



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

Année 2021

Thèse N° 015

Agression et violence envers les professionnels de santé du CHU Mohammed VI de Marrakech

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 24/02/2021

PAR

Mme. **Sanae ZRAIBI**

Née le 11 Avril 1994 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Violence au travail – Personnel soignant – Violence verbale – Violence physique – Violence morale

JURY

M.	M. AMINE Professeur d'Epidémiologie clinique	PRESIDENT
M.	A. HACHIMI Professeur de Réanimation Médicale	RAPPORTEUR
M.	A.R. EL ADIB Professeur d'Anesthésie-Réanimation	} JUGES
Mme.	I. ADALI Professeur de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ

الأحقاف: 15



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
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique

AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	JALAL Hicham	Radiologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie

BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURRAHOUI Aicha	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique

AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation

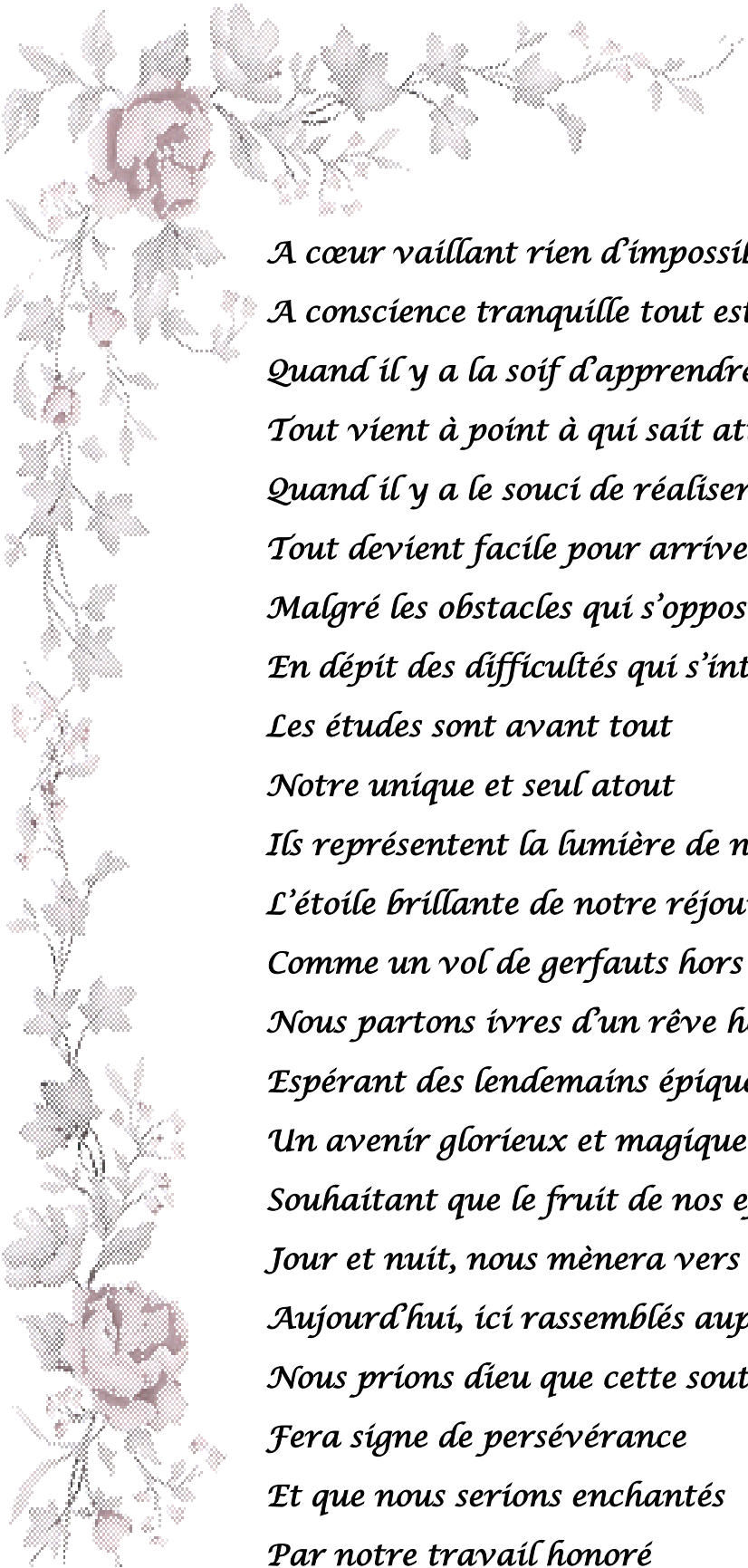
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio- organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie- mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/10/2020



Dédicaces





*A cœur vaillant rien d'impossible
A conscience tranquille tout est accessible
Quand il y a la soif d'apprendre
Tout vient à point à qui sait attendre
Quand il y a le souci de réaliser un dessein
Tout devient facile pour arriver à nos fins
Malgré les obstacles qui s'opposent
En dépit des difficultés qui s'interposent
Les études sont avant tout
Notre unique et seul atout
Ils représentent la lumière de notre existence
L'étoile brillante de notre réjouissance
Comme un vol de gerfauts hors du charnier natal
Nous partons ivres d'un rêve héroïque et brutal
Espérant des lendemains épiques
Un avenir glorieux et magique
Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis
Jour et nuit, nous mènera vers le bonheur fleuri
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys,
Nous prions dieu que cette soutenance
Fera signe de persévérance
Et que nous serions enchantés
Par notre travail honoré*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

الله

*LOUANGE A ALLAH TOUT PUISSANT, QUI M'A PERMIS DE VOIR CE
JOUR TANT ATTENDU.*

*Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a
inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce
que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et
remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

الحمد لله حمدا كثيرا



A la mémoire de mon grand-père maternel Abdelhadi MARSI

A toi, mon premier père

(BALHAJ)

A le plus doux et le plus généreux de tous les grands-pères

Tu étais pour moi une source inépuisable de tendresse, d'amour, de patience et de sacrifice. Sache que j'ai perdu une part de moi en te perdant, et que je suis ce que je suis grâce à ta bénédiction et à tes prières incessantes.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon amour éternel et mon grand attachement. Puisse dieu le tout-puissant t'accorder sa grâce, sa miséricorde et t'accueillir dans son vaste et éternel paradis auprès des prophètes et des saints.

À la mémoire de ma grand-mère maternelle Khadija

Ma deuxième maman

Cette émotion qui me vient en pensant à toi grand-mère, Cet énorme vide que tu as laissé en nous, Tu étais notre lumière, notre trésor, notre source de bonheur. Tous ces mots, toutes mes pensées et tous ce travail te sont dédiés. Tu étais une femme d'exception qui a toujours su m'encourager. J'espère que tu seras fière de moi de là ou tu es. Tu nous manques à tous...

Que ton âme repose en paix.

A la mémoire de mon grand-père paternel Abdellah et de ma tante

Essadia :

J'aurais souhaité votre présence dans ce jour là, mais le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble. J'espère que, de là-haut, vous êtes fiers de votre petite fille. Vous resterez à jamais vivants dans mon cœur et gravés dans mon esprit. Puisse Dieu, le Très Haut, vous bercer dans sa clémence, sa sainte miséricorde et de vous accueillir dans son éternel paradis auprès des prophètes et des saints.

Aux meilleurs parents du monde,

Qu'Allah vous protège, vous accorde une santé de fer et une longue vie, afin qu'ensemble nous jouissons du fruit de ce travail qui est le vôtre, et pour que je puisse vous rendre un minimum de ce je vous dois. Merci ! Maman et Papa pour vos vaillantes bénédictions, merci pour m'avoir toujours soutenue et encouragée. Grâce à vous, j'ai pu réaliser mon rêve d'enfance.

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا
كَمَا رَّبَّنَا فِي صَغِيرَا

سورة الاحزاب 24



Ma très chère maman Marsí Soumía,

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. A une personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

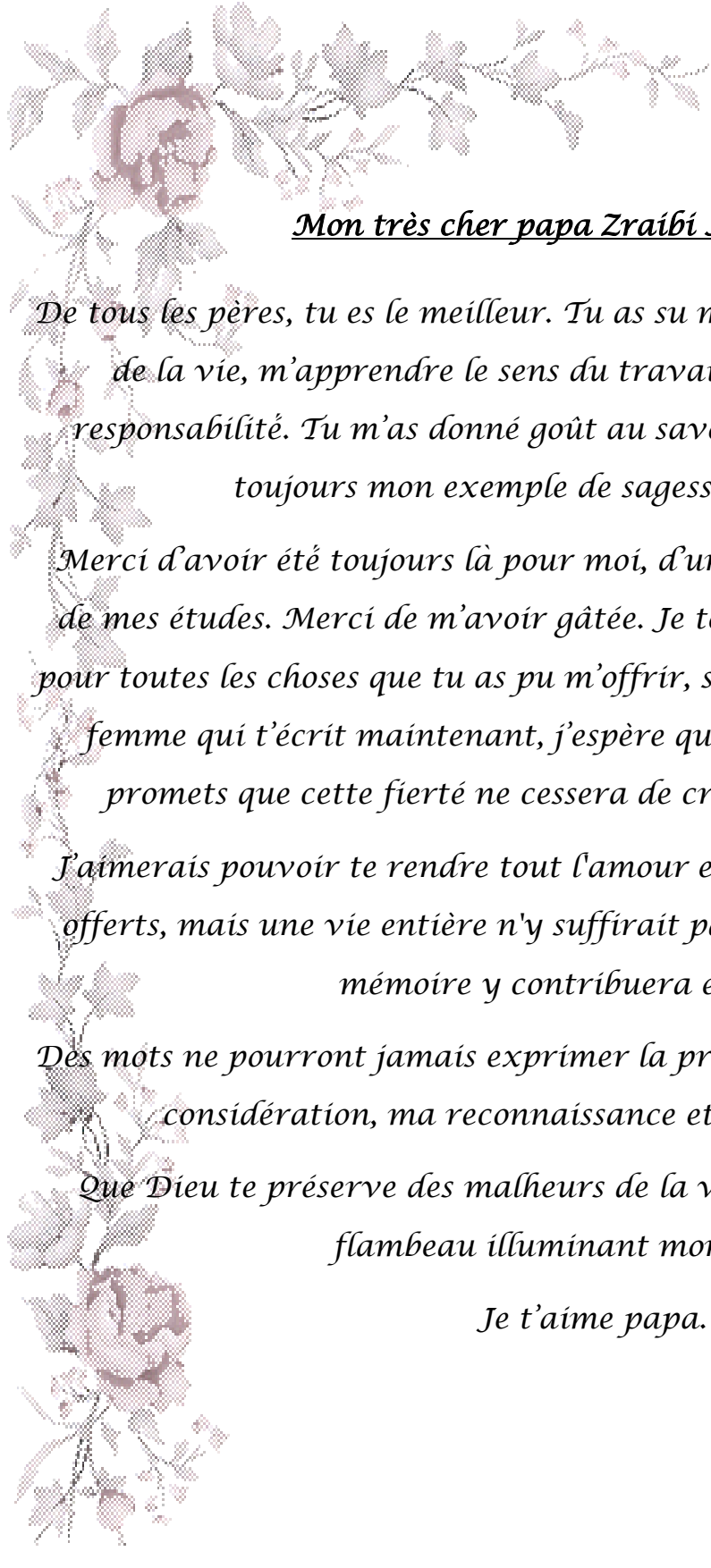
Tu étais toujours et tu resterais pour moi une source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés. Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore besoin de ton amour.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'a pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon grand respect. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.



Mon très cher papa Zraïbí Abdelfettah,

De tous les pères, tu es le meilleur. Tu as su m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Tu m'as donné goût au savoir et à la lecture. Tu seras toujours mon exemple de sagesse et de bon sens.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, d'un grand soutien tout au long de mes études. Merci de m'avoir gâtée. Je te remercie du fond du cœur pour toutes les choses que tu as pu m'offrir, sans toi, je ne serais jamais la femme qui t'écrit maintenant, j'espère que tu es fier de moi, et je te promets que cette fierté ne cessera de croître tant que je respire.

J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie.

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Je t'aime papa.



« Parfois notre lumière s'éteint, puis elle est rallumée par un autre être humain. Chacun de nous doit de sincères remerciements à ceux qui ont ravivé leur flamme ».

Albert Schweitzer

A ma petite soeur Najoua

My American Little lady!

Aujourd'hui ma chérie tu en train de bâtir ton avenir sous d'autres cieux. Mais sache que tu as laissé un grand vide à la maison. Merci pour ce que tu es. Merci pour tes états d'âme et tes originalités. Merci pour l'affection, la tendresse et l'amour dont tu m'as toujours entouré. Merci pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester. Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance. Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.

Tous mes vœux de bonheur, de santé, de réussite et de sérénité. Que Dieu te protège et te réserve le meilleur avenir, et puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais.



A mon cher petit frère Abdoullah

My BG

Pour toute l'ambiance dont tu m'as entourée, pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux, pour l'amour infini qui nous unit et les souvenirs inoubliables qui ont jalonné notre enfance. À nos quelques querelles fraternelles qui ne sont que des preuves de notre complicité.

Je te dédie ce travail. Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous tes vœux.

A toi l'homme de ma vie :

Mon mari « Belhouari Abdellah » :

Je te remercie mon amour de m'avoir procuré tout le soutien et la tendresse dont j'avais besoin tout au long de ce travail. Ta confiance en moi a su guider mes pas égarés vers un horizon meilleur.

Merci d'avoir donné un sens à ma vie, merci pour ton amour sincère. Merci pour tout. Je te dédie ce modeste travail qui est aussi le tien en témoignage de mon amour inconditionnel, estime et respect que j'ai pour toi ; en implorant DIEU le tout puissant de nous accorder une longue vie de bonheur, de prospérité et de réussite, en te souhaitant le brillant avenir que tu mérites et de nous réunir dans l'au-delà inchaALLAH.

Je t'aime très fort.



A mon petit ange « El houssain Elghali Belhouari »:

Mon petit amour

J'ai tout oublié quand tu es entré dans ma vie
J'ai tout oublié quand je t'ai serré dans mes bras, et j'ai réappris à vivre
et à sourire,

mon petit chéri, tu es mes essentiels, Mon obsession, mon affection,
Et ma raison de vivre,

Je t'écris ces quelques lignes pour qu'un jour, tu puisses les lire et savoir à
quel point ta maman t'aime. Tu es pour moi l'origine de mon bonheur au
quotidien. Que Dieu te garde et te bénisse.

Je t'aime mon petit bébé.

A ma tante : Safae Marsi

Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai
pour toi, Je te remercie du fond du cœur pour tes sacrifices et tout ce que
tu as fait pour moi.

Puisse Dieu te préserver et te procurer bonheur, santé et prospérité.

À ma grand-mère paternelle Fatna

Témoignage de mon grand amour, mon respect et ma gratitude Que Dieu
te procure bonne santé et longue vie. J'espère que tu es en ce jour fière de
moi.



À mes beaux-parents : EL houssain Belhouari et Najat Belrali

Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Vos prières, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été d'un grand secours.

Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'avez offert depuis mon mariage.

Puisse Dieu, le tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

À ma belle sœur : Imane Belhouari

Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour ton soutien et encouragements. Tu es une deuxième sœur pour moi.

Puissiez-vous trouver dans ce travail le témoin de mon affection et mon profond respect.

Que Dieu le Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur

A Mes beaux frères : Ilyas et Youness Belhouari

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille. En témoignage de l'attachement, de respect et de l'amour que je porte pour vous

Je vous dédie ce travail et Je tiens à vous remercier et exprimer Mon amour fraternel que je vous porte sans limite. Je souhaite que nous

Puissions rester unies dans la tendresse et la fidélité et J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et réussite

À mes chers oncles et tantes, à mes chers cousins et cousines ainsi qu'à toute la famille ZRAJBI et la famille MARSI

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération, J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime et le respect que je porte à votre égard. Tous mes vœux de bonheur et de santé. Vous tous, aussi aimants qu'aimables, Je vous offre ce travail qui est le votre avant d'être le mien.

À ma très chère amie et binôme AZIZA ZOZO

En souvenir des instants de magie, de fous rires, des épreuves sans fins mais aussi des gardes et de longues nuits à l'hôpital, sans toi peut être que ce long parcours ne serait pas aussi merveilleux qu'il était.

Tu étais pour moi l'amie, la confidente, tu as toujours su me reconforter et m'apporter de l'aide au moment où j'avais besoin. Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour, estime et mes souhaits de bonheur et de réussite.

À mes chères amies : Hajar Aouade et Meriem Elmajidi :

On a commencé ensemble, et nous voilà entraîné de tracer nos chemins ensemble. On a partagé énormément de bons moments, plein de souvenirs, de joie, de folie, et de fous rires. Vous étiez toujours à mes côtés dans les meilleurs moments comme dans les pires. Je vous souhaite beaucoup de bonheur, succès et réussite.

A mes chères soeurs : Hanaa et Wissal Elqanaa :

En souvenir de tous nos moments de folie, de toutes les joies et les déceptions que nous avons traversées ensemble, pour cette expérience magnifique et exceptionnelle passés ensemble Je vous dédie ce travail et Je tiens à vous remercier et exprimer Mon amour fraternel que je vous porte sans limite. Je souhaite que nous Puissions rester unies dans la tendresse et la fidélité et J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et réussite

A mes chéries : Rajaa Zamzami et Kaoutar Elkassimi :

Nous avons passé des moments inoubliables qui resteront gravés dans ma mémoire à jamais. Je vous remercie pour vos conseils, votre soutien et votre écoute tant que dans les moments de joie que dans les moments de difficultés.

Je vous souhaite de tout mon cœur une vie pleine de succès et d'amour.

A mes chers : Hind Yaqine, Fatimzahra Taoubane, Sanae Zaghou, Khadija Tadlaoui , Rim Zerhoudi, Radia Skalli, Achraf Yafi, Hamza Haddani :

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Sans votre présence, les études médicales n'auraient pas été les mêmes.

Je sais que je pourrais toujours compter sur vous à n'importe quels moments. A travers ce travail je vous exprime tout mon amour et mon affection et je suis fière d'avoir une aussi grande famille, votre amitié est un joyau que je protégerai à vie.

Veillez acceptez ce travail en guise d'amour. Je vous souhaite un très bon parcours et une vie pleine de joie et de bonheur.

A mes chères amies et camarades de guerre :

*Sara Kechnaoui, Marieme Elhassnaoui, Samira Laamari, Aziza laamari,
Loubna Ait Elhaj, Fatima Dakir, Rajaa Bettache, Soukayna Noubail,
Hasna Loulida, Meryem Safir, Ilham Lmekadmi, Batoul Erguibi, Salma
El Houch, Asmae Nkhaili, Fatimzahrae Kaddari.*

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A ma chère Khaoula Boumeriou et son mari Mahammed :

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande estime et de mon profond attachement. Puisse Dieu, le Très Haut, bénir votre union et vous accorder bonheur, santé et prospérité.



A mes enseignants de primaire, secondaire et de la faculté de médecine

A tous les collègues de classe, d'amphithéâtre et de stage hospitalier

À toute la promotion de médecine 2012-2013

A tout le personnel médical et paramédical de CHU Mohammed VI de Marrakech

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

A tous ceux qui ont pour mission cette tâche de soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien-être physique, psychique et social.

A tous mes maîtres auprès de qui j'ai eu l'honneur d'apprendre.

A tous les patients. Puisse Dieu tout-puissant vous accorder un prompt rétablissement et soulager vos souffrances

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur

A tous ceux connus ou inconnus qui vont feuilleter un jour ce travail.

En témoignage de mon respect et de mes remerciements.



Remerciements



Notre maitre, Président de thèse Monsieur le Professeur

AMINE Mohamed

Professeur et chef de service d'Épidémiologie- clinique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse. Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre. Veuillez accepter, cher Maitre, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maitre et Rapporteur de thèse Monsieur le Professeur

HACHIMI Abdelhamid

Professeur de Réanimation Médicale et chef de service de

Réanimation Médicale

A travers cet ouvrage, je vous rends hommage Professeur. Votre sérieux, votre sympathie, votre modestie et toutes vos qualités humaines ont été pour moi une réelle source d'inspiration. Je vous remercie pour la confiance que vous avez placée en moi en me confiant ce travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos espérances. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles et avez toujours eu les mots justes pour m'accompagner. Vous avez été un réel soutien durant cette année. Vous m'avez aussi permis de grandir sur le plan humain de par votre intellect et votre haut degré d'humanité. Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mon admiration.

A notre maître et Juge de thèse Monsieur le Professeur

EL ADIB Ahmed Rhassane

*Professeur d'anesthésie et réanimation et chef de service de
réanimation maternelle*

Aucune expression ne saurait témoigner de notre gratitude et de la grande estime que nous portons à votre personne. Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi ce jury. Vos encouragements, votre disponibilité et votre gentillesse, ne peuvent que solliciter de notre part sincère reconnaissance et admiration. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect

A notre maître et juge de thèse MADAME le Professeur

ADALI Imane

Professeur de Psychiatrie

C'est pour moi un immense honneur et une grande joie de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse. Je vous remercie pour la grande amabilité avec laquelle vous m'avez accueillie, ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de le juger. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de mon profond respect et ma sincère gratitude.

*A tous les professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie
de Marrakech Avec ma reconnaissance et ma haute considération.*



Index des illustrations 



Liste des figures

Figure 1	:	Répartition du personnel enquêté selon le sexe.
Figure 2	:	Répartition des participants selon le statut civil.
Figure 3	:	Profil professionnel des participants.
Figure 4	:	Répartition des participants selon le service hospitalier.
Figure 5	:	Fréquence de la violence globale.
Figure 6	:	Types de violence subie.
Figure 7	:	Fréquence de la violence par tranche d'âge.
Figure 8	:	Fréquence de la violence selon le statut civil.
Figure 9	:	Fréquence de la violence selon les services.
Figure 10	:	Fréquence de la violence par ancienneté.
Figure 11	:	Fréquence d'exposition à la violence.
Figure 12	:	Fréquence selon le lieu de survenu.
Figure 13	:	Horaire de survenue des actes de violence.
Figure14	:	Types de violences subies.
Figure15	:	Nature des violences verbales.
Figure 16	:	Nature des violences physique.
Figure 17	:	Profil de l'auteur de la violence externe.
Figure 18	:	Profil de l'auteur de la violence interpersonnelle.
Figure 19	:	Circonstances et causes probables de la violence externe.
Figure 20	:	Circonstances et causes probables de la violence interne.
Figure 21	:	Réaction des victimes suite à la violence.
Figure 22	:	Causes de l'abstention à la déclaration.

- Figure 23** : Devenir de la déclaration.
- Figure 24** : Taux de déclaration de la violence interpersonnelle.
- Figure 25** : Répartition des interruptions temporaires de travail suite à la violence.
- Figure 26** : Propositions par le personnel pour la prévention de la violence.
- Figure 27** : Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu de travail.
- Figure 28** : Conduite à tenir en cas d'acte de violence.

