

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2023

N° 3

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 11 janvier 2023

par

TEMPLIN Nicolas

né le 13/08/1996 à BESANCON

**LA GESTION DE L'AGRESSIVITE AU POLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
BUCCO-DENTAIRES DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG**

Président : Professeur Damien OFFNER
Assesseurs : Professeur Pierre VIDAILHET
Docteur Marion STRUB
Docteur Claire EHLINGER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Florent MEYER
Doyens honoraires : Professeur Maurice LEIZE
Professeur Youssef HAIKEL
Professeur Corinne TADDEI-GROSS
Professeurs émérites : Professeur Henri TENENBAUM
Professeur Anne-Marie MUSSET
Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

| | |
|----------------------|--|
| Vincent BALL | Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés |
| Agnès BLOCH-ZUPAN | Sciences Biologiques |
| François CLAUSS | Odontologie Pédiatrique |
| Jean-Luc DAVIDEAU | Parodontologie |
| Youssef HAÏKEL | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Olivier HUCK | Parodontologie |
| Sophie JUNG | Sciences Biologiques |
| Marie-Cécile MANIERE | Odontologie Pédiatrique |
| Florent MEYER | Sciences Biologiques |
| Maryline MINOUX | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Damien OFFNER | Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale |
| Corinne TADDEI-GROSS | Prothèses |
| Béatrice WALTER | Prothèses |
| Matthieu SCHMITTBUHL | Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie |

Délégation (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

| | |
|----------------------------------|---|
| Youri ARNTZ | Biophysique moléculaire |
| Sophie BAHU-GROSS | Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation |
| Yves BOLENDER | Orthopédie Dento-Faciale |
| Fabien BORNERT | Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation |
| Claire EHLINGER | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Olivier ETIENNE | Prothèses |
| Gabriel FERNANDEZ | Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale |
| DE GRADO | |
| Florence FIORETTI | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Catherine-Isabelle GROS | Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie |
| Nadia LADHARI | Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique |
| <i>Disponibilité (Déc. 2022)</i> | |
| Davide MANCINO | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Catherine PETIT | Parodontologie |
| François REITZER | Odontologie Conservatrice - Endodontie |
| Martine SOELL | Parodontologie |
| Marion STRUB | Odontologie Pédiatrique |
| Xavier VAN BELLINGHEN | Prothèses |
| Delphine WAGNER | Orthopédie Dento-Faciale |
| Etienne WALTMANN | Prothèses |

A Monsieur le Professeur Damien OFFNER,

Président du jury,

A toi Damien, qui as toujours été à la fois un professeur et un ami. Pour ta gentillesse, ton humour et ta franchise, je te dis merci. C'est un honneur de t'avoir comme président pour cette thèse.

A Madame le Docteur Marion STRUB,

Directrice de thèse,

A toi Marion pour avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir accompagné et guidé depuis le début de sa rédaction. Tu as toujours été réactive même à l'autre bout du monde, merci pour tout.

A Madame le Docteur Claire EHLINGER,

Membre du jury,

A vous qui m'avez accompagné dès mes premiers pas en clinique, votre spontanéité et votre bienveillance ont été d'une aide précieuse pour ces débuts. Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury et d'avoir pris le temps de juger mon travail.

Au Professeur Pierre VIDAIHLET,

Membre du jury,

Merci à vous d'avoir accepté de siéger dans ce jury alors que nous venions de deux maisons différentes. C'est un défi d'avoir choisi un sujet qui rejoignait votre spécialité, j'espère que ce manuscrit vous plaira.

A Amélie,

Ma partner in crime de soirée techno. A toi qui as toujours fait plus que ce que l'on espérait de toi, je te remercie de m'avoir montré que l'on peut constamment repousser ses limites. Merci pour ton aide, ton temps et ton soutien pour cette thèse, sans toi je n'en serais pas là. Je te dédie cette thèse.

