS France, 2003 p, 14.
28. **Bureau International du Travail (2003) :**
Recueil des données pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. BIT, Genève, 2003: p. 4
29. **Dejours C. (2007):**
Conjurer la violence. Travail, violence et santé. Editions Payot et Rivages, Paris, 2007,316p
30. **ILO/ICN/WHO/PSI (2003) :**
Workplace violence in the health sector, country case studies research instruments-survey questionnaire English-. Geneva 2003 p: 1-6
31. **Jean P. (2004):**

- Analyse du risque violence à l'hôpital. Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail, 2004, 1, vol.65, 43-44.
32. **Lasfargues G. (2006):**
Données de la littérature scientifique sur la violence au travail. Document pour le Médecin du Travail, 2006, 108, 519-520.
33. **Teyssier-Cotte C., Chopard B., Dartois M-F., Désormière M., Le Guen E., Mérouz P., Vaytet J-P. (2006):**
A partir d'observations, des questions sur la violence au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement, 2006, 1, vol.67, 62-64.
34. **Ministère de la santé au Maroc (2014) :**
Circulaire n° 0083 DHSA du 21 novembre 2014 Instauration d'un dispositif de notification des événements indésirables liés aux soins. Ministre de la santé, Maroc 2014.
35. **Ministère de la santé (2016) :**
Guide méthodologique de la gestion des risques hospitaliers dans les hôpitaux marocains. DHS. Ministère de la santé, Maroc 2016.
36. **Dallay et al (2015) :**
Insécurité des soignants face à la violence des patients : état des lieux et facteurs prédisposant ; résultats d'une enquête transversale, multicentrique menée en unité psychiatrique fermée et aux urgences . European psychiatry; Novembre 2015 Volume 30. Issue 8 p 330.
37. **Moreau et al (2010) :**
Quand travailler expose à un risque d'agression : des incivilités aux violences physiques. . rapport Institut national de recherche et de sécurité france; 2010.
38. **Mauranges. A (2011) :**
Stress, souffrance, violence en milieu hospitalier. Les guides prévention. Manuel à l'usage des soignants. Édition 2011 ; p1-30.
39. **Shields. M et Wilkins.K (2009) :**
Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. Rapports sur la santé, vol. 20, n° 2. Statistique Canada, n° 82-003-XPF ;

40. **Plante. E (2008):**
Analyse des programmes de prévention de la violence de type interne au travail dans les entreprises québécoises syndiquées de grande taille. Doctorat en sciences de l'administration. Collection Mémoires et thèses électroniques Université Laval.
41. **Jauvin et al (2003).**
Recherche sur les effets du travail en détention sur l'absentéisme au travail, la santé et la sécurité du personnel. Ministère de la Sécurité publique du Québec et le Fonds de recherche sur la société et la culture ;
42. **Asri A. (2017) :**
La violence à l'égard des professionnels de santé Cas de l'Hôpital Mohamed V de Meknès. Mémoire de fin d'études ; Ecole Nationale de Santé Publique ; Juillet 2017 p:1-60
43. **Chappell D, Di Martino V. (2000) :**
« Violence au travail » ; rapport du BIT, Genève, 2000
44. **Vallaëys A, Gourney M, Vasse T, Creveuil C, Regeasse A (2004) :**
La violence externe en milieu hospitalier. Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail, 2004, 2-3, vol.65, 140.
45. **Secrétariat général du gouvernement Maroc (2011):**
La constitution du Maroc. Edition 2011, Série documentation juridique marocaine ; Maroc p12
46. **Ministère de la justice, Secrétariat général du gouvernement Maroc :**
Dahir n° 1-59-413 du 28 jourmada ii 1382 (26 novembre 1962) portant approbation du texte du code pénal. Bulletin officiel n° 2640 bis du mercredi 5 juin 1963, p. 843.
47. **Secrétariat général du gouvernement Maroc :**
Dahir n° 1-58-008 du 4 chaabane 1377 (24 février 1958) Portant approbation du statut général de la fonction publique ; Bulletin Officiel n° : 2372 du 11/04/1958 - p. 631
48. **Ministère de la santé, Secrétariat général du gouvernement Maroc :**
Arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement Intérieur des Hôpitaux ; publié au Bulletin Officiel N° 5926 du 12 rabii II 1432 (17 Mars 2011)
49. **Ministère du Travail et de l'Insertion professionnelle, Secrétariat général du gouvernement Maroc:**