Liste des tableaux

Tableau I	:	Répartition des effectifs par tranche d'âge.
Tableau II	:	Répartition du personnel médical et paramédical par ancienneté.
Tableau III	:	Fréquence de violence subie par sexe.
Tableau IV	:	Fréquence de la violence subie selon les catégories professionnelles.
Tableau V	:	Fréquence de la violence par profession.
Tableau VI	:	Relation entre l'âge et l'ancienneté et les types de violences.
Tableau VII	:	Relation entre le sexe et types de violences.
Tableau VIII	:	Relation entre les catégories professionnelles et la violence verbale.
Tableau IX	:	Relation entre les catégories professionnelles et la violence physique.
Tableau X	:	Relation entre les catégories professionnelles et la violence morale.
Tableau XI	:	Relation entre le statut matrimonial et le harcèlement sexuel.
Tableau XII	:	Relation entre le moment de survenue et la violence verbale.
Tableau XIII	:	Relation entre le moment de survenue et la violence physique.
Tableau XIV	:	Relation entre le moment de survenue et la violence morale.
Tableau XV	:	Relation entre la réaction des victimes et la violence verbale.
Tableau XVI	:	Relation entre la réaction des victimes et la violence physique.
Tableau XVII	:	Relation entre la réaction des victimes et la violence morale.
Tableau XVIII	:	Relation entre les services d'affectation et le taux de déclaration.
Tableau XIX	:	Relation entre la déclaration et types de violences.
Tableau XX	:	Comparaison entre l'effectif et le taux de réponse selon les différentes études nationales et internationales.
Tableau XXI	:	Caractéristiques sociodémographiques des différentes études sur la violence.
Tableau XXII	:	Comparaison entre la Fréquence de la violence générale entre les différentes études.
Tableau XXIII	:	Comparaison entre le sexe et types de violences.

- Tableau XXIV** : Fréquence de la violence verbale et physique dans la littérature consultée.
- Tableau XXV** : Comparaison de la nature des violences verbales.
- Tableau XXVI** : Circonstances et causes de la violence externe selon les études.



Abréviations



Liste des abréviations

AT	:	Accident de Travail
Ar	:	Article
BIT	:	Bureau International du Travail
CHP	:	Centre Hospitalier Provincial
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CM	:	Certificat Médical
CML	:	Certificat Médico-Légal
CNOPS	:	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CII	:	Conseil International des Infirmières
FFP	:	Fédération Française de Psychiatrie
ILO	:	International Labour Office
INSPQ	:	Institut National de Santé Publique du Québec
INRS	:	Institut National de la Recherche et de la Sécurité
ISP	:	L'internationale des Services Publics
ITT	:	Interruption Temporaire du Travail
NICE	:	National Institute for Health and Care Excellence
OIT	:	Organisation Internationale du Travail
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	:	Observatoire National de la Violence en Milieu de Santé
SCFP	:	Syndicat Canadien de la Fonction Publique
V	:	Violence
VIP	:	Violence InterPersonnelle



Plan



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type d'étude	05
II. Population cible	05
1. Critères d'inclusion	05
2. Critères d'exclusion	05
3. Echantillon	06
III. Définitions	06
IV. Elaboration du questionnaire	06
V. Déroulement de l'enquête	07
VI. Collecte et analyse statistique des données	07
VII. Considérations éthiques	08
RESULTATS	08
I. Analyse statistique descriptive	09
1. Taux de réponse	09
2. Caractéristiques sociodémographiques	09
2.1. Répartition des participants par âge	09
2.2. Répartition des participants par sexe	09
2.3. Répartition des participants selon le statut civil	10
2.4. Répartition par catégorie professionnelle	11
2.5. Répartition selon le service hospitalier	11
2.6. Répartition de la population étudiée par ancienneté	12
3. Les caractéristiques de la violence	12
3.1. Fréquence de la violence subie en milieu hospitalier	12
3.2. Fréquence de la violence selon l'âge	13
3.3. Fréquence de la violence selon le sexe	13

3.4.	Fréquence de la violence selon le statut civil	14
3.5.	Fréquence de la violence subie selon les catégories professionnelles	14
3.6.	Fréquence de la violence selon les services	15
3.7.	Fréquence selon l'ancienneté au poste	16
3.8.	Fréquence d'exposition aux actes de violence	17
3.9.	Fréquence selon le lieu de survenu	17
3.10.	Fréquence selon les horaires de survenu	18
3.11.	Fréquence des types des violences subies	18
3.12.	Caractéristiques des types de violence	19
3.13.	Profil de l'auteur de la violence	20
3.14.	Circonstances et causes probables de la violence	21
4.	Suites à la violence	22
4.1.	Réaction des victimes suite à la violence	22
4.2.	Déclaration et notification de la violence	22
5.	Conséquences et impact sur le travail	24
5.1.	Interruption temporaire de travail (ITT)	24
5.2.	Durée des interruptions temporaires de travail	24
6.	Procédure et moyens de prévention de la violence en milieu hospitalier	25
6.1.	Recommandations du personnel pour la prévention de la violence	25
6.2.	Autres propositions du personnel	25
II.	Analyse statistique comparative	26
1.	Répartition des types de violences en fonction de l'âge et l'ancienneté	26
2.	Relation entre le sexe et types de violences	27
3.	Relation entre les catégories professionnelles et types de violences	27
4.	Relation entre le statut matrimonial et le harcèlement sexuel	29
5.	Relation entre le moment de survenue et types de violences	29
6.	Relation entre la réaction des victimes et types de violences	31
7.	Relation entre le taux de déclaration et les services d'affectation	32
8.	Relation entre la déclaration et types de violences	33

DISCUSSION:	34
I. Définitions et généralités	35
1. Définitions et typologie de la violence	35
1.1. Définitions de la violence	35
1.2. Violence et agression	36
1.3. Typologies de la violence	38
2. La violence au travail	40
2.1. Définition de la violence au travail	40
2.2. Typologie de la violence au travail	40
2.3. La distinction entre les actes de violence au travail	43
II. Mécanismes de la violence au travail	44
1. Les facteurs prédictifs de la violence	44
1.1. Les facteurs déclenchant la violence externe	44
1.2. Les facteurs déclenchant la violence interne	45
2. Origine de la violence	45
2.1. Les étapes de la genèse de la violence	45
2.2. Les modèles explicatifs de la violence au travail	46
III. Aspects législatifs et procédures au Maroc	47
1. La constitution	47
2. Le code pénal	48
3. Le statut général de la fonction publique	49
4. Statut particulier du personnel des centres hospitaliers universitaires	50
5. Le règlement interne des hôpitaux marocains : protection et procédure	50
6. La violence au travail et l'accident du travail au Maroc	51
7. Le code du travail	52
IV. Discussion des résultats	52
1. Taux de réponse	52
2. Caractéristiques sociodémographiques	54

3.	les caractéristiques de la violence	56
3.1.	Fréquence et types de violences subies	56
3.2.	Fréquence de la violence selon les caractéristiques socioprofessionnelles	57
3.3.	Caractéristiques de la violence	61
3.4.	Circonstances et causes probables de la violence	66
4.	Suites à la violence	68
4.1.	Réaction des victimes suite à la violence	68
4.2.	Déclaration et notification de la violence	69
4.3.	Conséquences et Impact sur le travail	70
5.	Procédure et moyens de prévention de la violence en milieu hospitalier	71
5.1.	Prévention primaire	71
5.2.	Prévention secondaire	74
5.3.	Prévention tertiaire	75
5.4.	Que faire en cas d'incident violent ?	75
6.	Limite de l'étude	77
	CONCLUSION	78
	RESUMES	80
	ANNEXES	87
	BIBLIOGRAPHIE	96



Introduction



La violence sur les lieux de travail a pris ces dernières années des proportions importantes puisque des millions de personnes en souffrent à travers le monde [1]. Elle atteint pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs [2, 3].

Le secteur de la santé n'a pas été épargné de ce phénomène et à l'image de notre environnement, l'hôpital est devenu l'épicentre de toutes les tensions [4].

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 dans des circonstances liées à son travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de sa sécurité, de son bien-être ou de sa santé. Cette large définition comprend la violence physique, verbale, psychologique et le harcèlement sexuel [5].

Au niveau mondial, le rapport du programme commun BIT/CII/OMS/ISP [5] sur la violence au travail dans le secteur de la santé, démontre que :

- Près de 25% de tous les incidents violents au travail se produisent dans le secteur de la santé ;
- Plus de 50% des travailleurs de la santé ont été confrontés à des incidents violents sur leur lieu de travail.

En Europe :

- Un rapport du Bureau International du Travail [6] montre que :
 - Six millions de travailleurs (4%) sont victimes de violence physique ;
 - Trois millions (2%) sont victimes de harcèlement sexuel ;
 - Et 12 millions (8%) sont victimes d'intimidations.

- Une enquête faite par EUROGIP dans 13 pays européens [7], montre qu'un quart des déclarations en maladies professionnelles concernent le stress, le harcèlement, la violence et l'intimidation. Le secteur de la santé étant le plus touché.

En Tunisie : La violence à l'encontre du personnel des hôpitaux tunisiens représente 4,8% de l'ensemble des accidents du travail déclarés, reflétant probablement une sous déclaration d'après les auteurs [8].

Elle constitue une problématique importante dans notre système de soins. C'est un phénomène complexe qui résulte de l'intrication de plusieurs facteurs étiologiques : individuels, liés à l'environnement de travail et liés à l'organisation du travail [9].

Elle est sous-estimée car sous déclarée dans la majorité des cas. Ce qui limite l'amélioration de sa gestion et la mise en œuvre des mesures préventives [10].

Au Maroc, les dernières décennies ont connu une émergence inquiétante de ce phénomène, qui reste peu explorée. Une étude menée à l'hôpital Mohamed V à Meknès, a dévoilé que 66,4% du personnel étaient victimes de violence [11].

Une autre étude menée au département des urgences au CHU Ibn Sina à Rabat, a mis en évidence que 70 % des médecins enquêtés étaient victimes d'un acte de violence [12].

Notre travail avait pour objectifs :

- D'identifier les caractéristiques épidémiologiques et les circonstances de survenue ;
- Evaluer les conséquences et les mesures préventives proposées par le personnel du CHU de Marrakech.



Matériels et Méthodes



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive basée sur un questionnaire préétabli.

II. Population cible :

La population cible était l'ensemble du personnel médical et paramédical exerçant dans les différents services du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, comprenant l'hôpital Arrazi, l'hôpital mère-enfant, l'hôpital Ibn Nafis, l'hôpital Ibn Tofail et le centre d'onco-hématologie.

Le personnel médical comprend les médecins spécialistes, les médecins résidents et les médecins internes. Alors que le personnel paramédical comprend les infirmiers, les techniciens et les kinésithérapeutes.

1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Le personnel médical et paramédical exerçant au sein des services durant la période de l'étude.

2. Critères d'exclusion :

- Le personnel administratif ;
- Le personnel de santé ayant refusé de participer à l'étude ;
- Le personnel n'était pas disponible au moment de l'enquête ;
- Le personnel de santé objet d'acte de violence en dehors de l'hôpital.

3. Echantillon :

Un échantillonnage aléatoire représentatif avait été utilisé en raison de contrainte de temps, de ressource ainsi que l'augmentation de la surcharge de travail surtout avec l'évènement

du Covid-19 qui avait touché considérablement le roulement de l'effectif et le nombre du personnel.

III. Définitions :

Définitions selon l'OMS:

- **La violence verbale :** Ensemble des menaces, d'insultes et parfois de communications orales visant à humilier ou dénigrer la victime.

Sont considérés comme violence verbale : Les insultes, les cris et ton agressif, les menaces de mort, les menaces d'agressions, le harcèlement sexuel et les menaces de mesure disciplinaire.

- **La violence physique :** Recours à la force physique contre une personne.

Sont considérés comme violence physique : Les poussés, les coups, les strangulations et les jets d'équipements.

- **La violence morale :** Exercice intentionnel d'un pouvoir, avec éventuellement menace du recours à la force physique.

IV. Elaboration du questionnaire : (Annexe 1)

Un questionnaire a été distribué, élaboré à partir des données de la littérature.

Il comportait quatre parties avec 27 questions à choix unique ou multiples et ouvertes :

- La première partie recueille des données démographiques ;
- La seconde partie s'intéresse aux circonstances de la violence ;
- La troisième partie traite les conséquences et la réaction du personnel suite à l'incident ;
- La quatrième partie concerne les mesures préventives et correctives de la violence.

Le temps nécessaire au remplissage du questionnaire était d'environ 10 à 15 mn.

V. Déroulement de l'enquête :

Notre enquête a été menée du février 2020 jusqu'au Août 2020 à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme, directement remis sur les lieux de travail.

Le questionnaire a été distribué d'une façon personnelle, pour certains services, ou déposé chez les majors des services.

Chaque personne enquêtée a été informée de l'enquête, de ses objectifs et a reçu toutes les informations relatives aux types de violence recherchées.

VI. Collecte et analyse statistique des données :

L'autorisation de mener l'étude a été obtenue auprès de la direction générale du CHU (Annexe 2).

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 10 pour Windows.

Les variables continues ont été exprimées en moyenne \pm déviation standard ou médiane [quartiles] ; alors que les variables catégorielles ont été exprimées en pourcentage et comparées par test chi-deux ou test exact de Fisher.

Un $p < 0.05$ a été considéré comme significatif.

VII. Considérations éthiques :

L'étude a été effectuée dans le respect de l'anonymat et la confidentialité des données individuelles.

Le consentement oral a également été obtenu des participants, après avoir expliqué tous les points du questionnaire et le but.



Résultats



I. Analyse statistique descriptive:

1. Taux de réponse :

Nous avons collecté 480 fiches parmi les 700 fiches distribuées avec un taux de réponse de 68,5%, sachant que le nombre du personnel du CHU est de 3036.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Répartition des participants par âge :

L'âge moyen de la population étudiée était de $29,6 \pm 5$ ans avec des extrêmes d'âge de 23 ans à 61 ans.

La tranche d'âge [26–35] constituait les trois-quarts de notre population (Tableau I).

Tableau I: Répartition des effectifs par tranche d'âge.

Tranche d'âge	Total	
	Effectif	(%)
23 à 25 ans	63	13,13%
26 à 35 ans	368	76,67%
36 à 45 ans	41	8,54%
47 à 55 ans	5	1,04%
56 à 65 ans	3	0,63%
Total	480	100,00%

2.2. Répartition des participants par sexe :

La population étudiée était constituée par 61% des femmes et 39% des hommes. Le Sex-ratio (H/F) est de 0,63 (Figure1).

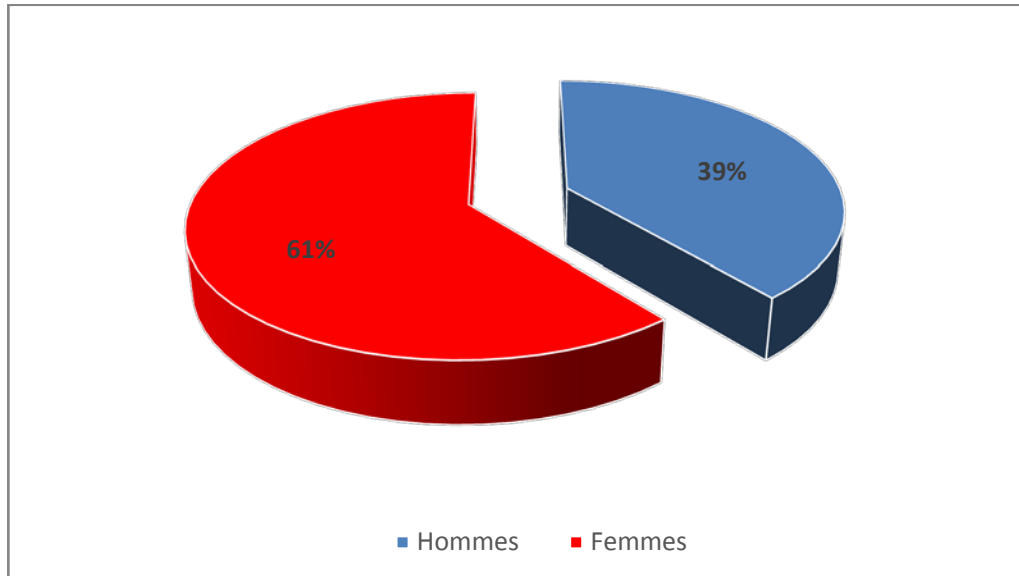


Figure 1: Répartition du personnel enquêté selon le sexe.

2.3. Répartition des participants selon le statut civil :

L'échantillon étudié est constitué par 290 célibataires (60,4%) et 187 mariés (39%)

(Figure 2).

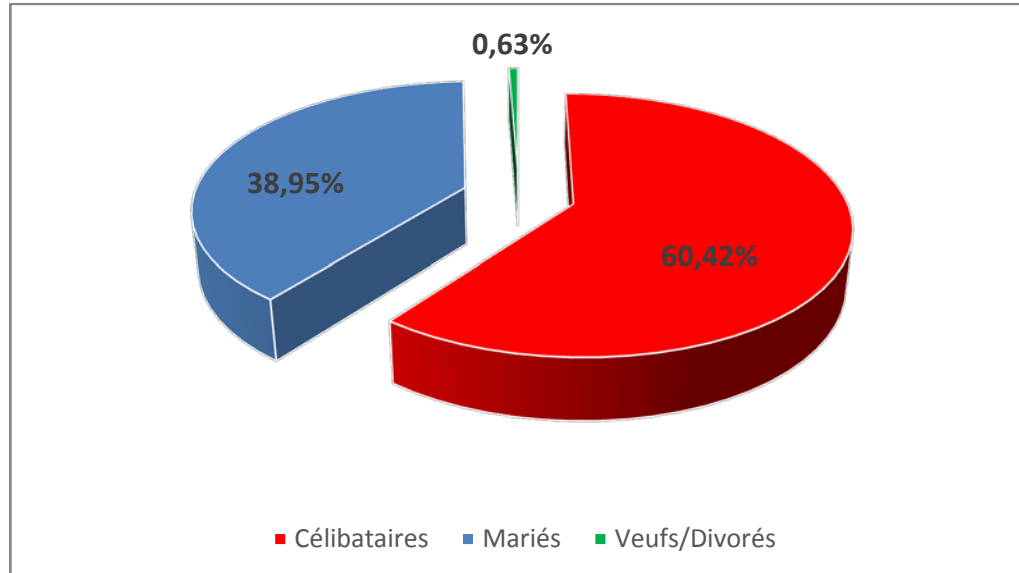


Figure 2: Répartition des participants selon le statut civil.

2.4. Répartition par catégorie professionnelle:

Notre échantillon est constitué de 293 personnels médicaux (61%) et 187 personnels paramédicaux (39 %), répartis selon la figure 3 :

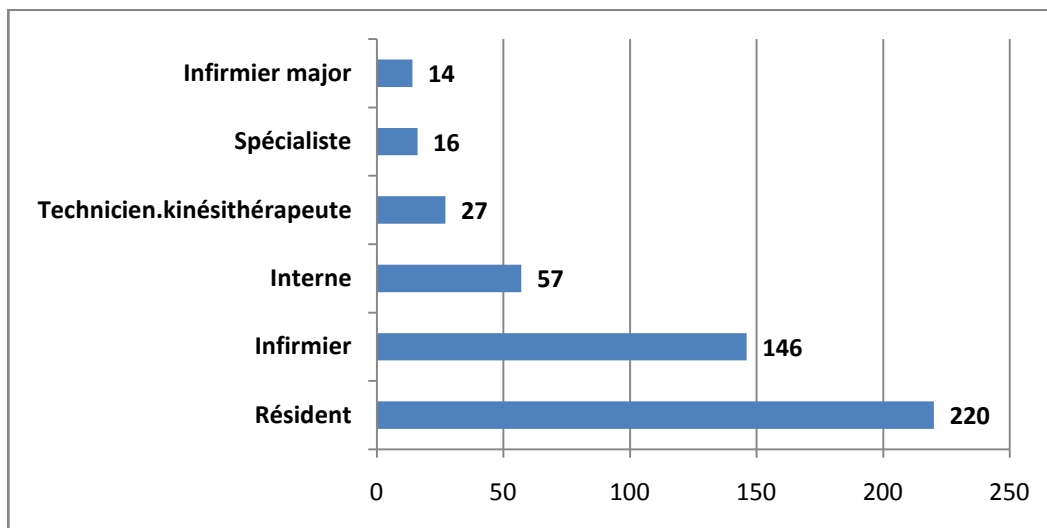


Figure 3: Profil professionnel des participants.

2.5. Répartition selon le service hospitalier :

Parmi les services étudiés, les services de médecine représentaient 33,75%, suivi par les services de chirurgie (21,25%) (Figure 4).

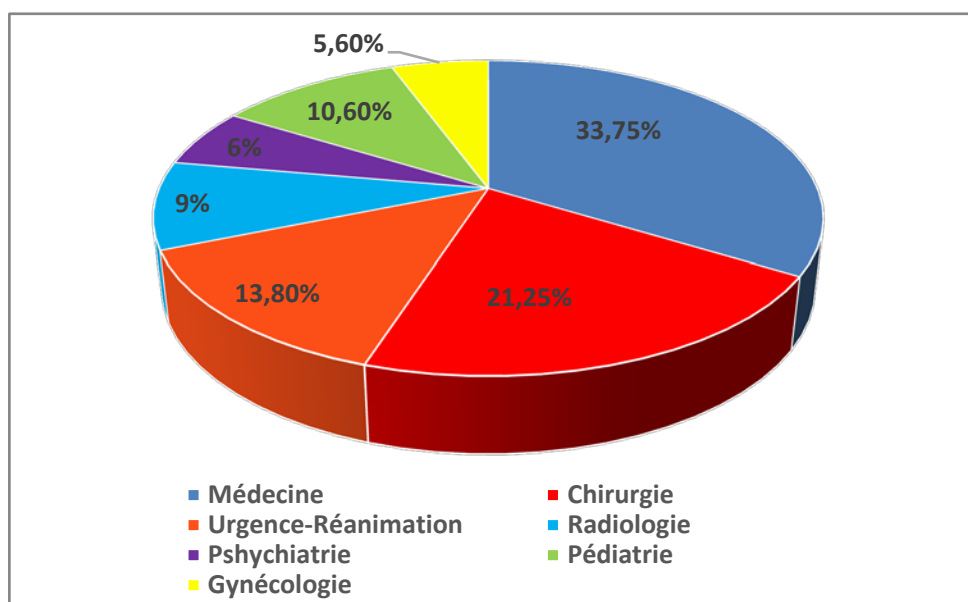


Figure 4: Répartition des participants selon le service hospitalier.

2.6. Répartition de la population étudiée par ancienneté:

La médiane de l'ancienneté de notre population était de 3 ans [1 ; 6] avec un minimum de 1 an, et un maximum de 41 ans.

La majorité avait une ancienneté entre 1 et 5 ans (70,42%) (Tableau II).

Tableau II: Répartition du personnel médical et paramédical par ancienneté.

Ancienneté	Personnel Médical		Personnel Paramédical		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
1 à 5 ans	276	57,50	62	12,92	338	70,42
6 à 10 ans	16	3,33	86	17,92	102	21,25
plus de 10 ans	1	0,21	39	8,13	40	8,33
Total	293	61,04	187	38,96	480	100

3. Les caractéristiques de la violence :

3.1. Fréquence de la violence subie en milieu hospitalier :

La majorité de la population étudiée (76 %) était victime de violence durant son exercice (n=364) (Figure 5).

Parmi les participants, 70 % des cas ont déclaré qu'ils étaient victimes de violence externe et 25% étaient victimes de violence interne (endogène) (Figure 6).