A ma Mère,

A toi qui donne plus que tu ne reçois, tu es le meilleur exemple que j'ai pu suivre dans ma vie. Merci pour tout l'amour que tu me portes, pour m'avoir soutenu et de toujours avoir été là pour moi. Je t'aime

A mon Père,

A toi qui m'a toujours apporté un soutien infailible, tu as toute ma reconnaissance et j'espère pouvoir te le rendre un jour. Tu as toujours dit que les fruits tomberaient et je crois que je peux dire aujourd'hui qu'ils sont tombés, grâce à toi. Merci infiniment Papa.

A Julie,

La chef cuisinier qui nous réglera toujours avec ses saveurs venant des quatre coins du monde. Merci pour cette incroyable relation frère et sœur et d'avoir cru en moi plus que quiconque, je n'aurais pu espérer mieux. Tu es également un modèle de vie et de sérieux pour moi, tu as toujours eu toute mon admiration. Merci pour tout.

A Sarah,

Je sais que tu ne sais pas pourquoi on peut te remercier ou t'aimer car tu ne te rends pas compte des qualités que tu as alors que tu en débordes. Alors je tiens à te remercier aujourd'hui pour tout ce que tu m'apportes au quotidien, ton empathie, ta douceur, ton énorme soutien, ta curiosité, ton amour pour tout explorer et j'en passe. Je suis tout simplement heureux et fier de me tenir à tes côtés. Je t'aime

A Camille,

Mon Jumono et ma cagette préférée, je ne te remercierai jamais assez pour cette amitié qui dure depuis notre plus jeune âge. Il n'y en a pas deux comme toi et tu me surprendras toujours avec ton grain dans la tête. Nous sommes les jumeaux qu'on aurait dû être, merci de toujours avoir été là pour moi.

A Lucas,

A mon gros lardon qui m'a toujours accompagné. Grâce à toi, j'ai réussi à trouver un miroir. Adeptes des jeux, du sport et de la techno, je n'ai jamais eu à m'ennuyer à tes côtés car tu aimes ce j'aime. Merci mon frère. #BTC

A Lisa,

Merci Toby pour la formidable personne que tu es et pour l'aide que tu m'as apporté. Je me souviendrais toujours de notre duo PACES, sans toi je ne serais peut-être pas en dentaire et c'est donc en partie grâce à toi que je me retrouve ici aujourd'hui, merci pour tout. (Prépare le kite pour qu'on parte enfin pour de nouvelles aventures)

A Tom,

A toi mon frère de sang. On a tellement vécu de choses ensemble que les mangakas en manque d'inspiration seraient jaloux. Merci pour tous ces moments passés avec toi, la primaire, le judo, le lac, le pont, et j'en passe !
Tomilamislama dans plat.

A Stéphane,

Mon cher ami. Merci pour ta sérénité, ta gentillesse et ton écoute et toutes ces belles années passées quasi quotidiennement en ta présence. Tu es un modèle pour moi et j'espère pouvoir continuer à profiter de cette amitié et de nos échanges sans fin jusqu'au petit matin encore longtemps. Merci pour tout, vraiment.

A Seb,

Mon italien préféré. Tu as été un ami et un frère depuis qu'on se connaît et une des plus belles rencontres que j'ai faites ici. Je ne compte même plus le nombre de bons moments qu'on a pu passer ensemble et j'espère pouvoir avoir l'honneur d'en passer avec toi le plus longtemps possible. Et merci d'être mon parrain aujourd'hui !

A thibault,

A toi mon Babtou coloc pour m'avoir supporté pendant toutes ces années en colocation. Tu m'as accueilli chez toi alors qu'on ne se connaissait pas. On a ensuite découvert la vie étudiante ensemble et tu as été un compagnon parfait. Merci fréro.

A Ghita,

A toi qui répond toujours présente quand quelqu'un ne va pas, merci de m'avoir apporté ton soutien quand j'en avais le plus besoin. Merci pour toutes ces aventures et d'avoir supporté mes histoires zigzag infini, tu connais.