- Dahir n 1-14-190 du - Rabiâ Awal 1436 (29 décembre 2014) portant approbation du la loi n 18-12 relative à la réparation des accidents du travail ; Bulletin officiel n 6328 de 22 janvier 2015 ; p489. Consulté en arabe.
50. **Ministère de la justice et libertés Maroc :**
Loi n° 65.99 formant code du travail ; Bulletin Officiel n°5210 du 16 Rabii 1425 (6 Mai 2004), p.600.
51. **Giorgio M-T.:**
Prévenir la violence chez les soignants l'hôpital. La santé au travail ; 4 mars 2018. Disponible sur le site www.Atousanté.com
52. **INRS (2015):**
Agression et violence externe. Dossier INRS France 2015.
53. **Moreau S., Guyot S., Langevin V., Van de Weerd C. :**
Quand travailler expose à un risque d'agression : des incivilités aux violences physiques. INRS, NS 288, octobre 2010,80p.
54. **Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS 2017) :**
Fiches reflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico- social. 1-30.
55. **République Française-Ministère de l'Emploi et de la Solidarité:**
Circulaire n°DHOSP/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et l'accompagnement des situations de violence.
56. **République Française- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille :**
Circulaire n° DHOSP/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.
57. **République Française- Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire- Ministère de la Santé et des Solidarités:**
Protocole d'accord du 12 aout 2005 sur la sécurité des établissements de santé.
58. **République Française- Ministère de la Santé et des Sports-Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités Territoriales- Ministère de la Justice et des Libertés :**
Protocole d'accord sur la sécurité des établissements de santé du 10juin 2010.
59. **République Française-Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de**

L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins :

Bilan national : remontée des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier. Observatoire National des Violences, DHOS février 2007.

60. International Labour Office (ILO) International Council of Nurses (ICN) World Health Organisation (WHO) Public Services International (PSI) :

Joint programme on workplace violence in the health sector workplace violence in the health sector ; country case studies research instruments ; survey questionnaire ; english ; geneva 2003;

61. ADEN A. CHEMAO ELFHRI W.(2012) :

Renforcement de la sécurité du professionnel de santé par la démarche qualité : cas du CHP d'Inezgane ; Mémoire de fin d'études, cycle de master en administration sanitaire et santé publique filière Management des Organisations de Santé. Ecole Nationale de Santé Publique ; Maroc juillet 2012 p1-55.

62. BOUKORTT-TAGUINE C. SEMID A. (2016) :

Violence exogène à l'hôpital et effets sur le personnel de santé; thèse de Doctorat en Sciences Médicales; faculté de médecine d'Alger; Algérie avril 2016 ; p.1-230

63. Gournay M., Vassett T., Reageasse A., Creveuil C. :

La violence en milieu hospitalier : un risque professionnel ? Enquête en Basse-Normandie en 2002. Fédération Française de Santé au Travail. Travailler, vol. 12, no. 2, 2004, pp. 91-98

64. Asri A. Filali H. (2017) .

La violence à l'égard des professionnels de santé : Cas de l'Hôpital Mohamed V de Meknès. Mémoire de fin d'études, cycle de spécialisation en santé publique et en management de la santé filière management hospitalier. Ecole Nationale de Santé Publique ; Maroc, juillet 2017 p. 1-66.

65. Acharhabi N, EL Hamaoui Y, Moussaoui D, Battas O (2008).

Violence envers le personnel soignant au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca, Esperance médicale, 2008, vol. 15, n° 145, p.101- 103

66. Hamdan M. Abu Hamra A. (2015) :

Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study ; Human Resources for Health (2015) 13:28

67. Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., & Philip, P. (2009).