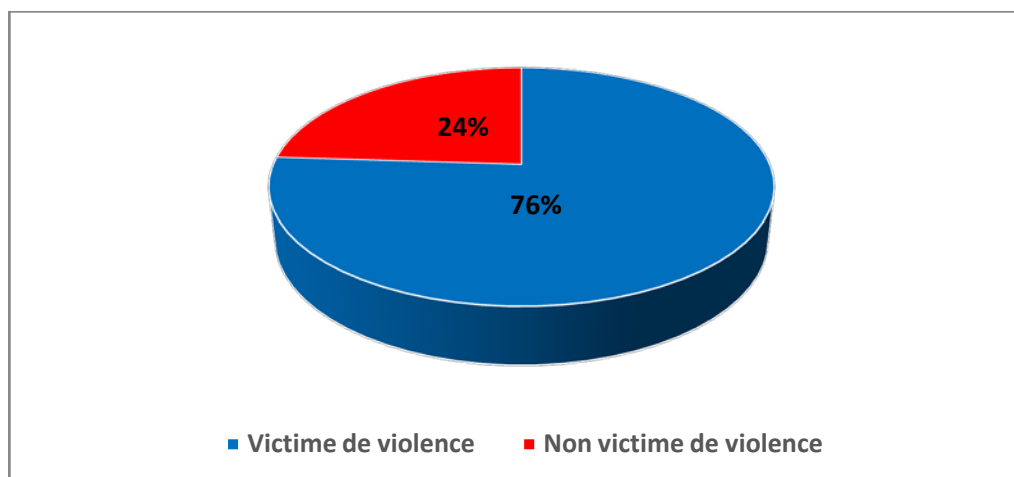


Figure 5: Fréquence de la violence globale.

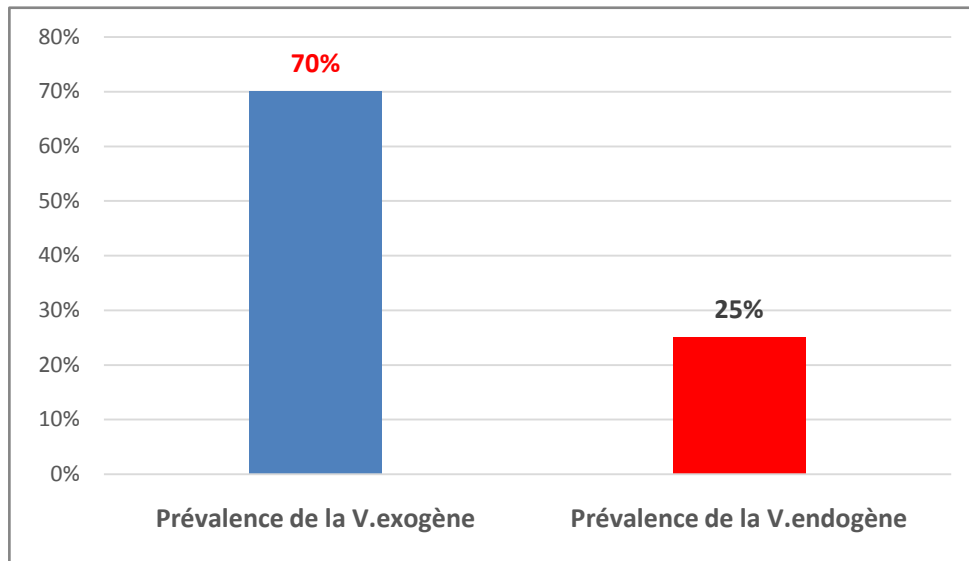


Figure 6: Types de violence subie.

3.2. Fréquence de la violence selon l'âge :

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

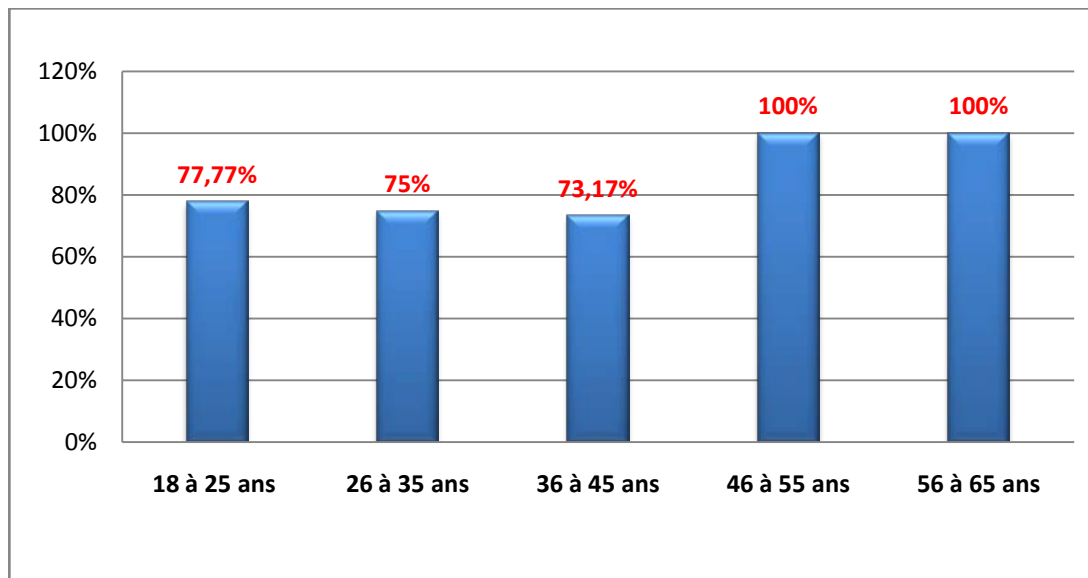


Figure 7: Fréquence de la violence par tranche d'âge.

3.3. Fréquence de la violence selon le sexe :

Les femmes étaient victimes de violence dans 77,13% des cas contre 73,80 % pour les hommes (Tableau III).

Tableau III: Fréquence de violence subie par sexe.

Sexe	Effectif total	Fréquence globale	
		Effectif	Fréquence de la violence (%)
Femme	293	226	77,13
Homme	187	138	73,80
Total	480	364	76

3.4. Fréquence de la violence selon le statut civil :

La Fréquence de la violence chez les célibataires était de 74% (214/290 cas), et 78 % chez les mariés (146/187 cas) (Figure 8).

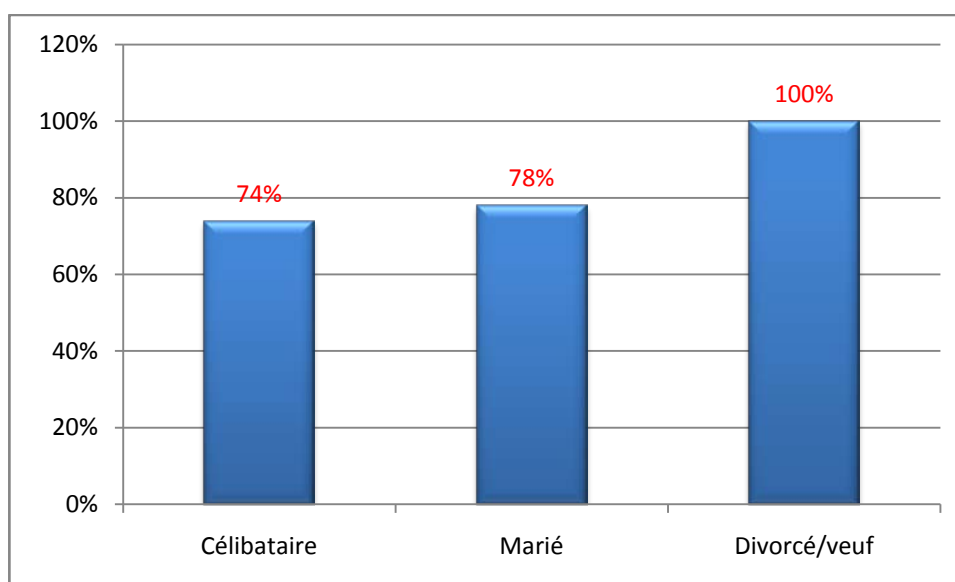


Figure 8: Fréquence de la violence selon le statut civil.

3.5. Fréquence de la violence subie selon les catégories professionnelles:

Chez le personnel médical, la Fréquence globale de la violence était de 71% (n=209/293), et elle était de 83 % (n=155/187) chez le personnel paramédical (Tableau IV).

Tableau IV: Fréquence de la violence subie selon les catégories professionnelles.

Catégorie professionnelle	Effectif	Fréquence de la violence subie(%)
Fréquence chez le personnel médical	209	71
Fréquence chez le personnel paramédical	155	83
Fréquence global chez la population étudiée	364	76

Selon la catégorie, la violence touche en premier lieu les infirmiers (87,6%) et les internes (86%) (Tableau V).

Tableau V: Fréquence de la violence par profession.

Profession	Effectif total	Effectif victime de violence	%
Personnel médical	293	209	71
Spécialiste	16	12	75
Résident	220	148	67,27
Interne	57	49	86
Personnel paramédical	187	155	83
Infirmier major	14	12	85,71
Infirmier	146	128	87,67
Tech. Kinésithérapeute	27	15	55,56
Total	480	364	76

3.6. Fréquence de la violence selon les services:

Tous les services étaient concernés par la violence. Le service le plus touché en premier était les services de pédiatrie (88,24%) suivi par les services des urgences–réanimations (83,33%), puis le service de gynécologie avec un taux de 81,48% (Figure 9).

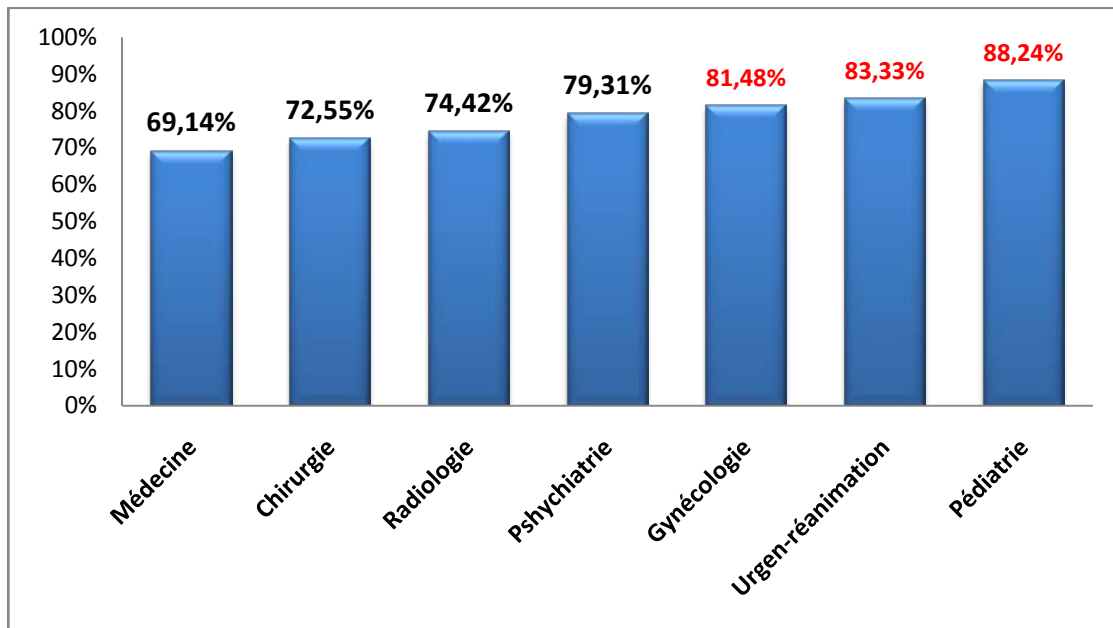


Figure 9: Fréquence de la violence selon les services.

3.7. Fréquence selon l'ancienneté au poste:

La majorité des victimes étaient touchés par ce phénomène quel que soit leur ancienneté au poste de travail (Figure 10).

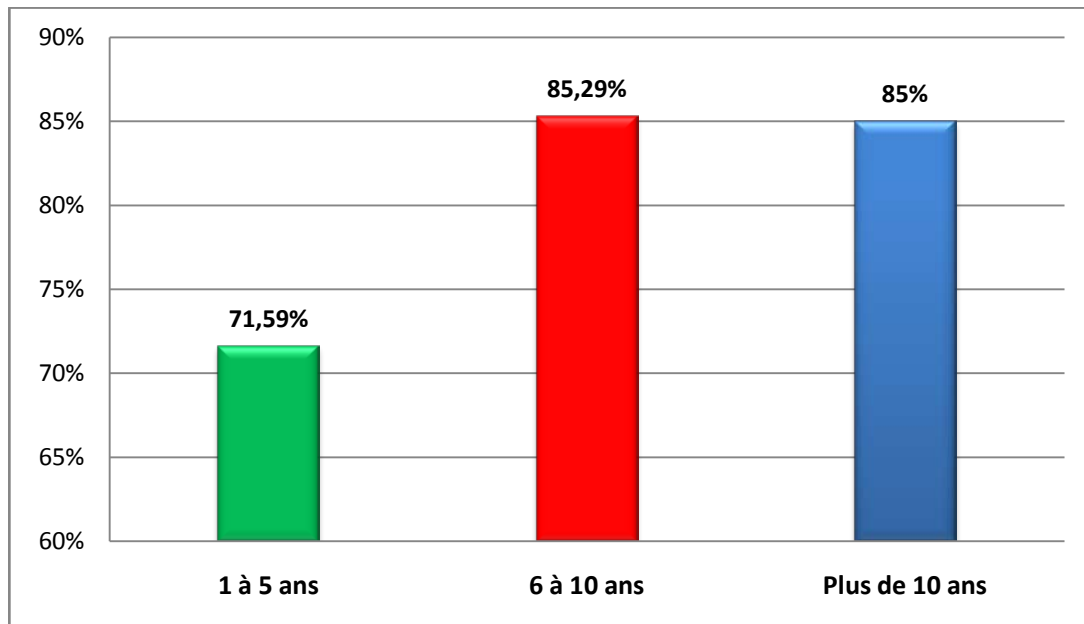


Figure 10: Fréquence de la violence par ancienneté.

3.8. Fréquence d'exposition aux actes de violence :

La fréquence d'exposition à la violence était annuelle dans 39,8% des cas, suivi par une fois par mois dans 32,40% des cas (Figure 11).

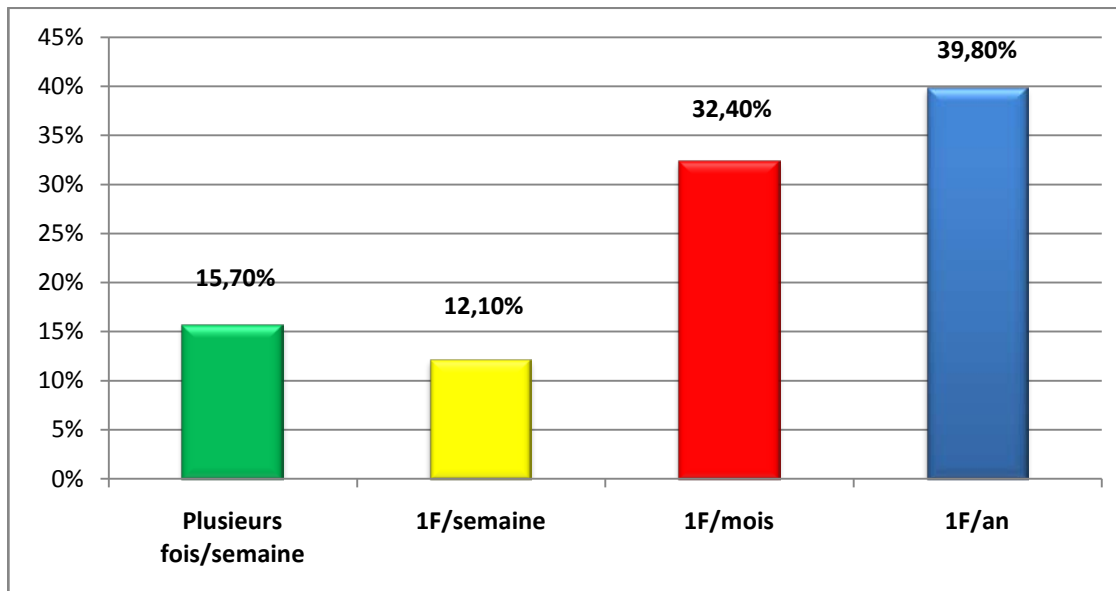


Figure 11: Fréquence d'exposition à la violence.

3.9. Fréquence selon le lieu de survenu:

A l'intérieur du service constituait le premier lieu de survenue des actes de violence dans 81,3% des cas (Figure 12).

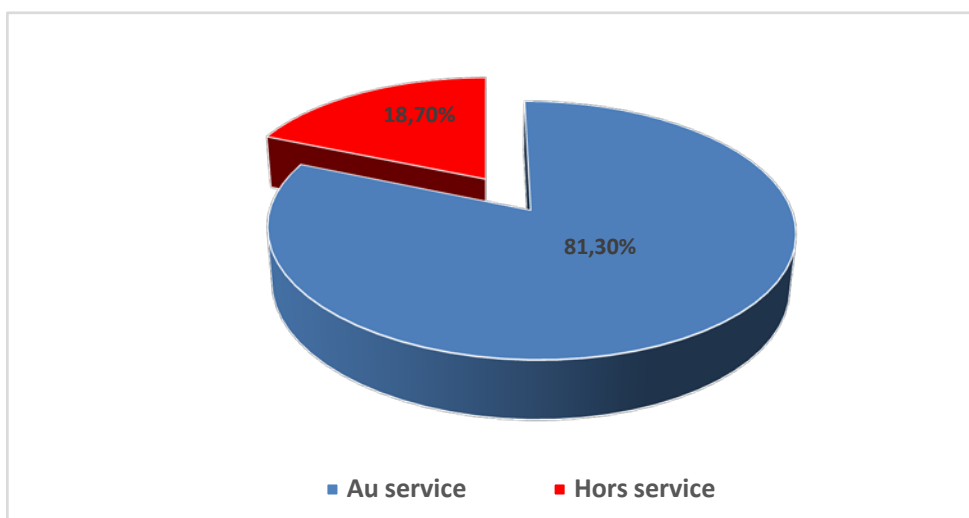


Figure 12: Fréquence selon le lieu de survenu.

3.10. Fréquence selon les horaires de survenu :

La majorité des actes de violence sont survenues pendant le jour (71,7% des cas) (Figure 13).

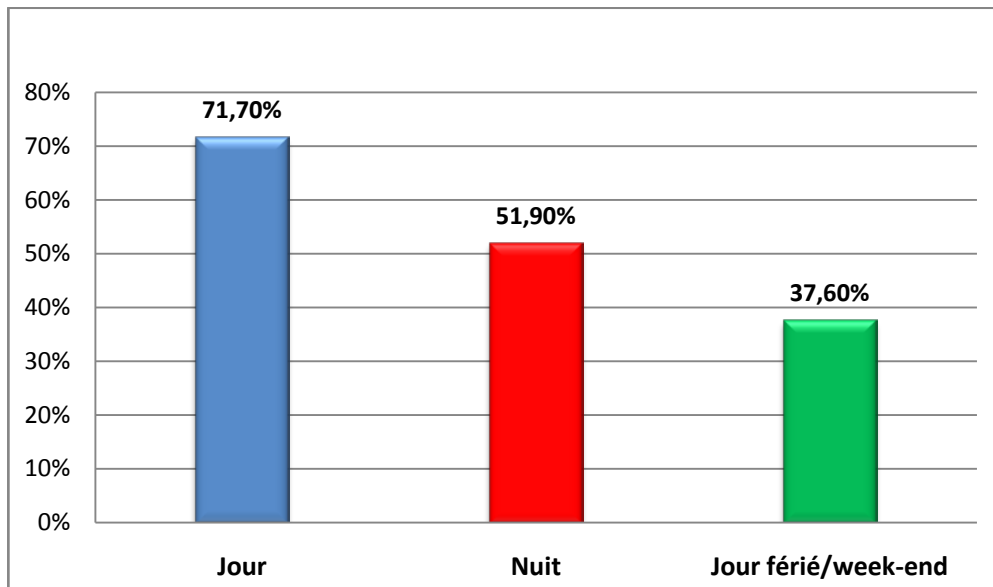


Figure 13: Horaire de survenue des actes de violence.

3.11. Fréquence des types des violences subies :

La quasi-totalité du personnel a subi un acte de violence verbale soit un taux de 99,5% (Figure 14).

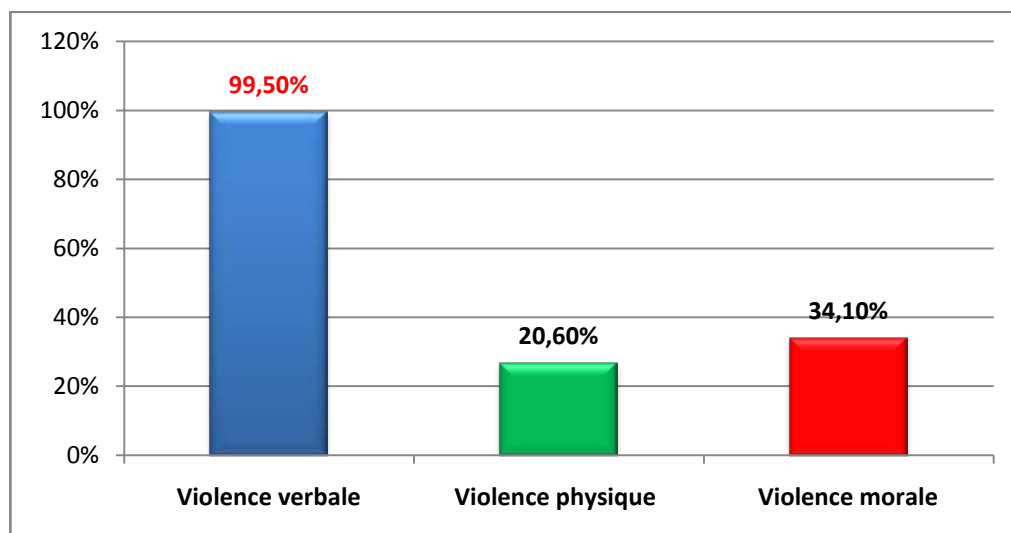


Figure 14: Types de violences subies.

3.12. Caractéristiques des types de violence :

a. Nature de la violence verbale :

Les insultes étaient la forme de violence verbale la plus observée (80%) suivi par les cris et ton agressif (66,2%) (Figure 15).

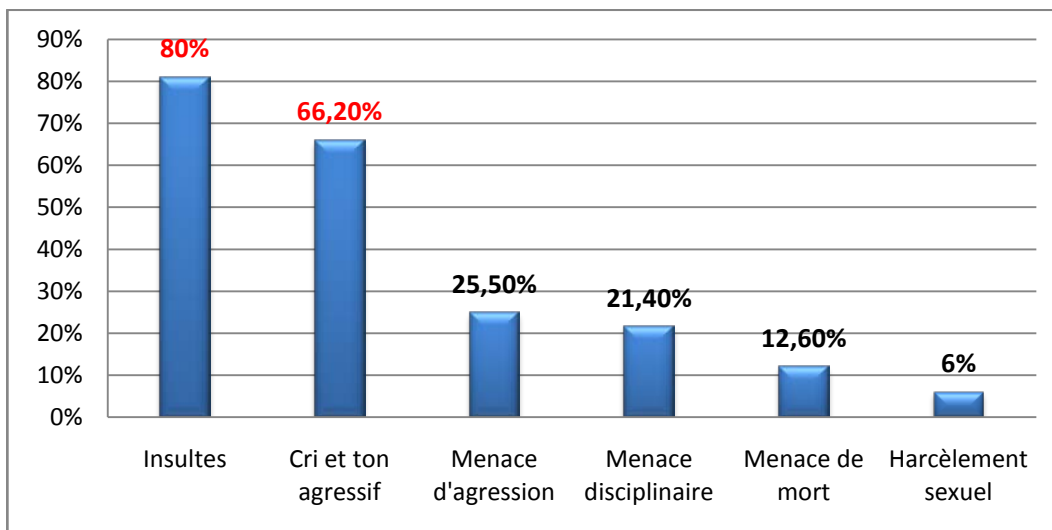


Figure 15: Nature des violences verbales.

b. Nature de la violence physique :

Les poussées étaient les actes de violence physique les plus rapportés dans 15,90% des cas. Les autres types : coups, jet d'équipements et strangulation sont moins rapportés (Figure 16).