A Diane,

Ô grand être à haute concentration en gingembre, merci d'être l'amie que tu es aujourd'hui pour moi. Ne change surtout pas ta joie de vivre et ta motivation pour toujours avoir envie de tout faire, les randos, les repas, les concerts... Tu es un petit soleil qu'on a envie de suivre.

A Ophélie,

A toi qui as toujours aidé tout le monde et moi le premier (que ça soit pendant les études ou cette thèse). Merci pour ta bonne humeur, tes danses et ton énergie, tu auras été une précieuse amie pendant ces années dentaires.

A la Triloc (Stephane, Ghita, Elé, Diane et Tom)

Merci à cette deuxième maison et aux personnes qui en font ou faisaient partie. Merci de m'avoir nourri, logé, blanchi et supporté depuis le début. C'était un privilège et un honneur de vous avoir rencontré. Je vous aime

Au X GANG (Lucas, Pierre, Vincent, François, Arthur L, Nathan, Arthur C, Théo et mon deutsch Niels),

Merci pour toutes ces années inoubliables de rire et de camaraderie !

A la Juijui (Seb, Stéphane, Ghita, Diane, Margot, Lauren, Ophélie, Elisa, Elé, Noémie, Thomas, Gauthier, Miléna, Karen, Tif, Mallau, Claire Zanirofit...)

A nos rencontres et moments de folie, merci à vous !

Et à tous ceux que j'ai pu rencontrer de près ou de loin à Strasbourg durant toutes ces belles années dentaires, merci.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2023

N° 3

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 11 janvier 2023

par

TEMPLIN Nicolas

né le 13/08/1996 à BESANCON

**LA GESTION DE L'AGRESSIVITE AU POLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
BUCCO-DENTAIRES DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG**

Président : Professeur Damien OFFNER
Asseseurs : Professeur Pierre VIDAILHET
Docteur Marion STRUB
Docteur Claire EHLINGER