Workplace bullying and sleep disturbances: Findings from a large scale cross-sectional survey in the French working population. Sleep, 32(9), 1211-1219.

68. **Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009).**
Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), 340-349.
69. **Diarra C, Thera JP (2015)**
« Enquête sur les agressions contre les agents de sante dans les structures sanitaires de Bamako » thèse de doctorat en médecine N 15M91, faculté de médecine et d'odontostomatologie, université de Bamako, Mali 2015 p 1-51.
70. **Bureau International du Travail (2012) :**
SOLVE: intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail: guide du formateur ; Bureau international du Travail. Genève: BIT, 2012.
71. **Organisation Mondiale de la Santé :**
Selon une étude récente, la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. OMS, centre des médias 2002, 4p
72. **Bureau International du Travail:**
Workplace violence in the health services. ILO Fact sheet 2003, 3p.
73. **Ouédraogo V., OuédraogoT., OuédraogoD-D., Ouédraogo L.T, Ouédraogo A. :**
Violence au travail au CHU de Ouagadougou. CAMIP.info 2010, 4, octobre-décembre, 8p.
74. **Akrout M., Khalfallah T., Bchir N., Chaari N., Hanchi A., Mrizak N., Masmoudi M.L. : 2003**
Etude des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers tunisiens. *Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail*, 2003, 1, vol.64, 13-17.
75. **Esthyn-Behar M, Duville N, Menini M, Le Foll S, Le Nezet O, Bocher R : 2006**
Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. Résultats de l'enquête européenne PRESST-NEXT. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2006, 2, vol.67, 289-290.
76. **Laura Sofield, Susan W. Salmond 2003 :**
Workplace Violence : A Focus on Verbal Abuse and Intent to Leave the Organization ; *Orthopaedic Nursing* – July/August 2003 – Volume 22 • Number 4 , p 274 – 283
77. **Geneviève Picot, 2005 :**
« Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des affaires sociales* 2005/1 (), p. 83-100.

78. **Therese Hesketh, professor , Dan Wu, MSc student, Linan Mao, project manager, Nan Ma, MSc student (2012) :**
« Violence against doctors in China » BMJ 2012; 345
79. **Shi J, Wang S, Zhou P, Shi L, Zhang Y, Bai F, et al. (2015) :**
The Frequency of Patient-Initiated Violence and Its Psychological Impact on Physicians in China: A Cross-Sectional Study. PLoS ONE 2015; 10; 6.
80. **Wassel J.T. 2009 :**
Workplace violence intervention effectiveness: A systemic literature review. Safety Science, 2009, 47, 1049-1055.
81. **KOPP (N.) 2013 :**
Incivilités subies par les acteurs de santé à l'hôpital. Aspects éthiques et sociétaux. ETHIQUE ET SANTE, 2013/09, n° 3, 149-154.
82. **Leonard Fagin & Antony Garelick :**
The doctor-nurse relationship. Advances in Psychiatric Treatment (2004), vol. 10, 277-286.
83. **Jerng J-S, Huang S-F, Liang H-W, Chen L-C, Lin C-K, Huang H-F, et al. (2017) :**
Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. PLoS ONE 12 (2): e0171696.
84. **Baldwin DC Jr, Daugherty SR. (2008) :**
Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US. Journal of Interprofessional Care. 2008;22(6):573-86.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإذلاً رعائتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

مُتعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

**العنف في الوسط الإستشفائي لطب الأطفال بمستشفى الأم
والطفل، المستشفى الجامعي محمد السادس
الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/06/27
من طرف
السيد. يونس اعبدى

المزداد في 1991/11/17 بتتغير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

العنف في العمل - الطاقم الصحي - عنف لفظي - عنف جسدي

اللجنة

الرئيس	السيد	م. صبيحي
		أستاذ في طب الأطفال.
المشرف	السيد	م. بو الروس
		أستاذ في طب الأطفال
	السيد	ع. بنعلي
		أستاذ مبرز في الطب النفسي
الحكام	السيد	ن. راضي
		أستاذ مبرز في طب الأطفال