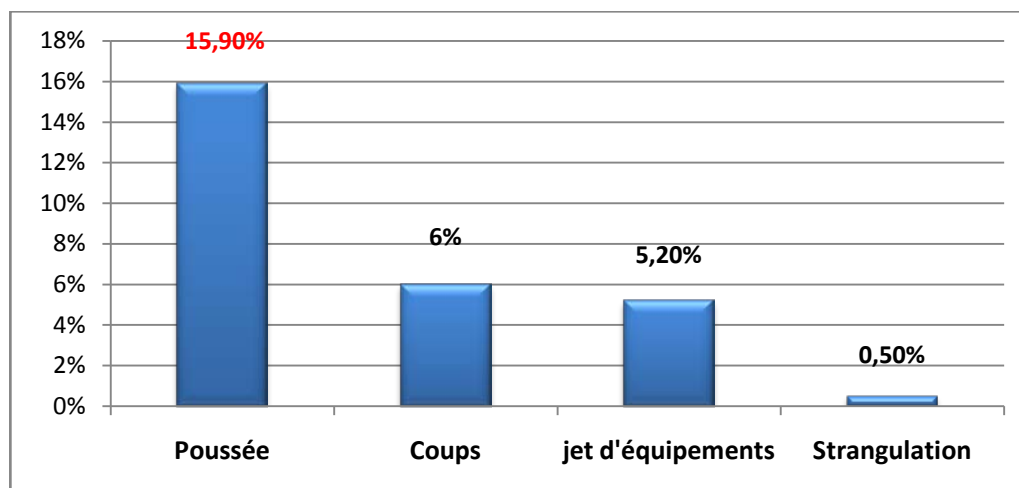


Figure 16: Nature des violences physique.

3.13. Profil de l'auteur de la violence :

a. Profil de l'auteur de la violence externe:

L'agresseur dans notre série était en premier un membre de famille d'un patient dans 76,6% des cas, suivi par les patients dans 56,3% des cas (Figure 17).

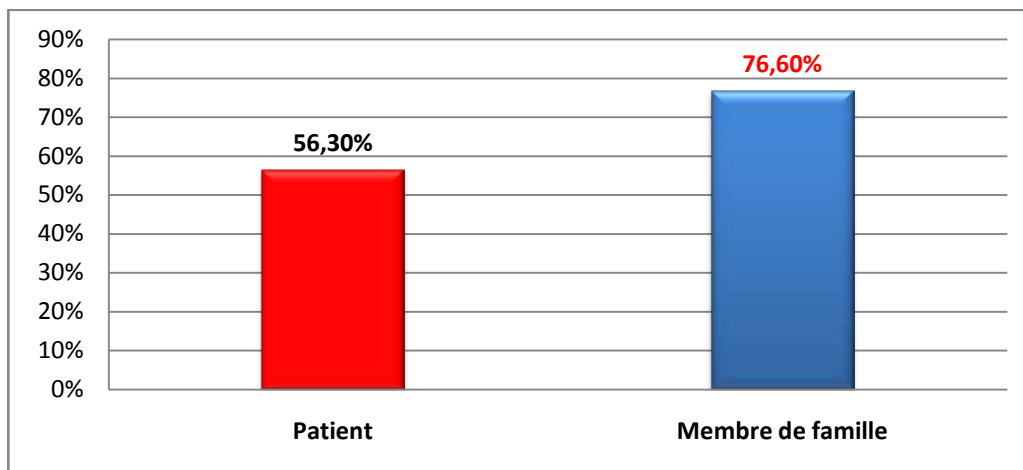


Figure 17: Profil de l'auteur de la violence externe.

b. Profil de l'auteur de la violence interne :

Les médecins et les infirmiers étaient des auteurs de violence interne dans 18,7% et 18 % des cas, respectivement (Figure 18).

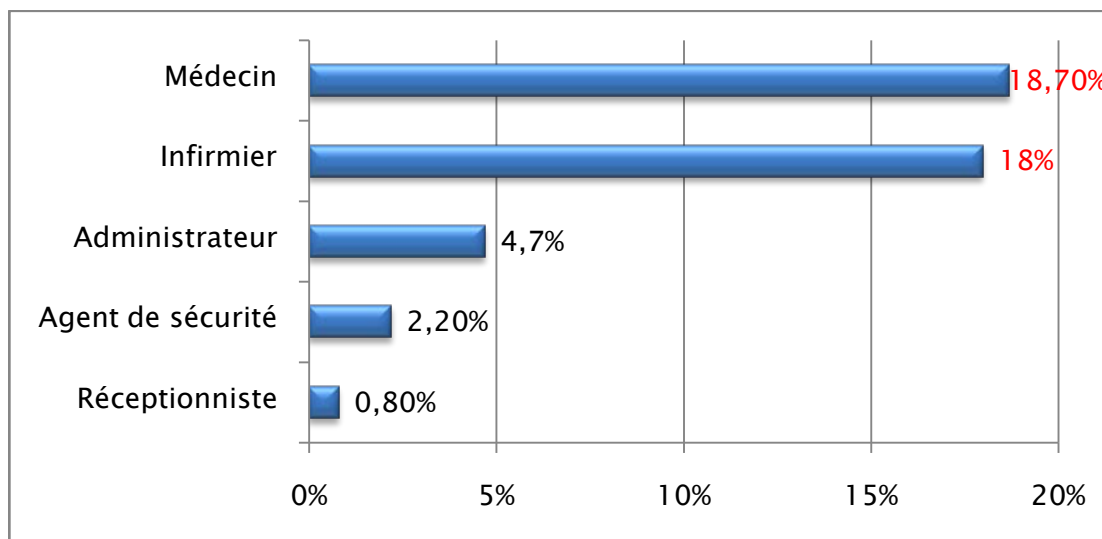


Figure 18: Profil de l'auteur de la violence interpersonnelle.

3.14. Circonstances et causes probables de la violence :

a. Circonstances et causes probables de la violence externe :

La violence externe était due au délai d'attente trop long dans 52,07% des cas, suivi de l'insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge dans 44,97 % des cas (Figure 19).

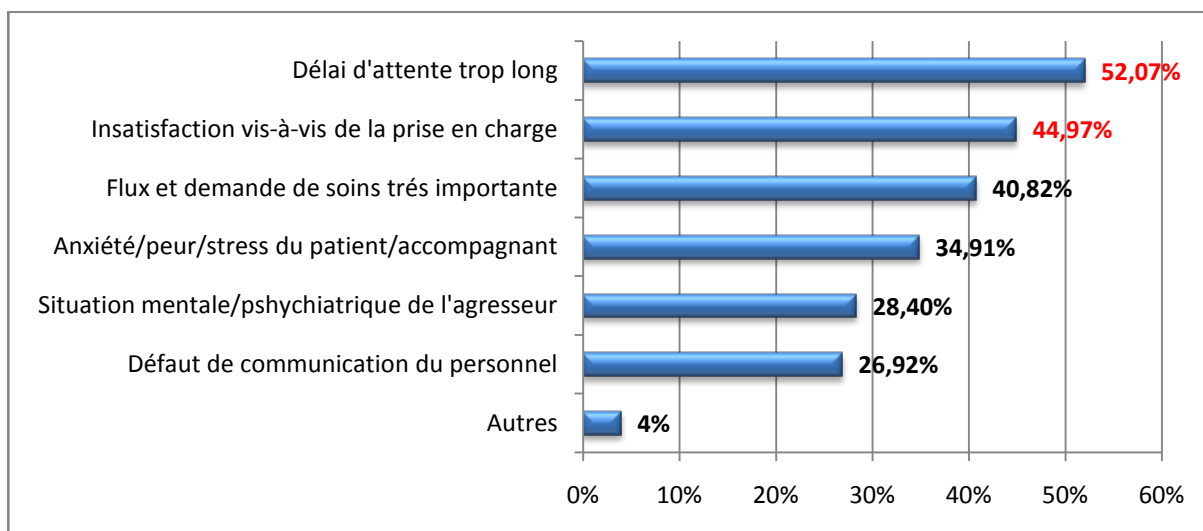


Figure 19: Circonstances et causes probables de la violence externe.

b. Circonstances et causes probables de la violence interne :

La violence interne était due dans la majorité des cas, à un défaut de communication du personnel (74,16%) (Figure 20).

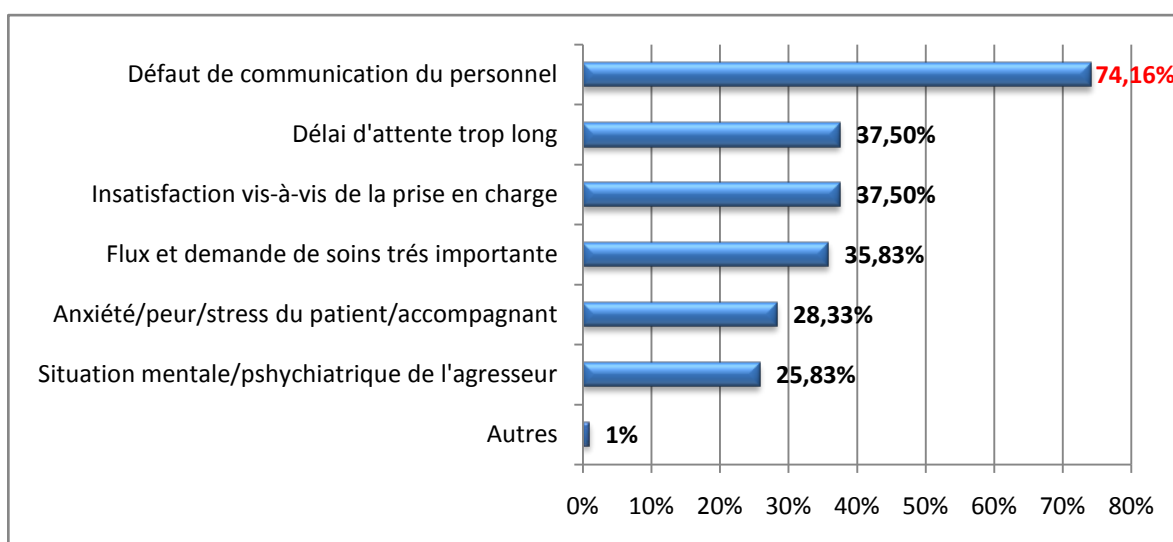


Figure 20: Circonstances et causes probables de la violence interne.

4. Suites à la violence :

4.1. Réaction des victimes suite à la violence:

La moitié des victimes n'a exprimé aucune réaction, alors que l'autre moitié s'était auto-défendue verbalement. Uniquement 13 personnes qui ont réagi physiquement (Figure 21).

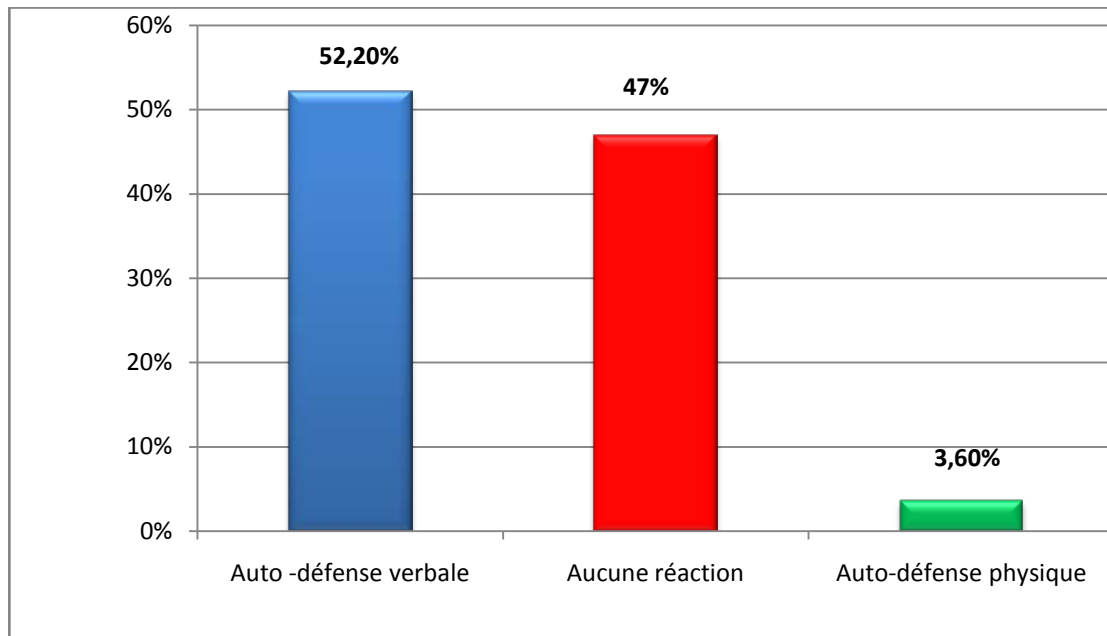


Figure 21: Réaction des victimes suite à la violence.

4.2. Déclaration et notification de la violence :

a. Taux de déclaration :

Parmi les victimes de violence ,139 participants (38%) ont déclaré l'incident auprès de l'administration, et 37 victimes (10,2%) l'ont déclaré auprès de la police.

b. Causes de l'abstention à la déclaration:

Environ 37,4% des victimes n'ont pas déclaré l'incident sous prétexte de l'inutilité de la déclaration (Figure 22).

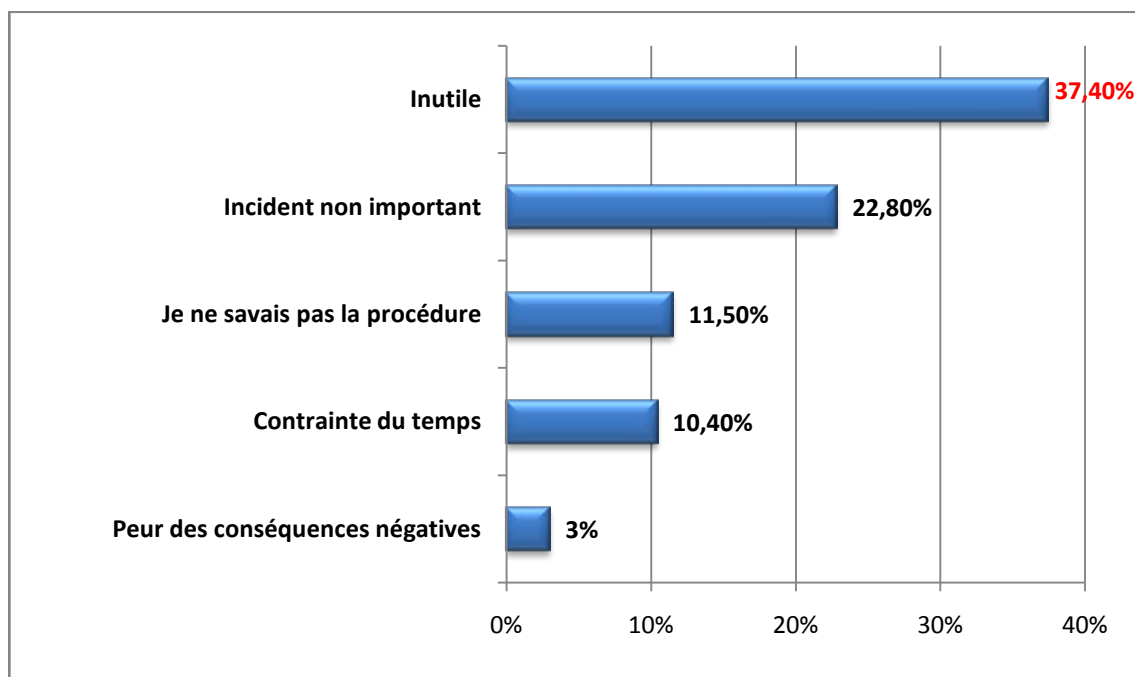


Figure 22: Causes de l'abstention à la déclaration.

c. Devenir de la déclaration :

Environ 42% des cas déclarés n'ont pas été pris en considération par l'administration (Figure 23).

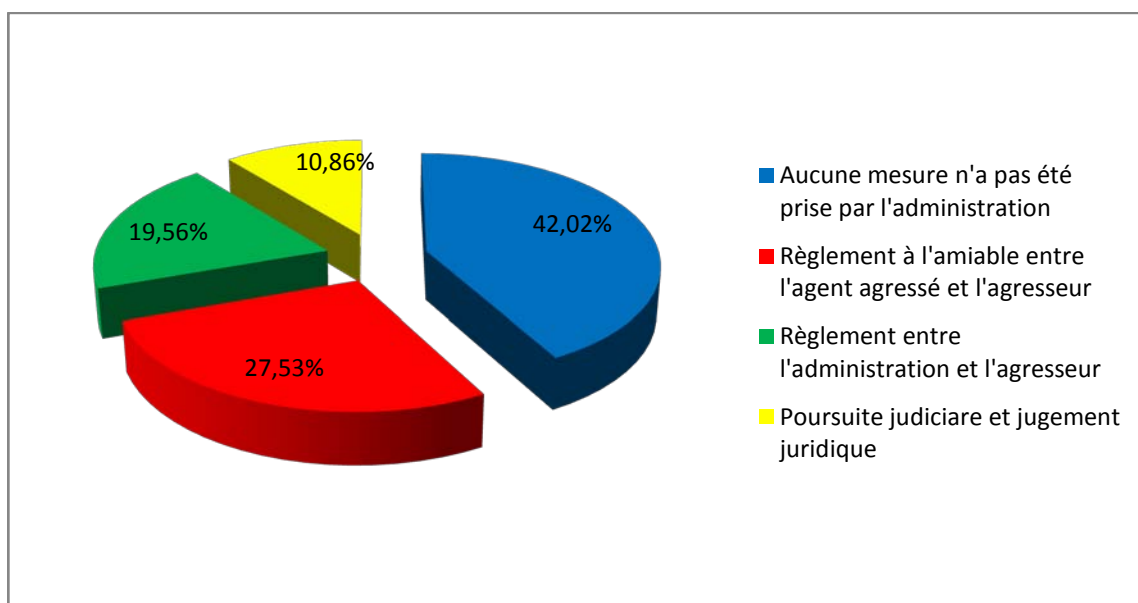


Figure 23: Devenir de la déclaration.

d. Déclaration de la violence interpersonnelle (VIP) :

La moitié des actes de VIP n'était pas déclarée (64 actes) à l'administration (Figure 24).

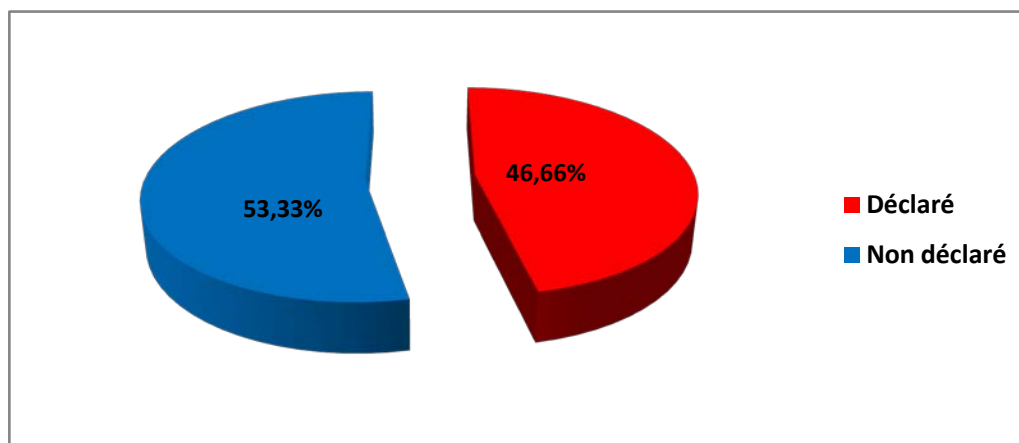


Figure 24: Taux de déclaration de la violence interpersonnelle.

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 12,94 % des victimes (n=47).

5.2. Durée des interruptions temporaires de travail:

Elle était une interruption d'un jour dans 42,60% des cas (figure 25).

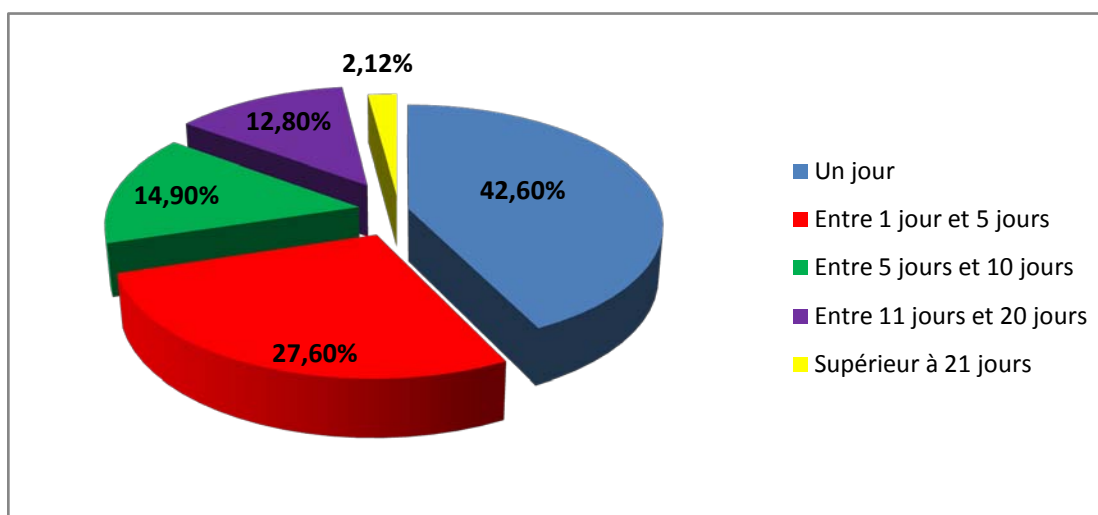


Figure 25: Répartition des interruptions temporaires de travail suite à la violence.

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

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

Parmi les moyens de prévention des violences en milieu de soins selon les participants, la bonne organisation du déroulement de travail (triage, numéro d'ordre respecté ...) était évoquée dans 74,9% des cas (Figure26).