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION | 11 |
| 2. COMPRENDRE L'AGRESSIVITE DANS LE MONDE DE LA SANTE | 13 |
| 2.1. DEFINITION DE L'AGRESSIVITE AU TRAVAIL DANS LE SECTEUR DE LA SANTE..... | 13 |
| 2.1.1. <i>L'articulation entre les termes violence et agressivité</i> | 13 |
| 2.1.2. <i>Définitions</i> | 13 |
| 2.1.2.1. La définition générale de l'agressivité au travail | 13 |
| 2.1.2.2. La définition de l'agressivité au travail dans le domaine de la santé..... | 14 |
| 2.1.2.2.1. Les agressions verbales et le harcèlement moral ou psychologique..... | 15 |
| 2.1.2.2.2. Les agressions physiques..... | 17 |
| 2.1.2.2.3. Le harcèlement sexuel | 17 |
| 2.1.2.2.4. Les atteintes aux biens | 18 |
| 2.1.2.2.5. Les incivilités : une nouvelle catégorie | 18 |
| 2.1.2.3. Les évènements indésirables..... | 19 |
| 2.2. LES CAUSES DE L'AGRESSIVITE AU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE | 20 |
| 2.2.1. <i>Les facteurs humains et comportementaux</i> | 20 |
| 2.2.1.1. La perception de la prise en charge par les patients | 21 |
| 2.2.1.2. Un temps d'attente jugé excessif | 22 |
| 2.2.1.3. Les règlements de comptes et conflits familiaux..... | 22 |
| 2.2.1.4. La discrimination | 22 |
| 2.2.2. <i>Les facteurs organisationnels et institutionnels</i> | 23 |
| 2.2.2.1. Les structures et leur organisation | 23 |
| 2.2.2.2. La hiérarchie | 23 |
| 2.2.2.3. Secteur public..... | 23 |
| 2.3. LES CONSEQUENCES DE L'AGRESSIVITE AU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE | 24 |
| 2.3.1. <i>Les conséquences sur la victime</i> | 24 |
| 2.3.2. <i>Les conséquences sur l'entourage de la victime</i> | 25 |
| 2.3.3. <i>Les conséquences sur la structure hospitalière</i> | 26 |
| 2.3.4. <i>Les conséquences économiques</i> | 26 |
| 3. ETAT DES LIEUX DE L'AGRESSIVITE AU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE | 28 |
| 3.1. LA CREATION D'OBSERVATOIRES DE L'AGRESSIVITE | 28 |
| 3.1.1. <i>La création d'un Observatoire National des Violences en Santé pour garantir la sécurité au sein des établissements de santé : l'ONVS</i> | 28 |
| 3.1.2. <i>La création de l'Observatoire National de la Santé des Chirurgiens-Dentistes</i> | 30 |
| 3.2. LES METHODES DE RECENSEMENT | 30 |
| 3.2.1. <i>Au niveau national : la méthode de recensement de l'ONVS</i> | 30 |
| 3.2.2. <i>Au niveau régional : la méthode de recensement de l'ARS</i> | 33 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.2.3. | <i>Au niveau local : la méthode de recensement des HUS, NORMEA</i> | 33 |
| 3.3. | LES DONNEES | 35 |
| 3.3.1. | <i>Les données relatives aux auteurs</i> | 35 |
| 3.3.2. | <i>Les données relatives aux victimes</i> | 36 |
| 3.3.3. | <i>Les données relatives à la gravité des agressions</i> | 37 |
| 4. | ENQUETE | 38 |
| 4.1. | OBJECTIFS DE L'ETUDE..... | 38 |
| 4.2. | MATERIELS ET METHODES..... | 38 |
| 4.2.1. | <i>Population cible</i> | 38 |
| 4.2.2. | <i>Élaboration d'un questionnaire</i> | 39 |
| 4.2.3. | <i>Diffusion du questionnaire</i> | 44 |
| 4.2.4. | <i>Recueil des données</i> | 44 |
| 4.2.5. | <i>Traitement des données</i> | 45 |
| 4.3. | RESULTATS | 45 |
| 4.3.1. | <i>Participation</i> | 45 |
| 4.3.2. | <i>Caractéristique de l'échantillon</i> | 45 |
| 4.3.3. | <i>Connaissances relatives aux procédures de signalement des agressions</i> | 47 |
| 4.3.4. | <i>Formation des étudiants et des professionnels interrogés</i> | 48 |
| 4.3.5. | <i>La fréquence à laquelle le personnel hospitalier a été exposé aux situations d'agressivité</i> | 48 |
| 4.3.5.1. | <i>La prévalence de l'agressivité</i> | 48 |
| 4.3.5.2. | <i>L'incidence de l'agressivité</i> | 50 |
| 4.3.6. | <i>Profil des victimes</i> | 50 |
| 4.3.7. | <i>Profils des agresseurs</i> | 52 |
| 4.3.8. | <i>Comportement des étudiants et personnels témoins d'agression</i> | 53 |
| 4.3.9. | <i>Comportement des étudiants et personnels victimes d'agression</i> | 54 |
| 4.3.10. | <i>Facteur(s) déclenchant(s) et/ou aggravant(s)</i> | 55 |
| 4.3.11. | <i>Les analyses descriptives univariées</i> | 56 |
| 4.3.12. | <i>Remarques et témoignages des participants</i> | 57 |
| 4.4. | DISCUSSION | 58 |
| 4.4.1. | <i>Généralités</i> | 58 |
| 4.4.2. | <i>Taille de l'échantillon</i> | 58 |
| 4.4.3. | <i>Profil du personnel hospitalier</i> | 59 |
| 4.4.3.1. | <i>Le genre</i> | 59 |
| 4.4.3.2. | <i>L'âge</i> | 59 |
| 4.4.3.3. | <i>Statut du personnel</i> | 60 |
| 4.4.4. | <i>Le profil des agresseurs</i> | 60 |
| 4.4.5. | <i>Le profil des victimes</i> | 60 |
| 4.4.6. | <i>La prévalence et l'incidence des agressions</i> | 61 |