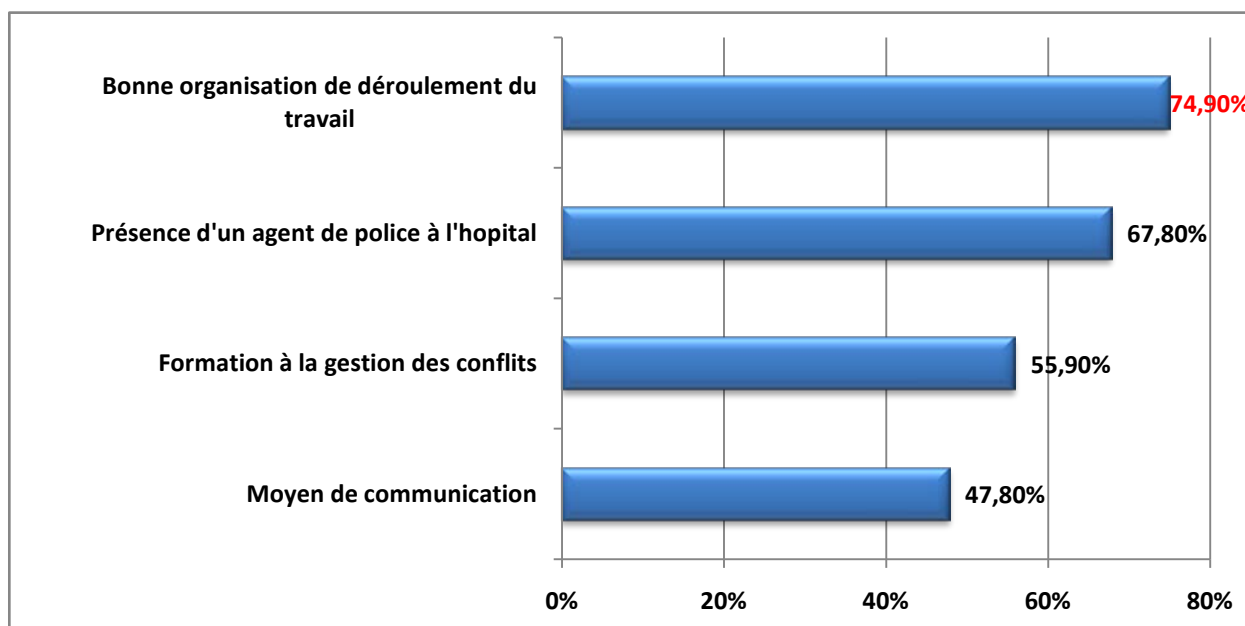


Figure 26: Propositions par le personnel pour la prévention de la violence.

6.2. Autres propositions du personnel:

D'autres propositions du personnel ont été soulevées :

- Affectation d'un avocat à l'hôpital pour défendre les personnels en cas de violence ;
- Une augmentation de l'effectif du personnels afin d'améliorer la qualité de service et diminuer le délai d'attente ;
- Un entretien psychiatrique pour les professionnels affectés au niveau des différents services de l'hôpital ;
- Respect mutuel surtout envers les usagers de l'hôpital;
- Recrutement des agents de sécurités en nombre suffisant ;
- Formation adéquate des agents de sécurité pour le travail dans un hôpital ;

- Augmentation de la capacité litière des hôpitaux ;
- Sensibilisation de la population pour le respect des professionnels ;
- Aménagement des salles d'attente pour apaiser les tensions ;
- Formation des personnels de santé à gérer les situations de stress, et de se comporter dans le respect de l'éthique de la profession avec les patients ;
- Installation des caméras de surveillance avec des alarmes de notification du danger dans les services.

II. Analyse statistique comparative :

1. Répartition des types de violences en fonction de l'âge et l'ancienneté :

Dans notre série, nous n'avons pas trouvé une relation entre l'âge et les différents types de violences.

En ce qui concerne l'ancienneté, une association significative était trouvée entre la violence verbale et l'ancienneté (Tableau VI).

Tableau VI: Relation entre l'âge et l'ancienneté et les types de violences.

		Age (Moyenne \pm DS)	Ancienneté ; médiane [quartiles]
Violence verbale	Oui	30 \pm 5,2	3 [1 ; 6]
	Non	27 \pm 1,4	1,5 [1 ; 2]
P		0,18	0,03
Violence physique	Oui	29,7 \pm 5,1	4 [2 ; 6]
	Non	30 \pm 5,2	3 [1 ; 6]
P		0,6	0,5
Violence morale	Oui	29,2 \pm 3,9	3 [2 ; 6]
	Non	30,2 \pm 5,7	3 [1 ; 7]
P		0,08	0,09

2. Relation entre le sexe et types de violences :

Nous avons constaté une prédominance de la violence chez les femmes dans tous les types de violence par rapport aux hommes, sans différence statistiquement significative (Tableau VII).

Tableau VII: Relation entre le sexe et types de violences.

		Violence verbale	Violence physique	Violence morale
Sexe	Féminin (%)	99,6	20,7	35,2
	Masculin (%)	99,3	20,4	32,1
p		0,95	0,90	0,54

3. Relation entre les catégories professionnelles et types de violences :

3.1. Violence verbale :

Aucune association statistiquement significative n'était trouvée entre les catégories professionnelles et la violence verbale (Tableau VIII).

Tableau VIII: Relation entre les catégories professionnelles et la violence verbale.

Catégories professionnelles	Violence verbale		p
	Non	Oui	
Spécialiste (%)	0	3,3	0,7
Résident (%)	50	41	
Interne (%)	50	13	
Infirmier major (%)	0	3,3	
Infirmier (%)	0	35	
Technicien/kiné (%)	0	4	

3.2. Violence physique :

Aucune association statistiquement significative n'était trouvée entre les catégories professionnelles et la violence physique (Tableau IX).

Tableau IX: Relation entre les catégories professionnelles et la violence physique.

Catégories professionnelles	Violence physique		p
	Non	Oui	
Spécialiste (%)	4	1,3	0,2
Résident (%)	42	36	
Interne (%)	14	12	
Infirmier major (%)	3	4	
Infirmier (%)	32	45	
Technicien/kiné (%)	5	1,3	

3.3. Violence morale :

Aucune association statistiquement significative n'était trouvée entre les catégories professionnelles et la violence morale (Tableau X).

Tableau X: Relation entre les catégories professionnelles et la violence morale.

Catégories professionnelles	Violence morale		p
	Non	Oui	
Spécialiste (%)	4	2,4	0,1
Résident (%)	37	47	
Interne (%)	15	10	
Infirmier major (%)	4	2,4	
Infirmier (%)	34	37	
Technicien/kiné (%)	5	2	

4. Relation entre le statut matrimonial et le harcèlement sexuel:

Aucune relation statistiquement significative n'était trouvée entre le statut matrimonial et le harcèlement sexuel (Tableau XI).

Tableau XI: Relation entre le statut matrimonial et le harcèlement sexuel.

Statut matrimonial		Harcèlement sexuel	p
Célibataires (%)	Oui	7	0,37
	Non	4,7	
Mariés (%)	Oui	4,8	0,41
	Non	6,9	
Divorcés/veufs (%)	Oui	0	0,9
	Non	6,1	

5. Relation entre le moment de survenue et types de violences :

5.1. Violence verbale :

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la violence verbale et le moment de survenue dans notre échantillon (Tableau XII).

Tableau XII: Relation entre le moment de survenue et la violence verbale.

Moment de survenue	Violence verbale		p
	Non	Oui	
Jour (%)	0	36	0,6
Nuit (%)	50	18	
Jour férié/Week-end (%)	0	3	
Plus que deux périodes (%)	50	43	

5.2. Violence physique :

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la violence physique et le moment de survenue dans notre échantillon (Tableau XIII).

Tableau XIII: Relation entre le moment de survenue et la violence physique.

Moment de survenue	Violence physique		p
	Non	Oui	
Jour (%)	37	28	0,3
Nuit (%)	19	17	
Jour férié/Week-end (%)	3	5	
Plus que deux périodes (%)	41	49	

5.3. Violence morale :

Nous avons trouvé une relation significative entre le moment de survenue et la violence morale (Tableau XIV).

Tableau XIV: Relation entre le moment de survenue et la violence morale.

Moment de survenue	Violence morale		p
	Non	Oui	
Jour (%)	43	20	<0,001
Nuit (%)	20	15	
Jour férié/Week-end (%)	4	2	
Plus que deux périodes (%)	33	62	

6. Relation entre la réaction des victimes et types de violences:

6.1. Violence verbale:

- Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la violence verbale et la réaction verbales et physique des victimes (Tableau XV).

Tableau XV: Relation entre la réaction des victimes et la violence verbale.

Réaction des victimes	Violence verbale		p
	Non	Oui	
Réaction verbale (%)	0	50	0,5
Réaction physique (%)	0	1	
Réactions physique et verbale (%)	0	3	
Aucune réaction (%)	100	47	

6.2. Violence physique:

- Nous avons trouvé une relation significative entre la violence physique et la réaction verbales et physique des victimes (Tableau XVI).

Tableau XVI: Relation entre la réaction des victimes et la violence physique.

Réaction des victimes	Violence physique		p
	Non	Oui	
Réaction verbale (%)	53	35	0,002
Réaction physique (%)	0,3	3	
Réactions physique et verbale (%)	2	7	
Aucune réaction (%)	45	56	

6.3. Violence morale:

- Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la violence morale et la réaction verbales et physique des victimes (Tableau XVII).

Tableau XVII: Relation entre la réaction des victimes et la violence morale.

Réaction des victimes	Violence morale		p
	Non	Oui	
Réaction verbale (%)	45	57	0,1
Réaction physique (%)	1,3	0	
Réactions physique et verbale (%)	3	2,4	
Aucune réaction (%)	50	40	

7. Relation entre le taux de déclaration et les services d'affectation :

Le taux de déclaration était plus fréquent au niveau de service de médecine, sans différence statistiquement significative (Tableau XVIII).

Tableau XVIII: Relation entre les services d'affectation et le taux de déclaration.

Service d'affectation	Taux de déclaration (%)		p
	Oui	Non	
Médecine	36,70	27,10	0,05
Chirurgie	19,40	21	0,73
Urgence-réanimation	13,70	16	0,54
Pédiatrie	10,80	13,80	0,4
Gynécologie	5	6,70	0,52
Radiologie	8	9,30	0,64
Psychiatrie	6,50	6,20	0,92

8. Relation entre la déclaration et types de violences :

- La déclaration était plus fréquente chez les personnes ayant subi une violence physique, avec une différence statistiquement significative (Tableau XIX).

Tableau XIX: Relation entre la déclaration et types de violences.

Types de violences	Déclaration (%)		p
	Oui	Non	
Violence verbale	38,10	50	0,9
Violence physique	57,30	33,20	<0,0001
Violence morale	42	36,30	0,29



Discussion



I. Définitions et généralités :

1. Définitions et typologie de la violence :

1.1. Définitions de la violence :

La violence est une notion assez vague et couvre un large spectre de faits, avec plusieurs définitions. L'établissement d'un consensus reste improbable, tant que les positions intellectuelles et les préoccupations pratiques diffèrent d'un auteur à un autre [13], l'évolution des normes et la variation des sens, notamment quand il s'agit de comparer entre les sociétés, les catégories sociales, ou d'une époque à l'autre [14].

La violence est assimilée à la seule violence physique. C'est un bon critère pour évaluer le niveau de violence dans une société, mais, évidemment, cela laisse échapper tout un volet de violences « morales », ou encore sournoises et indirectes.

La violence ne peut être appréhendée indépendamment des critères et des normes institutionnelles, juridiques, sociaux, religieux, quelquefois même personnels – selon la sensibilité, la vulnérabilité physique ou la fragilité psychologique des individus [14].

- Du point de vue littéraire :

Selon le dictionnaire Larousse, c'est une : « 1–Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice. 2– Contrainte physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé » [15].

D'après le Petit Robert, la violence désigne tout acte par lequel quelqu'un agit sur un autre ou le force à agir contre sa volonté [16].

Le dictionnaire HACHETTE définit la violence comme : 1– Une force brutale exercée contre quelqu'un. 2– User de violence : contrainte illégitime, physique ou verbale [17].

Le mot «violence» vient du terme latin “vis” qui signifie force, vigueur, puissance, violence, usage de la force physique, mais aussi quantité, abondance, ou caractère essentiel d’une chose. Le cœur de signification du mot vis est l’idée de force et, plus particulièrement, de force vitale [18].

- Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS):

L’OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé de 2002 donne une définition exhaustive qui tient compte de l’ensemble des facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques qui influencent la violence. Ainsi, la violence est définie comme étant « l’utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l’encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » . Cette définition inclut tous les types et toutes les formes de violence, sans égard au milieu (école, travail, communauté...), ou au stade de la vie. De même, elle rend explicites les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale de la personne qui la subit [19].

1.2. Violence et agression :

- Du point de vue littéraire :

Selon le dictionnaire Larousse : Attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu’un [20].

Selon le ROBERT : 1-Attaque violente contre une personne.2- Attaque morale contre quelqu’un [21].

Etymologiquement, le mot agressivité vient de l’expression latine “aggredi” qui signifie « aller vers » ou « attaquer » [22].

Selon Baron & Richardson et Berkowitz, une agression est définie comme un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individu [23,24].

Schat & Kelloway ont suggéré que la violence au travail est une forme distincte d'agression au travail, ils ont proposé une définition générale de l'agression au travail comme " comportement d'un ou de plusieurs individus à l'intérieur ou à l'extérieur d'une organisation qui vise à nuire physiquement ou psychologiquement à un ou plusieurs travailleurs et se produit dans un contexte lié au travail [25].

D'après Gbézo, « l'agression correspond à un comportement physique ou verbal dont le but premier est de nuire à autrui, physiquement ou psychiquement. Elle relève plus de l'action violente, inattendue et hors de proportion avec l'événement déclencheur ». Pour lui, il s'agit d'une expression comportementale de l'agressivité [26].

Une agression se produit lorsqu'une personne tente, par un acte ou un geste, de faire usage de la force contre une autre personne, que des blessures en résultent ou non [27].

- Selon the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) :

Le NICE propose la définition suivante : La « violence » et l' « agression » correspondront à une diversité de comportements ou d'actions qui peuvent avoir pour conséquence de porter atteinte, de faire mal à une autre personne ou de la blesser, sans qu'il soit besoin de faire entrer en ligne de compte la manière dont ces actions ou comportements s'expriment (accompagnés d'actions ou verbaux), ni la réalité de l'atteinte physique, ni la clarté de l'intention [28].

- Selon la Fédération française de Psychiatrie(FFP) :

La FFP définissait l'acte d'agression comme une situation de mise sous contrainte, non justifiée, par un sujet, d'un tiers, quel que soit le procédé de la contrainte [29].

La violence se manifeste, donc, comme une forme d'expression d'une défense, par le processus du passage à l'acte, dans le but de se protéger contre une situation perçue comme menaçante pour son auteur. Alors que l'agressivité, est considérée comme une partie intégrante de la violence, orientée vers autrui, se traduisant par un comportement, pouvant être destructeur [30].

1.3. Typologies de la violence:

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

a. Selon l'auteur de la violence :

C'est le cas de la classification utilisée dans le rapport mondial sur la violence et la santé de 2002 par l'OMS : [19]

a.1. La violence auto-infligée :

Elle se subdivise en comportement suicidaire et sévices auto-infligés.

a.2. La violence interpersonnelle :

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

- La violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime – autrement dit, la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale ;
- La violence communautaire – c'est-à-dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître.

a.3. La violence collective:

La violence commise par des groupes de personnes plus nombreux ou par des états pour atteindre des objectifs sociaux particuliers.

b. Selon sa forme :

Chaque type de violence peut prendre plusieurs formes, chacune réfère à la nature des actes, les formes les plus souvent considérées sont :

b.1. La violence physique: La plus identifiable :

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 pied, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, pousser, mordre et pincer [30].

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

Elle est dirigée contre l'individu par des attitudes ou des propos qui tendent à humilier, dévaloriser, rabaisser, dénigrer, menacer, affectant ainsi son intégrité. C'est une violence difficile à repérer. Elle laisse des blessures intérieures profondes qui génèrent la perte de confiance en soi [31].

b.3. La violence verbale: La plus oubliée :

« La violence ce n'est pas toujours en frappant mais ça fait toujours mal » [32].

Elle s'exprime par des paroles irrespectueuses, humiliantes, menaçantes jusqu'à générer un sentiment d'insécurité et de peur [31].

Il est important de noter que la violence, n'est pas réduite, uniquement, à des mots désobligeants: « La violence verbale ne se résume pas uniquement à de gros mots ou une colère excessive. Elle peut se cacher dans le ton ou la manière de s'adresser à l'autre. Certaines remarques ou certains mots, voire certains silences sont parfois autant de coups violents. Ils laissent toujours des blessures, même si elles sont, souvent, invisibles » [32].

c. Selon son origine : [19,33]

D'un autre côté, l'OMS distingue deux catégories de violences dans le monde du travail. Elles sont qualifiées :

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.

2. La violence au travail :

2.1. Définition de la violence au travail :

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de la violence sur le lieu de travail, une définition utilisée par la Commission européenne qui a également été adaptée par l'OIT [34] / BIT [35] / OMS [5] / INRS [36] / SCFP [37] définit la violence sur le lieu de travail comme Incidents où le personnel est explicitement ou implicitement maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris les trajets domicile-travail [13]. Cette large définition comprend la violence physique, verbale, psychologique et le harcèlement sexuel, englobant tout comportement sur le lieu de travail susceptible de causer des blessures et d'endommager des biens [38].

2.2. Typologie de la violence au travail:

Selon la définition retenue par l'OIT, le « lieu de travail » réfère à tous les endroits où les travailleurs doivent se trouver ou se rendre du fait de leur travail, et qui sont placés sous le contrôle direct ou indirect de l'employeur [2]. La définition du lieu de travail est centrale, car elle peut mener à diverses interprétations, lesquelles influencent notamment les statistiques sur la violence au travail ou l'interprétation des différentes mesures législatives [27].

Une typologie couramment utilisée pour classer les épisodes de violence au travail est celle de Courcy [39], qui comprend quatre catégories: Physique, psychologique, sexuelle et financière.

a. La violence physique :

Peut être définie comme « l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel ». Ce type de violence comprend des actes tels que mordre, donner des coups de pied, bousculer, griffer, pincer, cracher, gifler et frapper [40].

b. La violence psychologique (verbale) :

Le concept de harcèlement psychologique réfère à des actions et des conduites répétées et dirigées contre un ou plusieurs travailleurs; lesquelles sont non désirées par la victime; peuvent être commises délibérément ou inconsciemment, mais entraînent manifestement de l'humiliation, une offense ou de la détresse; et peuvent interférer avec la performance au travail ou engendrer un environnement de travail désagréable [41].

c. Le harcèlement sexuel :

Est une forme de harcèlement discriminatoire qui comprends des comportements sexuels non désirés, qui se manifestent à répétition et exercent des conséquences néfastes sur la victime [42].

d. La violence financière :

Peut être définie comme « des gestes que l'on pose pour prévenir l'avancement ou la promotion ou une situation susceptible d'avoir une incidence financière » [43].

e. Violence externe et interne :

Une des distinctions classiques dans la littérature sur la violence au travail et qui est utilisée par l'OIT est la distinction entre la violence interne et la violence externe [44] :

❖ *Violence externe (exogène ou sociale) :*

S'exprime entre des travailleurs et toute autre personne présente dans le milieu de travail, mais non salariée de l'organisation. Généralement, on parle de violence externe lorsque l'auteur de la violence provient de l'extérieur de l'organisation, tel qu'un client, un patient ou un usager, et que la violence survient sur le lieu, dans les circonstances ou à l'occasion du travail.

❖ *Violence interne (endogène ou organisationnelle) :*

La violence interne inclut toute forme de violence exprimée entre deux ou plusieurs travailleurs, y compris les gestionnaires, d'une même organisation. Cependant, la relation entre les cibles de la violence interne et ses auteurs permet de distinguer deux autres concepts [45] :

↳ *La violence horizontale :*

Le plus souvent une violence psychologique dissimulée perpétrée par des travailleurs contre d'autres travailleurs du même statut professionnel [46].

↳ *La violence verticale :*

Est aussi, le plus souvent, une violence psychologique dissimulée, mais elle se produit entre les travailleurs de différents échelons hiérarchiques au sein d'une organisation, y compris ceux de la direction [47].

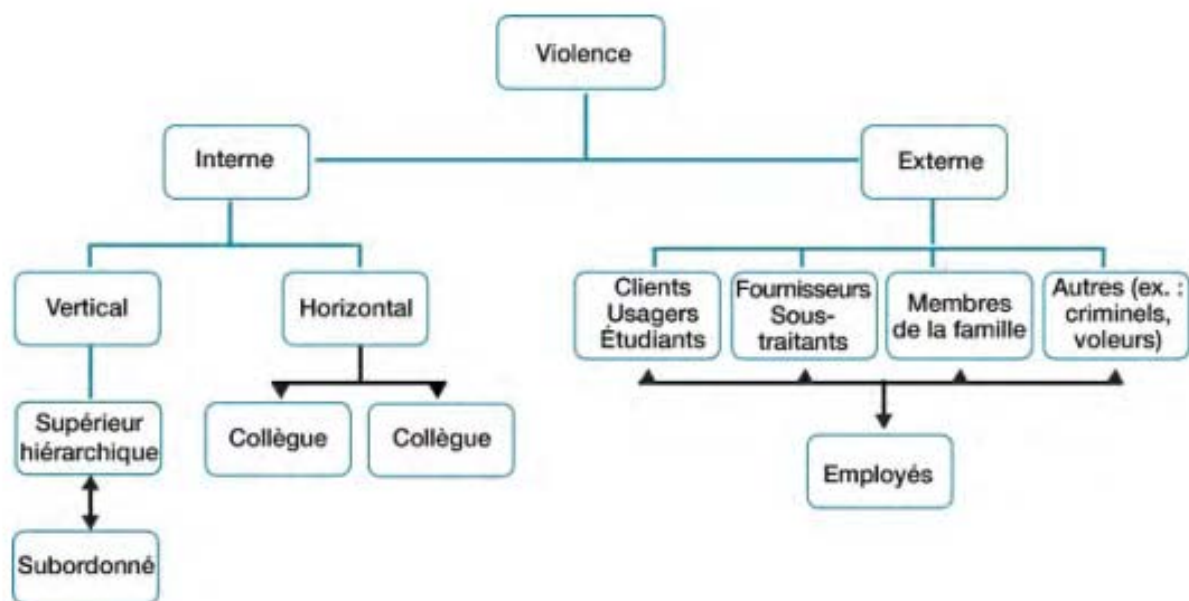


Figure 27: Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu de travail. [27]

Dans les limites d'une acception commune générale de la violence au travail, les acceptions particulières et la terminologie peuvent varier d'un pays à un autre et d'une situation à une autre. C'est pour cela, il est important d'évaluer les définitions et les expressions ci-après à la lumière de ces situations et de les adapter en conséquence afin que leur signification soit claire et commune [5].

2.3. La distinction entre les actes de violence au travail :

En s'alignant sur le code pénal, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) [48] a repris la distinction entre les catégories de violences. De même que les niveaux traduisant les degrés de gravité et d'intensité de l'agression perpétrée à l'encontre des personnes ou des biens.

a. Les atteintes aux personnes:

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

b. Les atteintes aux biens:

- Niveau 1: Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis.
- Niveau 2: Vols avec effraction.