| | | |
|---------|--|-----------|
| 4.4.7. | <i>Les facteurs déclenchants et/ou aggravants les situations d'agressivité.....</i> | 62 |
| 4.4.8. | <i>Comment les victimes et les témoins d'agression ont-ils réagi ?</i> | 63 |
| 4.4.9. | <i>Quelles suites sont données par le personnel hospitalier agressé ?.....</i> | 64 |
| 4.4.10. | <i>Quels sont les outils pour prévenir et gérer les situations d'agressivité ?</i> | 65 |
| 4.5. | CONCLUSION DE L'ENQUETE | 67 |
| 5. | CONCLUSION..... | 68 |
| 6. | BIBLIOGRAPHIE | 70 |
| 7. | ANNEXES..... | 77 |

TABLE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| FIGURE 1 : QUESTIONNAIRE SUR L'AGRESSIVITE AU POLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRES DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG..... | 44 |
| FIGURE 2 : L'AGE DE LA POPULATION AYANT PARTICIPE A L'ETUDE..... | 46 |
| FIGURE 3 : LE STATUT DES PARTICIPANTS..... | 46 |
| FIGURE 4 : LE POURCENTAGE DE PERSONNE AYANT DÉJÀ SUIVI OU NON UNE FORMATION SUR LA GESTION DE L'AGRESSIVITÉ..... | 48 |
| FIGURE 5 : NOMBRE D'AGRESSION EN FONCTION DU TYPE D'AGRESSION..... | 49 |
| FIGURE 6 : FRÉQUENCES DES DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS LORS DES AGRESSIONS VERBALES. | 49 |
| FIGURE 7 : LA PROPORTION DE VICTIME SELON LEUR GENRE..... | 51 |
| FIGURE 8 : LA PROPORTION (%) DE VICTIME SELON LEUR L'ÂGE. | 51 |
| FIGURE 9 : LA PROPORTION (%) DE VICTIME SELON LEUR STATUT. | 52 |
| FIGURE 10 : ÂGE DES PERSONNES IDENTIFIEES COMME AGRESSEURS. | 52 |
| FIGURE 11 : FRÉQUENCE DES ATTITUDES ADOPTÉES PAR LES VICTIMES LORS D'UNE AGRESSION. | 54 |
| FIGURE 12 : SIGNALEMENT DE LA VICTIME APRÈS AVOIR SUBI UNE AGRESSION. | 55 |
| FIGURE 13 : LES FACTEURS PERÇUS COMME AGGRAVANTS ET/OU DÉCLENCHANTS DES SITUATIONS D'AGRESSIVITÉ. | 56 |
| FIGURE 14 : TEST CONCERNANT LE STATUT. | 56 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MCBD : Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires.

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

BIT : Bureau International du Travail.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ARS : Agence Régionale de Santé

EI : Évènement Indésirable

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé.

ONCD : Organisation Nationale des Chirurgiens-Dentistes.

TPN : Trouble Psychique ou Neuro-psychique.

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire.

CCU-AH : Chef de Clinique des Universités – Assistant des Hôpitaux.

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier.

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.

CDO : Conseil Départemental de l'Ordre.

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière.

1. Introduction

L'agressivité sur le lieu de travail concerne des millions de professionnels dans le monde. Elle est source de conflits et d'inégalités qui menacent le succès et l'épanouissement de l'individu dans son milieu professionnel. Elle touche la quasi-totalité des travailleurs et des secteurs mais affecte particulièrement le domaine de la santé (1). En effet, la violence dans le secteur de la santé représente près d'un quart de l'ensemble de la violence au travail (2).