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

II. Mécanismes de la violence au travail:

1. Les facteurs prédictifs de la violence: [49,50]

1.1. Les facteurs déclenchant la violence externe :

a. Les facteurs individuels :

D'après le modèle de la formation de la violence au sein de l'organisation, de Chapell et Martino, ce sont les tensions personnelles et interpersonnelles, qui impliquent aussi bien les individus agresseurs, que les victimes [44] :

↳ Du côté de l'agresseur :

- Différences individuelles ;
- Stress et toxicomanies ;
- Conflits interpersonnels liés à l'envie, la jalousie, la rivalité ;
- Perceptions d'injustice dans la modification des conditions de travail ;
- Préjugés (race, sexe, handicap, condition sociale, politique et religion) ;
- Colères ou frustrations mal gérées au travail.

↳ Du côté de la victime :

Les facteurs sont nombreux ; à savoir : Le stress, l'horaire du travail prolongé et le travail individuel, l'âge du personnel, l'adéquation poste/ profil, l'insuffisance en information et de communication, le manque de formation en communication et en gestion des conflits.

b. Les facteurs liés aux conditions de travail :

Tels que l'état des locaux, l'éclairage insuffisant, la qualité de l'air détérioré, le niveau de bruit élevé (intense), la température inadéquate, le non aménagement des salles d'attente et l'insuffisance en salles d'attente équipées.

c. Les facteurs organisationnels :

La pénurie des ressources humaines (manque), l'organisation des locaux et l'individualisation des circuits, le délai d'attente prolongé, l'insuffisance en coordination entre les différents intervenants, l'insuffisance en accueil et orientation et le faible support de la hiérarchie.

1.2. Les facteurs déclenchant la violence interne :

D'autres facteurs associés à la violence envers les travailleurs de la santé sont le stress au travail et les mauvaises relations avec les collègues.

Les conflits interpersonnels entre collègues entraînent des réactions émotionnelles négatives qui peuvent amener les victimes à devenir moins engagées dans leur travail, ce qui conduit à des patients frustrés qui peuvent devenir agressifs. La violence et l'incivilité des collègues de travail sont souvent causées par des facteurs liés au travail, au comportement non professionnel ou à des conflits concernant l'organisation et les routines du travail [50].

2. Origine de la violence:

2.1. Les étapes de la genèse de la violence [51] :

- a. **1ère étape:** Accumulation de la tension nerveuse durant laquelle le sujet se sent atteint dans son intégrité;
- b. **2ème étape:** Augmentation de cette tension nerveuse associée à l'apparition de troubles anxieux et d'agitation psychomotrice;
- c. **3ème étape:** La personne, voyant les solutions à son problème diminuer, s'installe alors dans un état de panique, n'entend plus son entourage et ne lui répond plus;

- d. **4ème étape:** Survient ensuite un passage à l'acte. Il extériorise sa frustration, élimine sa tension nerveuse et mobilise toute son énergie;
- e. **5ème étape:** Une détente clôt ce processus. Le sujet est vidé de son énergie et peut exprimer de façon plus ou moins importante des sentiments de honte et des regrets.

2.2. Les modèles explicatifs de la violence au travail :

Différents modèles théoriques ont été proposés pour comprendre les situations de violence au travail, ils proposent des mécanismes organisationnels, environnementaux et personnels qui favorisent ces situations afin de mettre en place un système de prévention :

a. Le modèle de Poyner et Warne [13] :

Ce modèle se focalise sur la violence externe au travail. Il a mis en exergue le lien entre l'agresseur et le travailleur, en se basant sur cinq éléments de base: L'agresseur (Assaillant), la victime (Employée), la nature de l'interaction (Type of interaction), la situation de travail (Situation) et les conséquences (Outcome).

b. Le modèle interactif de Chapell et Di Martino [44] :

Ces auteurs ont choisi un modèle interactif agresseur-agressé qui déclenche une situation de violence au travail externe ou interne. Le modèle tient compte de plusieurs éléments : L'auteur de l'agression, la victime, le mode organisationnel, la situation, avec des caractéristiques d'un travail à risque.

c. Le modèle de Favaro [13] :

Le modèle de Favaro, perçoit la violence au travail comme un « symptôme », traduisant un dysfonctionnement organisationnel et structurel.

Il décrit l'installation de cette violence, comme progressive et insidieuse, avec des variables « d'entrée » et « de sortie », reflétant les facteurs et les conséquences délétères, d'une interaction organisationnelle détériorée. Il analyse la violence selon trois niveaux :

- **Un niveau macro, qui concerne les perturbateurs organisationnels:** Dysfonctionnement du système, complexité technologique et organisationnelle, rigidité des politiques internes, concurrence... ;
- **Un niveau méso pour les règles de travail :** Instabilité des règles de procédure, conflits interpersonnels, dérives de fonctionnement tels les grèves, l'absentéisme, les accidents et incidents...;
- **Un niveau micro** représenté d'un côté par le mal être organisationnel, qui se manifeste par le mécontentement, le malaise, la méfiance, la doute, la frustration, le sentiment d'inutilité, l'insécurité, l'injustice, le stress, la perte d'estime de soi, la dépression, le burn out.... Et d'un autre côté les comportements déviants le vol, l'atteinte aux biens, les fraudes, les transgressions, le sabotage, les tromperies..., qui s'expliquerait, entre autres, par une dégradation du collectif du travail.

III. Aspects législatifs et procédures au Maroc :

1. La constitution : [52]

La constitution Marocaine de 2011 a donné un grand intérêt aux droits personnels, ainsi l'article 20 traite le droit à la vie et 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 ».

2. Le code pénal : [53]

↳ **Outrages et violence au fonctionnaire public :**

Les articles 263 et 267 du code pénal marocain consacrent 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 ».

↪ 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 lorsqu'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.» .

3. Le statut général de la fonction publique : [54]

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 de 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'état étant subrogé dans les droits et actions de la victime contre l'auteur du préjudice ».

4. Statut particulier du personnel des centres hospitaliers universitaires :

L'article 78 du 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.

5. Le règlement interne des hôpitaux marocains : protection et procédure :

[55]

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.

6. La violence au travail et l'accident du travail au Maroc : [56]

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.

7. Le code du travail : [57]

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 de ces incidents.

IV. Discussion des résultats :

1. Taux de réponse:

Dans notre série, le taux de réponse était de **68,5%**. Ce taux est très satisfaisant et rejoint la plupart des études que nous avons consultées.

L'effectif dans notre série était de 480 personnes, c'est le plus grand effectif selon nos connaissances des études faites à l'échelle nationale (Tableau XX).

Tableau XX: Comparaison entre l'effectif et le taux de réponse selon les différentes études nationales et internationales.

Etudes		Effectif	Taux de réponse
Etudes nationales	AABDI .Y [58] CHU Mohamed VI Marrakech 2018.	164	82%
	Asri et al [11] Hop Med V Meknès 2017	95	-
	ADEN A. [59] CHP Inzegane 2012	120	-
	Belayachi et al [12] Urg CHU Ibn Sina Rabat 2010	60	-
	Acharhabi et al [60] Centre de psychiatrie CHU Casa 2008	58	-
	Etudes internationales	Remili et al [30] gouvernorat de Tunis 2019	202
BRIK et al [61] la willaya d'El Bayadh 2018		76	-
Owona et al [62] Yaoundé 2018		235	22,17%
Boukortt-Taguine Algérie 2016 [49]		414	91 %
Hamdan et al [63] Palestine 2015		444	74,50%
Notre série		480	68,5%

2. Caractéristiques sociodémographiques:

Nous avons comparé le profil de nos patients à celui d'autres études menées dans différents pays ; notamment en Palestine [63], en Algérie [49], en Cameroun [62] et au Maroc [11,12] (Tableau XXI).

- Dans notre série, la prédominance était féminine à 61 % avec sexe ratio H/F de 0,63. Ce résultat se concorde avec l'étude de Boukourt-Taguine [49] et en discordance avec la majorité des études qui ont trouvé une prédominance masculine [11 ; 12; 62 ; 63]. Ceci peut être expliqué par le changement notable de la participation féminine au niveau de la profession de la santé [64].
- L'âge moyen de nos patients était de $29,6 \pm 5$, il rejoint celui de l'étude de Belayachi et al [12] et Hamdan et al [63].
- le personnel médical était le plus représenté, caractéristique retrouvée dans l'étude de Boukourt-Taguine [49] et l'étude de Belayachi et al [12].

Tableau XXI: Caractéristiques sociodémographiques des différentes études sur la violence.

Etude		Effectif	Sexe	Age	Catégories professionnelles	
					Personnel médical	Personnel paramédical
Etudes nationales	Asri et al. [11] Hop Med V Meknès 2017	95	Prédominance M à 66 %	Age >50 ans : 58 %	29 % (n=28)	46 % (n=44)
	Belayachi et al [12] Urg CHU Ibn Sina Rabat 2010	60	Prédominance M à 57 %	Age moyen 24 ± 1 ans	100 % (n=60)	-
	ADEN A. [59] CHP Inzegane 2012	120	-	-	15 % (n=18)	85 % (n=102)
Etudes internationales	Boukortt- Taguine [49] Algérie 2016	414	Prédominance F à 62%	- Age moyen 36 ans ± 10 - Age > 50 ans : 50 %	38,67% (n=160)	30,43% (n=126)
	Hamdan et al [63] Palestine 2015	444	Prédominance M à 76 %	Age > 30 ans : 50 %	32 % (n=142)	36 % (n=161)
	OWONA et al [62] Yaoundé 2018	137	Prédominance M H/F= 1,7	37ans± 10	24 % (n= 32)	76 % (n=105)
Notre série		480	Prédominance F à 61 %	- Age moyen 29,6 ± 5 - 76,67 % entre 26-35 ans	61 % (n=293)	39 % (n=187)

3. Les caractéristiques de la violence :

3.1. Fréquence et types de violences subies :

- La Fréquence générale des violences de notre étude était élevée (**76%**) par rapport aux autres études. Elle est supérieure à la Fréquence obtenue à Ismailia en Egypte (**58,2 %**) [65], à Osogbo au Nigeria (**69,4%**) [66], en Australie (**73,5%**) [67] et à Dehli en Inde (**40,8%**) [69] et similaire à celle obtenue à Hong Kong (**76%**) [68] (Tableau XXII).

Ceci peut être expliqué par le fait que l'activité au niveau du CHU est une activité subie et non pas programmée.

Tableau XXII : Comparaison entre la Fréquence de la violence générale entre les différentes études.

Etudes	Fréquence de la violence générale
Rasha et al [65] Ismalia 2017	58,2%
Abodunrin et al [66] Nigéria 2014	69,4%
Mayhew et al [67] Australie 2003	73,5%
Arnand et al [69] Delhi 2016	40,8%
Kwok et al [68] Hong Kong 2006	76%
Notre série	76%

- La Fréquence de la violence externe était de 70 %, ce qui rejoint les taux trouvés dans la majorité des autres études:
 - A l'échelle nationale , elle était à 70 % dans l'étude menée par Belayachi et al [12] au niveau des urgences de CHU Ibn Sina à Rabat, à 83 % dans l'étude d'Aden et al [59]

menée au CHP d'Inzegane et à 82 % dans l'étude d'Acharhabi et al [60], menée au centre psychiatrique de CHU Ibn Rochd.

- Cette fréquence élevée était également observée dans les pays en développement : 75 % en Algérie [49], 76 % en Palestine [63], 75,8 % en Bulgarie [70] et 61 % au Mali [71].
 - Cependant, les pays développés connaissent des taux moins élevés : 32 % au Royaume Uni [72] et 43 à 54 % en basse Normandie en France [73].
- Parmi les participants, 25 % des participants ont déclaré qu'ils étaient victimes de violence interpersonnelle (interne). Ce taux très important par rapport à la littérature, il reflète la tension qui entrave la relation interpersonnelle.

Ce phénomène est également rapporté dans le rapport de l'ONVS 2017 [74] (3 % des actes étaient commis par le personnel) et 8% des actes de violence ont été signalé dans l'étude de Ladhari et al [75].

3.2. Fréquence de la violence selon les caractéristiques socioprofessionnelles:

a. L'âge:

La tranche d'âge n'avait aucun impact sur le risque d'exposition à la violence dans notre étude. Toutes les tranches étaient touchées avec des taux de Fréquence équivoques. Ceci rejoint les résultats de Boukourt et al [49] et Gournay et al [73]. Par contre, Hamdan et al [63] et Akrouf et al [8] avaient montré que le personnel jeune (<40 ans) était plus exposé à la violence.

Cependant, nous n'avons pas trouvé une relation significative entre l'âge et les types de violences. Ceci était rapporté également dans l'étude faite au Cameroun [62].

Pour certaines études, le personnel âgé de 28 ans à 34 ans est le plus exposé aux menaces verbales et au harcèlement sexuel que les autres, et le personnel âgés de 35 ans et plus a été exposé plus souvent à des agressions physiques [76].

b. Le sexe :

Dans notre contexte, le sexe féminin paraît être plus exposé à la violence de façon générale (77,13%).

Le résultat de notre étude pourrait être expliqué par le fait que notre échantillon de départ a une forte composition en sexe féminin (293), ainsi que les idées et les préjugés sociaux rendent la femme un sujet de discrimination professionnelle le maintien dans un rôle secondaire par rapport aux hommes.

Ces résultats s'accordent avec l'étude d' Owona et al [62] et Briki et al [61], et diffèrent avec d'autres études notamment l'étude de Boukort T [49] et l'étude réalisée au niveau de l'Hôpital Mohamed V de Meknès [11] qui avaient trouvé que le sexe masculin est plus exposé à la violence de façon générale.

Par types de violences, nous avons trouvé une prédominance de la violence chez les femmes dans tous les types par rapport aux hommes sans avoir une différence significative, contrairement aux autres études (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Comparaison entre le sexe et types de violences.

Etude	Relation entre sexe et types de violence
Boukourt et al [49]	La violence verbale est plus fréquente que la violence physique dans les deux sexes.
Shields et al [77]	Le sexe masculin est le plus souvent exposé à la violence verbale et physique que leur homologue féminin.
Damblemont A et al [78]	Les femmes sont le plus souvent victimes d'actes de violence verbale et les hommes victimes de violence physique.
Notre série	Une prédominance féminine dans tous les types de violence.

c. Le statut civil :

Le statut civil n'avait aucun impact sur le risque d'exposition à la violence générale dans notre étude.

Par type de violence, le harcèlement sexuel était plus fréquent chez les sujets célibataires, sans avoir trouvé une association significative.

Une étude faite en Turquie sur la violence au travail lors de la formation médicale trouvait que être célibataire semblait être un indicateur significatif du risque de subir des violences sexuelles [38].

d. Les catégories professionnelles :

Sur le plan professionnel, le risque d'exposition à la violence de façon générale était plus fréquent chez les infirmiers (87,6%) par rapport aux autres professions. Ils étaient également la principale cible dans d'autres études telles qu'en Cameron (76,5%) [62], en Allemagne (74,8 %) [79] et en Egypte (50 %) [65]. Leur exposition peut être expliquée par la régularité des contacts avec les malades et usagers et le travail en dépassement horaire [80].

Par type de violence, nous avons trouvé que les violences verbale et morale sont plus fréquentes chez les médecins résidents, par contre la violence physique est plus fréquente chez les infirmiers, ceci rejoint les résultats de l'étude de Acharhabi et al [60] à Casablanca où les médecins ont été plus victimes d'agressions verbales que les infirmières (90,9% contre 80,9%), tandis que les infirmiers ont été victimes d'agressions physiques par rapport aux médecins (40,4% contre 27,3%).

Dans l'étude de Hamdan et al en Palestine [63], les infirmiers étaient plus exposés à la violence physique (40% des infirmiers contre 28% des médecins), alors que les médecins étaient plus exposés à la violence verbale.

e. Les services :

Le service le plus touché en premier était les services de pédiatrie suivie par les services des urgences et réanimations.

Les services des urgences étaient les plus exposés à la violence dans la majorité de la littérature. Dans l'étude Boukortt en Algérie, une Fréquence de 94 % a été notée en service d'urgence [49], aussi dans l'étude de Asri et al [11] à Meknès, les études faites au Cameroun [62], et en Palestine [81], en éclairant que les services d'urgences-réanimations sont fréquentés par des patients et visiteurs agressifs et stressés.

Selon le bilan national de l'ONVH [83], le service de réanimation note un doublement des taux de violence signalés entre l'année 2010 et 2011.

f. L'ancienneté :

La majorité des victimes était touchée par ce phénomène quel que soit leur ancienneté au poste au travail, par contre une association significative était trouvée entre la violence verbale et l'ancienneté.

Pour Ladhari et al [75], le personnel ayant moins de 5 ans d'ancienneté est plus exposé que les autres.

Une autre étude faite en Palestine [81], relève que les participants ayant moins d'expérience <10 ans était significativement associé à l'exposition à la violence.

L'influence de l'expérience professionnelle dans la prévention d'exposition à la violence reste discutable selon l'étude faite à Yaoundé, il devrait constituer un atout pour les personnels de santé en ce qui concerne la prévention et la gestion des actes de violence en milieu hospitalier.

En effet, leur ancienneté au poste de travail et dans la structure suppose une bonne maîtrise du milieu de travail, des conditions de travail et de la psychologie du malade [62].

g. Les horaires de travail :

En relation avec l'horaire de travail, les professionnels de santé travaillant selon l'horaire normal auraient été les plus exposés. Ces derniers sont responsables en plus de l'accueil et de l'orientation, de la gestion des rendez-vous, de l'admission, de la dispensation des certificats médico-légale... Ces résultats rejoignent l'étude faite à Meknès [11] et celle de brik et al [61].

Dans l'enquête européenne d'Esthyn–Behar [82], les soignants travaillant la nuit ont 2 fois plus de risque d'être agressés. Cette enquête avait également expliqué ce constat par :

- 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.

Dans l'étude d'Ismaïlia en Egypte, le travail de la nuit était considéré comme un risque élevé d'exposition à la violence [65].

3.3. Caractéristiques de la violence:

a. Fréquence d'exposition aux actes de violence:

La fréquence d'exposition à la violence dans notre série était annuelle (39,8%). Dans l'étude Boukortt et al [49], la fréquence de l'exposition à la violence était quotidienne, plusieurs fois par semaine ont été décrit dans l'étude d'Esthyn– Behar [82] et d'une façon isolée dans 22% et répétés de plus qu'une fois dans 78% dans l'étude faite à Yaoundé [62].

b. Le lieu de survenu de la violence:

A l'intérieur du service constitue le premier lieu de survenue des actes de violence (81%) dans notre série. Ce résultat s'expliquerait par le fait que c'est le lieu le plus représenté pour la demande et l'offre des soins (bureau de consultation pour les médecins et salle de soins pour les infirmiers).

Dans l'étude de Diarra [71] au Mali, les événements surviennent souvent au niveau du couloir hors service, 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.

c. Moment de survenu des actes violents :

Concernant le moment de survenue de la violence, la majorité des actes violents se produisent au cours de la journée.

Le rapport de l'ONVH [83], mettait en exergue, comme dans notre cas, une nette prédominance des faits réalisés dans la journée (8h-17h).

Cependant, les résultats de l'étude menée par Ladhari et al [75] ont montré que la majorité des agressions sont survenues la nuit (39,4%). De même, Ouédraogo et al. [84] ont rapporté que les agressions ont été signalées pendant les gardes de nuit (43%).

Ceci peut être expliqué par une augmentation de la charge de travail ainsi que la mise en pression de ressource humaine et également l'augmentation de contact avec les patients et les visiteurs.

d. Type des violences subies:

La Fréquence de la violence verbale (99,5 %) était plus fréquente que la Fréquence_morale (34,10%) et physique (20,60%) dans notre série, ces résultats rejoignent la plupart des résultats consultés dans la littérature (Tableau XXIV) :

- Le rapport du programme commun BIT/CII/OMS/ISP [5] sur la violence au travail dans le secteur de la santé indique que plus de 50% des travailleurs de la santé ont été confrontés à des incidents violents sur leur lieu de travail. La violence psychologique est plus fréquente que la violence physique.
- Selon une étude réalisée par la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec: 67% des infirmières ont été victimes de violence au travail au cours des 5 dernières années. Cette violence est psychologique et verbale chez 62% d'entre elles [5,85].
- Les résultats de l'enquête SUMER 2003 retrouvent parmi les 2400 personnels soignants non médicaux enquêtés, 41% d'agressions verbales au cours des 12 derniers mois et 7% d'agressions physiques [86].
- L'étude mandatée par l'OIT/CII/OMS/ISP [87,88] montrait qu'en Afrique du sud 61% du personnel de santé interrogé a été victime au moins une fois de violence physique ou

psychologique au cours de l'année précédente l'étude. Cette proportion atteint 54% en Thaïlande et 60% au Portugal. Par ailleurs, 37% du personnel interrogé en Bulgarie et 41% au Liban ont signalé des actes de violence verbale.

- Une étude citée par Ladhari et al. [75] montrait que durant les 12 derniers mois, 95% des participants avaient subi des épisodes répétés d'agression verbale et 80% des agressions physiques.

Tableau XXIV : Fréquence de la violence verbale et physique dans la littérature consultée.

Auteurs	Population d'étude	Violence verbale (%)	Violence physique(%)
Notre étude	Personnel de santé N = 480	99,5	20,60
Gournay et al. 2002 [73]	996, Hôpitaux de Normandie, personnel non médical	72,7	41,4
OIT/CII/OMS/ISP 2002 [87,88] Afrique du Sud Thaïlande Portugal Bulgarie Liban	Personnel de santé N=202	60 47,7 51 37 41	17 10,5 3 7,5 5,8
SUMER 2003 France [86]	Personnel soignant non médicaux	41	7
Ladhari et al. 2004 France [75]	Infirmières Australiennes	95	80

Canbaz et al [89] ont suggéré que le taux élevé de violence verbale pouvait être lié à la perception de la violence dans le cadre du travail : Les individus n'osent pas la violence physique à cause des lois, ce qui peut expliquer le taux plus faible d'agression physique.

e. Caractéristiques des types de violence :

e.1. Nature de la violence verbale :

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

Dans l'étude de Boukortt et al [49], l'employé a été victime surtout d'impolitesse ou d'injures (63,3%), d'insultes (60,1%), de menaces verbales (50,8%) et de cris (44,4%).

Gournay et al [73] rapportait des taux de 80,29% pour les impolitesse et de 63,3% pour les injures/insultes et menaces verbales.

Dans le rapport de l'observatoire national français des violences en milieu de santé (ONVS), les insultes et les injures concernaient 33% des cas et les menaces 16% des cas [74].

Tableau XXV: Comparaison de la nature des violences verbales.

Etude	Insultes	Cris/impolitesse	Menaces	Harcèlement sexuel
ONVS [74] France 2017	33 %	-	16 %	-
Boukortt [49] Algérie 2016	60,1 %	44,4%/63,3%	50,8 %	-
Hamdan et al [63] Palestine 2015	69 %	-	48 %	8,6 %
Gournay et al. [73] France 2002	63,3 % Insultes+menaces	80,2 %	-	-
Notre série	79,9%	66,2 %	25,5 %	6%

e.2. Nature de la violence physique :

Les poussés (15,9%) et les coups (6%) étaient les actes de violence physique les plus rapportés, nos résultats sont moins graves que ceux décrits dans la littérature.

Dans l'étude de Boukort et al [49], la violence physique subie consistait surtout en bousculade (43,1%), en crachats (33%), en dégradation de matériel (32,7%) et en coups donnés avec la main (24,8%).

Pour Ladhari et al [75], le mécanisme d'agression observé était d'abord les coups (pied, poing, tête, objet) dans 42,3% des cas, ensuite les projections d'objets ou de liquide (16,7%), les griffures (15,3%) et les morsures (12,4%).

Pour Akrouf et al [8], le coup de poing était le moyen d'agression le plus souvent utilisé (37,7%), les morsures et les griffures représentaient 21,7% des cas.

e.3. Classification de la gravité des actes de violence :

La classification des actes de violence selon l'échelle de gravité de l'observatoire nationale des violences en milieu de soins a révélé une prédominance des actes de violence de niveau 1 [48].

Selon l'étude faite à Yaoundé [62], il y'a une prédominance des actes de violence de niveau 1, caractérisées par des injures (87,5 %), des provocations (65,62 %) et des salissures (62 %) et des violences de niveau 2 avec menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou des menaces de mort (48,12%).

Il faut rappeler que ces faits peuvent être considérés insignifiants, surtout en cas de violence verbale. Mais d'un point de vue juridique, notamment l'article 263 et 267 du code pénal marocain [56] sont punis avec des peines allant jusqu'à deux ans de prison et d'un point de vue social, ils reflétaient l'accroissement du manque de respect envers le personnel soignant.

f. Profil d'auteur de la violence :

f.1. L'auteur de la violence externe :

Dans notre étude, l'auteur principal des actes de violence externe était en premier lieu les membres de famille dans 76,60%. Les mêmes résultats ont été rapportés par l'étude de Boukort

en Algérie [49], Asri et al à Meknès [11] et Hamdan et al à Palestine [63]. Cependant, dans l'étude de Ladhari et al [75] et le rapport de l'ONVS 2017 [74], le patient était l'auteur le plus incriminé.

Ceci pourrait être expliqué par l'esprit de solidarité familiale qui fait que le patient est souvent accompagné lors des consultations ou lors de son hospitalisation par au moins un membre de sa famille et qu'il reste toujours « sous sa protection ».

f.2.L'auteur de la violence interne :

Dans notre étude, le médecin (18,7%) et l'infirmier (18 %) étaient les premiers auteurs présumés de la violence interpersonnelle. Ces chiffres révèlent l'existence d'une tension interpersonnelle spécialement dans la relation médecin-infirmier.

Ces résultats se concordent avec l'étude de Sofield et al [90], les médecins étaient les premiers auteurs de violence.

Dans l'étude de Palestine [81], la violence interne devenait un sujet de préoccupation, environ 14% des répondants qui ont été victimes de violence physique et 37% ont été victimes d'incidents non physiques de leurs collègues de travail spécifiquement des médecins. Cela s'est avéré par le manque de personnel, le stress et la faible satisfaction au travail.

L'étude de Picot [91] a confirmé l'instabilité de la relation sociale entre les médecins et infirmiers en concluant que cette relation se traduit par un conflit direct entre les deux catégories.

3.4. Circonstances et causes probables de la violence :

a. Circonstances et causes probables de la violence externe:

Dans notre série, le délai d'attente trop long était la première cause probable de la violence (52,07 %). La plupart des études rejoignaient nos résultats concernant les circonstances et les causes de la violence externe (Tableau XXVI).

Ceci peut être expliqué par le manque de coordination entre les différents auteurs de la santé, la pénurie de ressources humaines et matérielles, aux pannes des équipements et à la surpopulation et l'augmentation de la surcharge du travail.

Tableau XXVI: Circonstances et causes de la violence externe selon les études.

Causes et circonstances de la violence externe	Boukourt et al Algérie 2016 [49]	Gournay et al France 2002 [73]	Hamdan et al Palestine 2015 [63]	ONVS France 2017 [74]	Notre étude
Délai d'attente trop long	51 %	59 %	47,5 %	11,7%	52,07%
Insatisfaction vis à vis de la prise en charge	49 %	36 %	35,4 %	60,6%	44,97 %
Anxiété / peur / stress du patient ou accompagnant	35 %	-	23 %	-	34,91%
Flux et demande de soins très importante	61 %	67 %	-	-	40,82%
Situation mentale ou psychiatrique de l'agresseur	31 %	-	14 %	-	28,40 %
Défaut de communication du personnel	30 %	31 %	10,1 %	-	26,92 %

L'étude de Meknès [11] a conclu comme autres facteurs intra hospitalier prédictifs de la violence :

- Les conditions de travail stressantes ;
- L'insuffisance d'accueil et d'orientation à l'encontre des usagers ;
- L'horaire du travail prolongé et le travail individuel ;
- L'adéquation poste/ profil ;
- L'environnement de travail inadéquate (éclairage insuffisant, la qualité de l'air détérioré, le niveau de bruit élevé et la température inadéquat ...), qui peut influencer négativement leurs humeurs et les prédisposent à des situations de stress et de conflits ;
- Le non aménagement des salles d'attente ;
- Les difficultés d'accès aux soins.

b. Circonstances et causes probables de la violence interne :

Le défaut de communication était la principale cause de la violence interne dans notre étude, les mêmes résultats sont trouvés en Inde [69].

Ceci peut être expliqué par le cumul de stress, l'absence de formation continue en communication et en gestion des conflits [11].

4. Suites à la violence :

4.1. Réaction des victimes suite à la violence:

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

Dans l'étude de Brik et al [61], la victime de violence verbale ou physique se défendait dans 46,10% des cas, ne faisait aucune réaction dans 27,60 % des cas et il s'enfuit dans 13,20 % des cas.

Pour l'étude de Boukort.T [49], après l'acte de la violence, la victime s'énervait dans 47,7%, se défendait dans 39,4%, ne faisait rien dans 27,7% ou demandait à la personne d'arrêter (25,4%).

Cette différence constatée pourrait s'expliquer par l'absence de formation dans la gestion des situations conflictuelles chez notre personnel.

4.2. Déclaration et notification de la violence :

a. Taux de déclaration et causes d'abstention :

Notre étude a révélé l'existence d'un phénomène de sous déclaration des incidents violents en croyant à son inutilité.

Le nombre de cas des violences déclaré comme accidents de travail dans notre étude était de 38 %, qui est supérieur au nombre déclaré en Allemagne (2%) [89], au CHU de Clermont en France (4,3%) [75] et en Tunisie (4,1%) [92].

Les violences au travail apparaissent comme risque professionnel négligé au Cameroun avec 5 cas sur 3687 accidents de travail déclarés dans l'annuaire statistique de la CNPS en 2013 [93].

Le faible taux de déclaration était similaire à celui de l'étude de Palestine [81], ou les répondants estimaient que le signalement est inutile car la direction de l'hôpital ne prendra aucune mesure de prise en charge, en plus, la peur des conséquences comme la vengeance des auteurs.

Par types de violence, la déclaration était plus fréquente chez les personnes ayant subi une violence physique avec une différence significative. L'étude de Boukort notait que la déclaration ne faisait que s'il y a des conséquences physiques [49].

Par service, le taux de déclaration était plus fréquent au niveau de service de médecine sans avoir une relation significative.

L'ONVH déclare dans son bilan national annuel que le service de médecine était parmi les trois services les plus touchés par les actes de violence [83].

Selon le rapport annuel de l'ONVS [94], seulement 28,6% des hôpitaux publics ont participé au processus de déclaration, le service des urgences a été classé en deuxième position après la psychiatrie [95].

Le faible taux de déclaration des violences reflète d'une part les insuffisances des employeurs sur la gestion des risques professionnels en milieu hospitalier et d'autre part l'inexistence des médecins du travail qualifiés pour la reconnaissance et la déclaration de ces actes dans les hôpitaux.

b. Devenir de la déclaration :

Notre étude a révélé qu'il existe un problème d'accompagnement et de prise en charge, même en cas de déclaration (42% des cas déclarés sans aucune mesure prise par l'administration. Ceci affecte la relation du personnel avec l'administration et engendre des sentiments d'abondance face à ces incidents. Le rapport du bureau international du travail de 2002 [5], incite à l'accompagnement psychique et juridique en cas d'incident violent.

Selon Ferrari [97], les suites à donner aux évènements de violence :

- Réponse adaptée, ferme et proportionnée de l'administration ;
- Encourager les dépôts de plaintes ;
- Accompagner les victimes.

4.3. Conséquences et Impact sur le travail :

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

Les incidents engendraient des arrêts de travail, l'interruption temporaire au travail (ITT) était survenue chez 12,94 % des victimes, avec une ITT de un jour dans 42,55% des cas .Ce

constat a été également rapporté dans l'étude Ladhari et al (336 jours d'arrêt de travail), ce sont des journées du travail payantes qui sont perdues [75].

Elle a occasionné des arrêts de travail de 3 à 65 jours chez 11 travailleurs (4%) dans une autre étude faite en Tunisie [49].

La survenue de ses incidents peut affecter négativement le déroulement de l'activité de soins et constitue une charge socio-économique lourde [58].

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

Les actions préventives de la violence au travail devraient être appréhendées selon les recommandations de L'OMS 2002 [2] à savoir:

- La prévention primaire qui a pour but de corriger et éliminer les facteurs de risques professionnels ;
- La prévention secondaire est une action centrée sur le personnel qui vise à protéger les agents en les préparant à affronter les risques ;
- La prévention tertiaire qui permet d'agir pour réduire l'effet des troubles installés et éviter la surexposition.

En fonction des résultats obtenus par notre étude, nous avons pu élaborer une stratégie de prévention basée sur l'amélioration des conditions de travail, sur des actions en direction des usagers et sur la prise en charge du personnel.

5.1. Prévention primaire :

a. Le cadre réglementaire : [58]

Malgré que l'arsenal juridique et réglementaire régissant la violence au travail au Maroc est assez suffisant, Mais devant l'émergence de ce phénomène, une révision visant à rendre les peines plus importantes semble être nécessaire.

La violence au travail dans notre pays n'est pas considérée spécifiquement en tant qu'accident au travail et ses conséquences mentales ne figurent pas parmi les tableaux des maladies professionnelles. Cependant, la nouvelle définition d'un accident de travail comme 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.

Il est donc 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), que la violence au travail en général et à l'encontre du personnel soignant en particulier, soit reconnue comme risque professionnel.

b. Actions centrées sur l'organisation du travail :

Des nombreux facteurs organisationnels sont susceptibles de favoriser la violence, d'où l'intérêt de créer une commission dénommer la commission de violence, qui peut regrouper des représentants de la direction, du personnel médical et paramédical ainsi que des psychologues.

Cette commission aura comme rôle de mettre un plan préventif par l'amélioration des conditions de travail et par l'élaboration d'un protocole de conduite à tenir devant la violence [5].

Des actions similaires initiées dans d'autres pays ont permis une nette régression de la violence envers le personnel, comme c'est le cas du CHU de Besançon et de l'hôpital Bichat-Claude Bernard en France [74].

Par ailleurs, certaines propositions pour l'amélioration de la situation de travail, nous recommandons :

- L'amélioration de l'accueil des usagers au sein de l'hôpital ;
- Aménager des espaces d'attente suffisants et confortables que ce soit pour les patients ou les accompagnants ;
- Adopter des moyens de régulation des flux des usagers ;

- Renforcer les unités et les services, les plus exposés à la violence, en ressources humaines adéquates, en matérielles nécessaires, en maintenance et en ressources logistiques suffisantes ;
- Renforcer la coordination entre les différents intervenants de la prise en charge des malades, notamment entre médecins/infirmiers, entre médecins généralistes/ médecins spécialistes et entre l'équipe soignante et l'administration ;
- Elaborer et mettre en œuvre des procédures simples, qu'elles soient administratives ou de prise en charge ;
- Renforcer la coordination entre les différents intervenants de la prise en charge des malades.

c. *Actions en direction des usagers de l'hôpital :*

La direction devrait élaborer une note à l'intention des usagers de l'hôpital, cette note doit être affichée à l'entrée de l'hôpital, à la consultation et aux différents services. Elle consiste à sensibiliser les usagers contre la violence et les différents comportements interdits à l'intérieur de l'hôpital, aussi sur les mesures administratives et la poursuite juridique auxquelles seront exposés en cas de violence.

Cette note doit aussi préciser clairement la politique de l'hôpital et les règles à respecter, et dans ce sens, on propose :

- Adresser les cas non urgent vers un centre de santé ;
- Limiter les accompagnements sauf dans les cas nécessaire (patient incapable de parler, patient en coma ...) ;
- Limiter le nombre de visiteurs par malade hospitalisé ;
- Faciliter l'accès des familles aux hôpitaux pour renforcer la relation médecin-famille ;
- Identifier les usagers à l'entrée de l'hôpital.

Cette action rentre dans le cadre des directives 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) [5].

5.2. Prévention secondaire :

a. Instauration de formations adéquate:

- Amélioration de l'accueil à recevoir et à orienter aimablement les usagers ;
- Formation des personnels à apprendre d'identifier et gérer les situations de conflits et agir en cas de violence ;
- Sensibiliser le personnel au problème des violences interne et ses conséquences néfastes sur la prise en charge et le suivi des patients ;
- Encourager le personnel à dénoncer ces actes et à les déclarer ;
- Renforcer la sécurité surtout au niveau des services les plus exposés avec des caméras de surveillance.

b. Registre de recueil des événements violents :

Une fiche modèle de signalement devait être mise à la disposition du personnel pour faciliter et encourager la procédure de déclaration en cas des évènements violents, le modèle de fiche 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.

Par ailleurs, le CHU de Besançon a adopté la même procédure avec une nette amélioration des déclarations [96].

5.3. Prévention tertiaire :

a. Prise en charge du personnel victime de violences :

L'instauration d'une procédure de prise en charge au CHU semble être nécessaire. Elle sera assurée par le médecin du travail, le psychologue du travail, l'assistance sociale et si nécessaire le psychiatre. Pour cela, on doit inclure une consultation « violence » dans l'activité des services de médecine du travail après formation des médecins et des psychologues du travail sur la violence et l'accompagnement psychologique des victimes.

Le suivi 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.

Il faut renforcer également le rôle de l'assistante sociale dans le cadre d'assurer la réinsertion et l'intégration des professionnels de santé agressés.

b. Politique contre la violence en milieu de soins :

La prise en charge du problème de la violence envers le 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 comme une priorité de santé publique.

5.4. Que faire en cas d'incident violent ?

Des fiches réflexes sont établies par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) sur les étapes à suivre en cas d'un acte de violence [96].

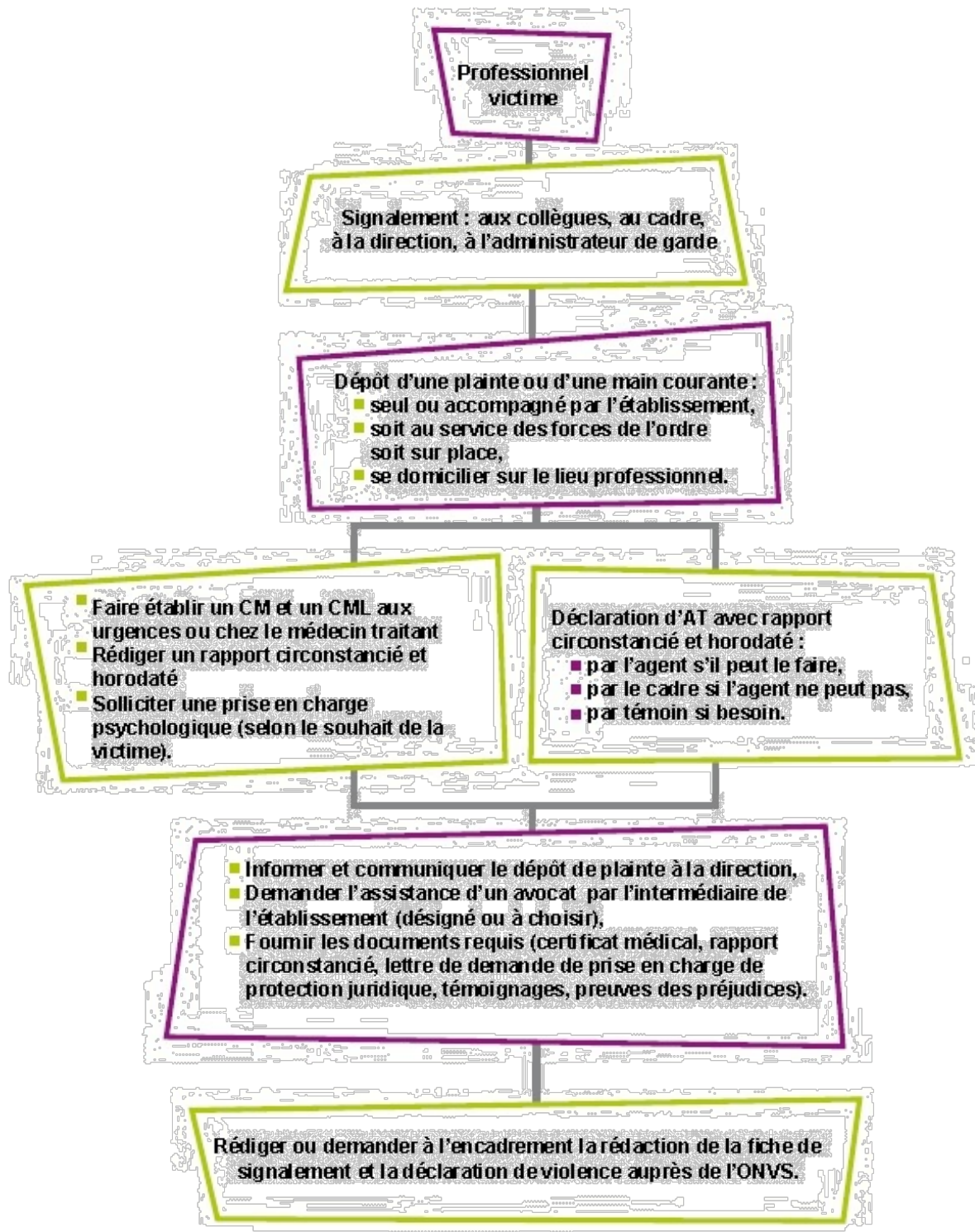


Figure 28: Conduite à tenir en cas d'acte de violence (ONVS 2017) [96].

AT: Accident de Travail, CM: Certificat Médical, CML: Certificat Médico-légal,
ONVS: Observatoire National de la Violence en Milieu de Santé.

6. Difficultés rencontrées:

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

1. La situation épidémiologique qui a exposé le personnel du CHU à une situation d'urgence, a nécessité une réorganisation des services, voire une réduction de l'effectif pour d'autres ;
2. La récupération des fiches n'était pas toujours immédiate, vue la disponibilité et la rotation des personnels ;
3. Certains médecins et infirmiers n'ont pas voulu participer à ce travail pour plusieurs raisons :
 - a. Ils ne voyaient pas l'intérêt du sujet ;
 - b. Manque de temps ;
 - c. Ils n'étaient pas disponibles.
4. L'étude a utilisé une approche rétrospective d'auto-déclaration dans la collecte des données, cette méthode dépend de la capacité des participants à se souvenir des événements durant la période précédente l'étude, ce qui pourrait avoir des biais potentiels de mémoire;



Conclusion



Cette étude a révélé une forte fréquence de violence (70%), qui s'exprime essentiellement sous forme de violence verbale perpétrée par les membres de famille des patients envers les médecins et les infirmiers, surtout dans les services de pédiatrie et d'urgences-réanimations.

Les victimes de la violence étaient surtout du personnel de sexe féminin, de toute catégorie d'âge et quel que soit leur ancienneté.

Le risque d'exposition aux actes de violence était plus élevé pendant le jour, lié surtout à des problèmes d'organisation, en premier lieu, un délai d'attente trop long.

Notre étude permet également la mise en évidence d'une tension interpersonnelle à partir du chiffre de la violence interne (25%), ce qui peut retentir négativement sur l'environnement de travail, sur la prise en charge et le suivi des patients.

Un phénomène de sous-déclaration a été observé dans notre étude, sous prétexte de l'inutilité de signalement ainsi qu'en cas de déclaration, un problème de mesure administrative et de suivi a été décrit.

Enfin, bien que les résultats de cette recherche ne puissent être généralisés aux autres structures de la santé, ils sont suffisamment alarmants pour nous inciter à élaborer des politiques et des stratégies de prévention et de gestion de la violence dans les hôpitaux, assurant aussi bien la sécurité des soignants que l'intérêt des usagers de l'hôpital, afin d'améliorer la déclaration des incidents, assurer le suivi des événements signalés et fournir un soutien physique et psychique aux victimes.



Résumés



Résumé

Introduction :

La violence en milieu hospitalier présente un problème important qui affecte toutes les catégories professionnelles avec un impact significatif sur l'efficacité de système de soins, d'où l'intérêt de cette étude qui a comme objectif d'identifier les caractéristiques épidémiologiques et les circonstances de survenu ainsi qu'évaluer les conséquences et les mesures préventives proposés par le personnel.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée entre février et Aout 2020 auprès de l'ensemble du personnel médical et paramédical du CHU de Marrakech, à l'aide d'un questionnaire auto administré anonyme comportant des variables socioprofessionnelles et d'autres liées aux actes de violence. Les résultats ont été présentés sous forme descriptive et analytique selon les objectifs de l'étude.

Résultats :

Notre échantillon comportait 480 personnels majoritairement des femmes (61%), du personnel médical (61%), avec une moyenne d'âge de $29,6 \pm 5$ ans et une médiane d'ancienneté de 3 ans.

La Fréquence de la violence était de 76% notamment une violence verbale dans 99,5 % (insultes et cri et ton agressif), morale dans 34,10 % et physique dans 20,60% (des poussées). Cette violence présentait comme caractéristiques d'être subie plus sur des femmes (77,13%) quel que soit leurs tranches d'âge et leur ancienneté, avec un risque plus élevé chez le personnel paramédical (83%), survenant surtout dans les services de pédiatrie (88,24%) et des urgences-réanimations (83,33%) pendant le jour (71,7%). Le principal auteur de cette violence était les accompagnants des patients liés à des problèmes d'organisation notamment un délai d'attente trop long (52%) et une insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge. Le taux élevé de la violence

interne (25 %) révélait une tension interne entre les différents intervenant surtout la relation médecin–infirmier due dans la majorité des cas à un défaut de communication. Une interruption de travail (12,9 %) d'un jour dans la plupart des cas a été notée. Un phénomène de sous déclaration (37,4%) a été observé dans notre étude sous prétexte de l'inutilité de la déclaration, ce qui nous incite à encourager le signalement des actes de violences et à élaborer des politiques et des stratégies de prévention et de gestion.

Conclusion :

Les professionnels de santé sont exposés à un risque élevé d'incidents violents dans les hôpitaux marocains, ce qui pourrait retentir sur leurs comportements et leurs rendements. Pour gérer ce phénomène, il faut encourager le signalement de ces actes et mettre en place des mesures d'accompagnement et de prévention.

Abstract

Introduction:

Violence in hospitals presents an important problem that affects all professional categories with a significant impact on the efficiency of the healthcare system. The aim of this study is to identify the epidemiological characteristics and the circumstances of such occurrences, also the consequences and preventive measures proposed by the staff.

Materials and methods:

This is a descriptive cross-sectional study carried out between February and August 2020 among all the medical and paramedical staff of the University Hospital of Marrakech, using an anonymous self-administered questionnaire comprising socio-professional variables and others linked to acts of violence. The results were presented in descriptive and analytical forms according to the objectives of the study.

Results:

Our study included 480 health workers, mostly women (61%), medical staff (61%), with an average age of 29.6 ± 5 years and a median seniority of 3 years.