D'après Jean-Paul Sartre, « la violence, sous quelque forme qu'elle se manifeste, est un échec ». En odontologie, une prise en charge de qualité est basée sur une relation de confiance entre le chirurgien-dentiste et son patient. Pourtant, on rapporte une augmentation des agressions verbales et physiques contre le personnel soignant et non soignant à l'hôpital et dans les cabinets libéraux.

C'est souvent par le biais d'un besoin non exprimé ou non reconnu qu'émerge la souffrance et le mal être, engendrant ainsi des comportements anormaux.

Cependant, le professionnel ne doit pas satisfaire toutes les exigences du patient en acceptant l'inacceptable mais doit y répondre sans que le patient se sente humilié ou frustré (3).

De plus, avec l'augmentation de la fréquence de ces situations d'agressivité en association avec les nouvelles réformes, les contraintes et les tensions professionnelles toujours plus présentes, on observe une baisse significative de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins réalisés par les professionnels de santé. Ces derniers en viennent à s'absenter de façon ponctuelle ou plus régulière, ou même à démissionner afin de quitter ces situations de stress voire de peur. Cela peut mener à une baisse de la quantité et de la qualité des prestations de soins mises à disposition de la population, et à l'augmentation du coût de la santé. (4) (5)

C'est pourquoi dans ce manuscrit, nous nous intéresserons au problème que représente l'agressivité subie par le personnel des établissements de soins et en particulier dans le domaine de l'odontologie. Néanmoins, peu de recherches ont été menées sur le sujet spécifiquement en odontologie. Il sera nécessaire de s'appuyer

sur des recherches relatives à d'autres spécialités médicales (secteur infirmier, secteur psychiatrique...).

Pour ce faire nous tenterons de comprendre l'agressivité dans le monde de la santé au travers d'une revue de la littérature (2), en définissant d'abord en détail la notion d'agressivité, ses causes et ses conséquences. Puis en dressant un état des lieux de l'agressivité envers les professionnels de santé et des professionnels de santé entre eux (3), avec l'explication des méthodes de recensement national, régional et local. Enfin, nous réaliserons une enquête originale auprès du personnel médical et non médical du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires (MCBD) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

2. Comprendre l'agressivité dans le monde de la santé

2.1. Définition de l'agressivité au travail dans le secteur de la santé

2.1.1. L'articulation entre les termes violence et agressivité

Selon certains auteurs, l'agressivité est une caractéristique commune du comportement humain et de la société contemporaine, la violence étant reconnue comme sa forme la plus extrême. Autrement dit, une personne peut être agressive sans être violente, alors que pour être violente, elle doit être agressive à l'extrême (6) (7).

Cependant, du fait de l'usage indifférencié de ces deux termes dans la plupart des ressources bibliographiques citées, la lecture de ce manuscrit sera facilitée par l'utilisation du terme « agressivité » dans son sens le plus large, c'est-à-dire désignant toute déviance par rapport à un comportement perçu comme normal. Le terme de « violence » sera utilisé pour désigner l'agressivité seulement lorsque les sources bibliographiques l'emploient.

2.1.2. Définitions

2.1.2.1. La définition générale de l'agressivité au travail

Dans le milieu professionnel, la définition de la violence au travail a été élaborée par l'Organisation Internationale du Travail (« OIT ») lors du programme conjoint sur la violence au travail dans le secteur de la santé comme comprenant les « [i]ncidents au cours desquels le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans des circonstances liées à son travail, y compris le trajet entre le domicile et le lieu de travail, impliquant un défi explicite ou implicite à sa sécurité, son bien-être ou sa santé » (2).

Le Bureau International du Travail a décidé d'une réunion d'experts pour élaborer un recueil de directives pratiques sur la violence et le stress dans le secteur des services (le « Recueil du BIT»). Le Recueil du BIT définit également la violence au travail comme « [t]oute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail » (8). Le BIT distingue la violence au travail interne « qui se manifeste entre les travailleurs », et la violence externe qui se manifeste « entre les travailleurs [...] et toute autre personne présente sur le lieu de travail ». Cette dernière catégorie de personne peut notamment inclure les patients et leurs accompagnateurs (8). L'analyse de ce manuscrit traitera de ces deux formes d'agressivité, en se concentrant sur l'agressivité envers le personnel hospitalier et entre les membres du personnel.