The frequency of violence was 76%, including verbal violence in 99.5% (insults and shouting and aggressive tone), moral in 34.10% and physical in 20.60% (pushes). This violence had the characteristics of being suffered more on women (77.13%) regardless of their age groups and seniority, with a higher risk among paramedical personnel (83%), occurring especially in the services of pediatrics (88.24 %) and emergency-resuscitation (83.33%) during the day (71.7%). The responsible of this violence was the accompanying persons linked to organizational problems in particular a too long waiting period (52%) and dissatisfaction with the medical care. The high rate of endogenous violence (25%) reveals an internal tension between different intervening especially the doctor-nurse relationship due in majority of cases to a lack of communication. A work interruption (12.9%) of one day in most cases was noted. A phenomenon

of underreporting (37.4%) was observed in our study because of the needlessness of the declaration, according to the staff, which incites us to encourage the reporting of acts of violence and to develop policies and strategies of prevention and management.

Conclusion:

Health professionals are frequently exposed to violent incidents in Moroccan hospitals, which could affect their behavior and performance. To manage this phenomenon, it is necessary to encourage the reporting of these acts and put in place accompanying and preventive measures.

ملخص

المقدمة:

يمثل العنف في المستشفيات مشكلة شائكة تخص جميع الفئات المهنية مع تأثير كبير على كفاءة نظام الرعاية الصحية، هدف هذه الدراسة هو التعرف على خصائص وظروف هذه الوقائع والوقايح والتدابير الوقائية المقترحة من طرف الموظفين للحد منها.

المواد والأساليب:

هذه دراسة وصفية مقطعية أجريت بين فبراير وأغسطس 2020 تهم جميع أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، باستخدام إستمارة ذاتية مجهولة الهوية تتضمن أسئلة اجتماعية مهنية وأخرى مرتبطة بأعمال العنف. تم عرض النتائج بشكل وصفي وتحليلي حسب أهداف الدراسة.

النتائج:

تضمنت دراستنا 480 شخصا من العاملين بالمركز الاستشفائي، معظمهم من النساء (61%)، والطاقم الطبي (61%)، بمتوسط عمر يناهز 29.6 ± 5 سنوات مع متوسط أقدمية 3 سنوات.

نسبة التعرض للعنف كانت هي 76%، متضمنة العنف اللفظي لدى 99.5% من الحالات (الإهانات والصراخ والنبرة العدوانية)، الأخلاقي لدى 34.10% والجسدي لدى 20.60% من الحالات. من بين خصائصه أنه يمس النساء أكثر (77.13%) بغض النظر عن العمر والأقدمية. نسبة التعرض له أعلى لدى الطاقم الشبه طبي (83%)، ويحدث بشكل خاص في جناح الأطفال (88.24%) والإنعاش والمستعجلات (83.33%) أثناء النهار (71.7%). والمسؤول الأول عن هذا العنف هم مرافقي المرضى. وتعود أسبابه بالأساس الى مشاكل تنظيمية أهمها الإنتظار لمدة طويلة (52%) وعدم الرضا عن الرعاية المقدمة. يكشف المعدل المرتفع للعنف الداخلي (25%)

عن وجود توتر بين مختلف الموظفين خاصة العلاقة بين الطبيب والممرض، ويرجع ذلك بالأساس إلى عدم التواصل. كما لوحظت نسبة التوقف عن العمل (12.9%) يوما واحدا في معظم الحالات، وأثبتت دراستنا ظاهرة إنخفاض معدل التبليغ (37.4%) بحجة عدم أهميته مما يدفعنا إلى تشجيع التبليغ عن أعمال العنف ووضع سياسات واستراتيجيات لتحسين ظروف العمل.

خاتمة:

يتعرض العاملون بمجال الصحة لخطر كبير من حوادث العنف في المستشفيات المغربية، مما قد يؤثر على سلوكهم وأدائهم. لمعالجة هذه الظاهرة، من الضروري تشجيع التبليغ عن هذه الأعمال واتخاذ التدابير الوقائية اللازمة.



Annexes



Annexes 1 :

Questionnaire à propos de l'agression et la violence envers les professionnels de la santé du CHU Mohammed VI de Marrakech

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse intitulée : Violence en l'agression et la violence envers les professionnels de la santé du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Élaboré par l'étudiante : Zraibi sanae

Sous la direction de professeur HACHIMI Abdelhamid

Cher participant, merci de bien lire ces instructions avant de répondre au questionnaire :

- Cette étude a pour but d'identifier les caractéristiques épidémiologiques et les circonstances de survenue et Evaluer les conséquences et les mesures préventives proposées par le personnel du CHU de Marrakech.

Ce questionnaire se compose de quatre parties :

- La première partie recueille des données démographiques ;
- La seconde partie s'intéresse aux circonstances de la violence ;
- La troisième partie traite les conséquences et la réaction du personnel suite à l'incident ;
- La quatrième partie concerne les mesures préventives et correctives de la violence.

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.

I-Identité	
1. Age?
2. Sexe ?	<ul style="list-style-type: none">• Homme• Femme
3. Mlle / Mme / M ?	<ul style="list-style-type: none">• Madame• Mademoiselle• Monsieur
4. Catégorie socioprofessionnelle ?	<ul style="list-style-type: none">• Chef de service• Médecin Spécialiste• Médecin Généraliste• Médecin Résident Interne• Infirmier• Infirmier Major• kinésithérapeute Technicien
5. Quelle est votre situation matrimoniale ?	<ul style="list-style-type: none">• Célibataire• Marié(e)• Veuf (Ve)• Divorcé(e)
6. Le service d'affectation?	<ul style="list-style-type: none">• Médecine• Chirurgie

	<ul style="list-style-type: none"> • Urgence–Réanimation • Pédiatrie • Radiologie • Gynécologie • Psychiatrie • Service de dialyse • Autres : <p>.....</p>
7. Ancienneté dans le poste?
8. Ancienneté total?
9 Horaire du travail?	<ul style="list-style-type: none"> • Matinée • Après-midi • Soir
II–Circonstances de la violence	
10. Avez–vous déjà été victime de la violence?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
11. Fréquence des actes de violence?	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois par semaine • Plusieurs fois par semaine • Une fois par mois • Une fois par an
12. Lieu de survenue?	<ul style="list-style-type: none"> • Au Service • Hors service
13. Moment de survenue?	<ul style="list-style-type: none"> • Jour • Nuit • Jour férié • Week–end

14. La nature de violence?	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale • Physique • Morale
15. Si la violence est verbale, elle était?	<ul style="list-style-type: none"> • Insultes • Menaces de mort • Menaces d'agressions • Cris et ton agressif • Harcèlement sexuel • Menace de mesures disciplinaire • Autres :
16. Si la violence est physique, elle était?	<ul style="list-style-type: none"> • Poussée • Coups • Strangulation • Jet d'Equipements • Autres :
17. Auteur de la violence?	<ul style="list-style-type: none"> • Patient lui même • Membre de famille • Autre personnel
18. Si interpersonnel; l'agresseur était?	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin • Infirmier (ière) • Administrateur (ice) • Réceptionniste • Agent de sécurité • Autre :

19. Circonstances de l'agression?	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Flux et demande de soins très importante • Autres
III-Conséquences de la violence	
20. Après l'acte de violence, Avez-vous eu une interruption temporaire de travail (ITT) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
21. Si oui, elle était de combien des jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour • < 5 jours • Entre 5 et 10 jours • Entre 11 et 20 jours • > 21 jours
22. Qu'elle était votre réaction suite à l'acte de violence?	<ul style="list-style-type: none"> • Auto défense verbale (oui / non) • Auto défense physique (oui / non) • Aucune réaction (oui / non) • Autre :
23. Avez-vous déclaré l'incident ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
24. Si oui, auprès de qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Administration (surveillant ou superviseur) : (oui / non) • Autorité (police) : (oui / non)

<p>25. Si non, pourquoi ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inutile (aucune mesure ne sera prise) • Incident non important • Peur des conséquences négatives • Je ne savais pas la procédure • Je n'ai pas le temps de se déplacer pour porter plainte • Autre :
<p>26. Suite à la déclaration, connaissez-vous le ressort ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 :
<p>IV-Prévention</p>	
<p>27. Parmi ces mesures, laquelle (elles) peut (vent) aider à prévenir la survenue d'un acte de violence dans votre service:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à la gestion des conflits • Moyen de communication (affiches, vidéos...) • Une bonne organisation de déroulement du travail (triage, numéro d'ordre respecté ...) • Présence d'un agent de police au niveau de l'hôpital • Autres à proposer :

Merci pour votre collaboration.

Annexes 2 :

Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش

N° 1199 /DAP/Coopération
LE DIRECTEUR

21 FEV 2020

AUTORISATION

Suite à l'envoi N°943 du 30/01/2020 relatif à la demande émanant de **Mme ZRAIBI Sanae**, étudiante en instance de thèse à la faculté de Médecine et de Pharmacie – Marrakech, pour mener une enquête en milieu hospitalier au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech sous le thème « **AGRESSION ET VIOLENCE ENVERS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE AU NIVEAU DE LA REGION MARRAKECH-SAFI** » nous informons que votre demande reçoit notre accord.


 Directeur du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI
Pr. Lahcen BOUKHANNI

Ampliations

- La Directrice du COH;
- La Directrice de l'HME ;
- Le Directeur de l'HAR
- Le Directeur de l'HIT ;
- L'intéressée ;
- Le dossier.

Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI - Marrakech
BP: 2360 Marrakech principal <http://www.chumarrakech.ma>
Tel.: 0524 300 700/701/629
Fax : 0524 300 631


Annexes 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 : Suicide ou tentative :

Alcoolisation : Drogue : Automutilation : 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

Le préjudice principal est directement lié 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 : Agression 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

Nombre de victimes

Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Médecins ou assimilés : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmiers : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnels soignants : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres : <input type="text"/>	<input type="text"/>

Établissement victime :

Nombre d'auteurs

Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Médecins ou assimilés : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmiers : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnels soignants : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres : <input type="text"/>	<input type="text"/>

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, États) : Suite judiciaire :

Condamnation prononcée

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

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :



Bibliographie



1. **Baker J.**
Violence au travail : Education ouvrière 2003/4 Numéro 133 Editorial.
2. **OMT et OMS (2002).**
Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé.
Genève.
3. **République Française, Ministère de la Fonction Publique.**
Guide de prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique.
Édition 2017.
4. **Liberté, quotidien national.**
Nos hôpitaux livrés à la violence, 13/12/2012.
5. **Bureau international du Travail (BIT), Conseil international des infirmières (CII), Organisation mondiale de la Santé (OMS), Internationale des Services publics (ISP).**
Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé,
Genève 2002.
6. **Organisation Internationale du Travail :**
La violence sur le lieu de travail – un problème mondial.
Rapport du Bureau international du Travail (BIT) 1998 ; n°30.
7. **Roy P. :**
Les pathologies psychiques mal reconnues en Europe.
Quotidien du médecin, 27 avril 2004.
8. **Akrouf M, Khalfallah T, Bchir N, Chaari N, Hanchi A, Mrizak N et al.**
Etude des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers tunisiens.
Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail, 2003 ; 64(1) : 13-17.

9. **Dallay C, Chabaud F, Delbreil A.**
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.
Européen psychiatry 2015 ; 30 (8):102-161.
10. **Observatoire National des Violences en milieu de santé ONVS :**
Bilan des incidents de violence déclarés par les établissements de soins.
Rapport annuel 2015 données 2014. <http://solidarites-sante.gouv.fr>.
11. **Asri A, Filali H.**
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 2017 : 1-66.
12. **Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R.**
Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact.
J Occup Med Toxicol 2010; 5:1-27.
13. **Favaro .M .**
Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail, proposition d'un modèle-cadre pour comprendre et intervenir 2014.
Note Scientifique et Technique de l'INRS ; NS320 :1-67.
14. **Yves Michaud.**
Définir la violence, Dans Les Cahiers Dynamiques 2014 ; 2 (60) :30 - 36.
<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2014-2-page-30.htm>
15. **La violence selon dictionnaire Larousse.**
[https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071.](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071)
16. **La violence selon dictionnaire le Petit Robert.**
[https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence.](https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence)

17. **La violence selon dictionnaire Hachette.**
https://www.hachette.fr/recherche?search_api_views_fulltext=violence.
18. **Le conflit : Violence–étymologies.**
<http://www.leconflit.com/article-26442357.html>.
19. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002 : 3-23.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf.
20. **Agression selon dictionnaire Larousse.**
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agression/1766?q=agression#1771>.
21. **Agression selon dictionnaire le Robert.**
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/agression>.
22. **Jean-Marie Muller.**
"Dictionnaire de la non-violence", Mai 2005.
http://www.non-violence-mp.org/la%20nonviolence_fichiers/HTML/mots-cles.htm.
23. **Baron R. A. & Richardson D. R.**
Human aggression, *Perspectives in Social Psychology* 1994; 2:1-38.
24. **Berkowitz L.**
Aggressive behavior: Aggression. Its causes, consequences and control 1993; 20(60):464-466.
25. **Schat ACH, Kelloway EK.**
La violence au travail.
Manuel du stress au travail 2005: 189-218.
26. **Gbezo, B. E.**
Les soignants face à la violence 2011 ;(2) :1-227.

27. **Institut national de santé publique du Québec.**
Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal 2018.
<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>.
28. **Haute autorité de santé (HAS).**
Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 28 novembre 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf
29. **Fédération française de psychiatrie (FFP).**
Psychologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles 2001. Paris, France.
Ed. John Libbey Eurotext.
30. **Remili. D**
Violences et souffrances en milieu hospitalier : Le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis, risque psychosociaux 2019 :1-65.
31. **Fiches violences : Généralités -Phare.**
<https://phare.pads.fr/fiche-violences-generalites#:~:text=La%20violence%20est%20une%20expression,pas%20contenue%20par%20l'adulte>
32. **Nasr R.**
Les violences conjugales : Etude comparative entre Liban, France et Canada.
Psychologie. Université Lumière – Lyon II, France 2009.
33. **Lasfargues G.**
Données de la littérature scientifique sur la violence au travail.
Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2006 ; 67(2) :271-274.
34. **Marie-Thérèse.G.**
Violence au travail : Un modèle d'analyse pour savoir où agir.
atousanté 2017.
<https://www.atousante.com/actualites/violence-au-travail-modele-analyse/#lien1>

35. **Bureau international du travail (BIT).**
Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et moyens de combattre le phénomène.
BIT Genève 2013.
36. **Institut national de recherche et de sécurité (INRS).**
Travail et agressions. Etat des lieux et prévention des risques.
Rapport INRS France, 2003.
37. **Syndicat canadien de la fonction publique.**
Prévention de la violence et du harcèlement au travail, le 24 juillet 2018.
<https://scfp.ca/prevention-de-la-violence-et-du-harcelement-au-travail-0>.
38. **Jasmin S, Erhan D, Gulsen G, Canan G, Sennur D, Gunay S et al.**
Expérience de la violence au travail lors de la formation médicale spécialisée en Turquie.
Médecine du travail 2008; 58: 361 – 366.
39. **Courcy F, Savoie A et Brunet L.**
Violences au travail : Diagnostic et prévention.
Montréal: Presses de l'Université de Montréal 2004.
40. **Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario .**
Developing workplace violence and harassment policies and programs: What employees need to know 2010?
41. **Einarsen S, Hoel H, Zapf D et Cooper C.**
Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice
2011:512.
42. **Institut national de santé publique.**
Le harcèlement sexuel 2012.
<URL:<https://www.inspq.qc.ca/agressionsexuelle/le-harcelement-sexuel>>.
43. **Courcy F et A Savoie.**
L'agression en milieu de travail : QU'EN est-il et que faire?
Gestion 2003 ; 28(2) :19-25.

44. **Chappell D, Di Martino V.**
Violence au travail.
Rapport du BIT, Genève, 2000.
45. **Stanley M, Martin M, S Nemeth, Michel Y, M Welton.**
Examining lateral violence in the nursing workforce.
Issues Ment. Health Nurs 2007; 28(11): 1247-1265.
46. **Blackstock S, B Salami et G.G Cummings.**
Organizational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review.
Journal of Nursing Management 2018; 26 (8): 972-991.
47. **Cantey S. W.**
Recognizing and stopping the destruction of vertical violence .
American Nurse Today 2013; 8 (2): 1-14.
48. **Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier (ONVS).**
Guide relatif de la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en secteur de soins,
Avril 2017.
49. **Boukourt-Taguine C, Semid A.**
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 :1-230.
50. **Arnetz J et al.**
Déterminants organisationnels de la violence au travail Contre les travailleurs hospitaliers
2018 ; 60(8) :693-698.
51. **Courreges C, Pastorino S, Villeneuve M.**
La violence aux urgences : Une fatalité.
Institut de Formation en Soins Infirmiers, centre Hospitalier de Cannes 2003.
<https://www.infirmiers.com/pdf/memoiremarie2.pdf>.

52. Secrétariat général du gouvernement Maroc.

La constitution du Maroc.

Edition 2011, Série documentation juridique marocaine : Maroc p12.

53. 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.

54. 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.

55. 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).

56. 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.

57. 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.

Ministère de la justice et libertés Maroc.

58. Aabdi Y.

La violence en milieu hospitalier pédiatrique à l'hôpital mère-enfant.

CHU Mohamed V de Marrakech 2018 : 1-123.

59. Aden A. Chemaou Elfhri W.

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 : 1-55.

60. Acharhabi N, EL Hamaoui Y, Moussaoui D, Battas O.

Violence envers le personnel soignant au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca.

Esperance médicale 2008 ; 15 (145) : 101- 103.

61. Brik B.

La prévalence de la violence externe envers les professionnelles de santé de la willaya d'El Bayadh 2018 :21-30.

62. L.J Owona , A.A Bita Fouda, J Kamgno, J.I.I Dissongo, J Essimi, A Ngomba et al.

Les violences subies par les personnels de santé à Yaoundé 2018 ; 79(5) :653-661.

63. Hamdan M. Abu Hamra A.

Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals a cross-sectional study.

Human Resources for Health 2015; 13(1):1-9.

64. Cacouault-Bitaud M.

La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ?

Travail, Genre et Sociétés 2001; 5 (1) :91-115.

65. Rasha FA, Morsy KS.

Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt 2017; 26: 21.

66. Abodunrin OL, Adeoye OA, Adeomi AA, Akande TM.

Prevalence and forms of violence against health care professionals in a South-Western city, Nigeria 2014; 2(8):67- 72.

67. Mayhew C, Chappell.

The occupational violence experiences of 400 Australian health workers: An exploratory study.

J Occup Health and Safety 2003; 19(6): 3-43.

68. Kwok RPW, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP et al.

Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong.

Hong Kong Med J 2006; 12(1): 6-9.

69. Anand T, Grover S, Kumar R, Kumar M, Ingle GK.

Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi.

Natl,India 2016;29(6):344-348.

70. Bureau International du Travail.

Workplace violence in the health services.

ILO Fact sheet 2003.

71. Diarra C, Thera JP.

« Enquête sur les agressions contre les agents de santé dans les structures sanitaires de Bamako ».

Thèse de doctorat en médecine N 15M91, faculté de médecine et d'odontostomatologie, université de Bamako, Mali 2015 :1-66.

72. Niedhammer I, David S, Degioanni S, Drummond A et Philip P.

Workplace bullying and sleep disturbances: Findings from a large scale cross-sectional survey in the French working population 2009.

Sleep, 32(9): 1211-1219.

73. 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 ; 12 (2) : 91-98.

74. **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 : 14, 27,29.
75. **Ladhari N, Fontana L, Faict T W, Gabrillargues D, MILLOT–Theis B, Schoeffler C.**
Etude des agressions du personnel du centre hospitalier universitaire de Clermont.
Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail 2004 ; 65(7–8) : 557–563.
76. **Talas M, Kocaoez S et Akguec S.**
A survey of violence against staff working in the emergency.
Department in Ankara, Turkey 2011; 5(4):197–203.
77. **Shields M et Wilkins K.**
Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients.
Rapports sur la santé 2009, Statistique Canada ; 20(2) : n° 82–003–XPF.
78. **Damblemont A, Molenda S, Assez N, Devos P, Goldstein P, Sobaszek A et al.**
Violences aux urgences: Mythe ou réalité ? Etude rétrospective multicentrique départementale.
Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement, 2006 ; 67 (2) : 285–286.
79. **Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M et al.**
Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study 2012; 2(5): 1–10.
80. **Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM et al.**
Violence in the emergency department: a survey of health care workers 1999 Nov 16; 161(10): 1245–1248.
81. **Mohamad Kitaneh et Motasem Hamdan.**
Violence au travail contre les médecins et les infirmières dans les hôpitaux publics palestiniens: Une étude transversale.
Recherche sur les services de santé BMC 2012 ; 12(1): 469.

- 82. Esthyn–Behar M, Duville N, Menini M, Le Foll S, Le Nezet O, Bocher R.**
Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. Résultats de l'enquête européenne PRESST–NEXT.
Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2006 ; 67(2) : 289–290.
- 83. Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier, DGOS–DSR–FG**
Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier.
Février 2011.
www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-hospitalieres.
- 84. Ouédraogo V, Ouédraogo T.Z, Ouédraogo D.D, Ouédraogo L.T, Sawadogo I , Ouédraogo A.**
Violence au travail au CHU de Ouagadougou 2010.
CAMIP.info.
- 85. Bureau International du Travail.**
Workplace violence in the health services.
ILO Fact sheet 2003.
www.ilo.org
- 86. Bué J., Sandré N.**
Contact avec le public : Près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales, enquête SUMER 2003.
Document pour le Médecin du Travail ; 86:161–165.
- 87. 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.
- 88. 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.

- 89. Canbaz S, Dündar C, Dabak F, Sünter AT, Pekfien Y, Cetinoglu EÇ.**
Violence envers les travailleurs des services d'urgence des hôpitaux et des unités de soins médicaux d'urgence à Samsun: une étude épidémiologique. 2008, 14: 239-244.
- 90. Laura Sofield, Susan W. Salmond.**
Workplace Violence: A Focus on Verbal Abuse and Intent to Leave the Organization.
Orthopedic Nursing - July/August 2003; 22 (4): 274 - 283.
- 91. Geneviève Picot.**
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 : 83-100.
- 92. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S.**
Workplace aggressions against healthcare workers: Study of 107 cases September 2006;
67(4): 626-630.
- 93. Caisse nationale de prévoyance sociale.**
Annuaire statistique 2013-2014 : p 83.
- 94. L'observatoire national des violences en milieu de santé.**
Rapport annuel 2014 des données de l'année 2013 France.
- 95. Observatoire National des Violences en Milieu de Santé.**
Rapport annuel 2012. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé France.
- 96. Observatoire National des Violences en milieu de Santé.**
Fiches reflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics 2017, sanitaire et médico-social : 1-30.
- 97. Ferrari .R**
La violence aux urgences, une triste réalité 2013, chapitre 110.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطلح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 015

سنة 2021

العنف و الإعتداء على الأطر الصحية بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/02/24

من طرف

السيدة سناء زرايبي

المزودة في 11 أبريل 1994 بآسفى

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

عنف في العمل - طاقم صحي - عنف لفظي - عنف جسدي - عنف معنوي

اللجنة

الرئيس	السيد	م. أمين
		أستاذ في علم الأوبئة السريرية
المشرف	السيد	ع. هاشمي
		أستاذ في الإنعاش الطبي
	السيد	أ.غ. الأديب
		أستاذ في طب التخدير و الإنعاش
الحكام	السيدة	إ. عدلي
		أستاذة في الطب النفسي