2.1.2.2. La définition de l'agressivité au travail dans le domaine de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (« OMS ») définit quant à elle la violence au travail comme étant « [l]'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence » (9). D'une part, cette définition se concentre sur l'aspect intentionnel de l'agressivité, excluant ainsi tout évènement accidentel. C'est cette approche que notre analyse se proposera d'adopter. D'autre part, selon l'OMS, la violence s'entend aussi de celle que l'on peut exercer contre soi-même (suicide ou autres sévices auto-infligés). Nous aborderons dans ce travail, l'agressivité contre les personnels et des personnels entre eux mais pas du personnel contre lui-même.

Plus précisément, l'OMS définit l'agressivité envers les professionnels de santé qui influe sur les prestations de soin comme « tout acte de violence verbale ou physique, d'obstruction ou de menace de violence qui interfère avec la disponibilité, l'accès et la prestation de services de santé curatifs et/ou préventifs en situation d'urgence. Les

types d'attaques varient selon les contextes et peuvent aller de la violence physique aux menaces psychosociales et à l'intimidation » (10).

Appliquée au clinicien, l'agressivité (« *disruptive behaviour* ») a été définie comme tous les actes d'un clinicien interférant avec la conduite ordonnée des activités de l'hôpital, des soins aux patients aux travaux des comités, y compris les comportements interférant avec la capacité des autres à remplir efficacement leurs fonctions ou qui sapent la confiance d'un membre de l'équipe soignante ou même d'un patient (11).

L'agressivité au travail dans le domaine de la santé peut prendre plusieurs formes : la violence verbale, la violence physique, et le harcèlement sexuel (12). L'agressivité peut également se manifester par des atteintes aux biens (vol, dégradations du matériel, ...). Les incivilités ont également été conceptualisées comme un type spécifique d'agressivité (13).

Il s'agit désormais de préciser ces différentes catégories d'agressivité rencontrées dans le domaine de la santé que sont les atteintes aux personnes (agressions verbales/physiques et le harcèlement sexuel), les atteintes aux biens, les « incivilités ». L'ensemble de ces catégories sont appelées « événements indésirables », à des fins de signalement.

2.1.2.2.1. Les agressions verbales et le harcèlement moral ou psychologique

Comme son nom l'indique et comme cela a été souligné par plusieurs auteurs, la violence verbale correspond au fait d'agresser, dominer, ridiculiser et manipuler une personne par l'usage de la parole au point d'avoir un impact négatif sur sa santé psychologique (7) (12) (14).

L'OIT définit la violence psychologique comme « l'[u]sage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel, moral ou

social ». Cette définition vise « les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces » (2)

Plus précisément, l'OIT rapporte que l'insulte consiste en un « [c]omportement humiliant, dégradant ou témoignant autrement d'un manque de respect pour la dignité et la valeur d'une personne », que l'intimidation se caractérise par un « [c]omportement répété et, à la longue, insultant se manifestant par des tentatives vindicatives, cruelles ou malveillantes visant à humilier ou déstabiliser un employé ou des groupes d'employés », et que le harcèlement est une conduite fondée sur des caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, la race ou la religion par exemple, qui porte atteinte à la dignité des individus au travail (2).

Au niveau national, le harcèlement moral au travail est défini dans le Code pénal à l'article 222-3-2 comme le « fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel », ainsi que dans le Code du travail à l'article L1152-1 comme des « agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (15) (16). En revanche, si l'insulte, l'intimidation et les menaces sont réprimées par le Code pénal, celui-ci n'en donne pas de définition précise. Il convient finalement de préciser qu'elles peuvent être directes (face à face) ou indirectes (par lettre, par mail ou par téléphone) (7).

L'agression psychologique est un phénomène ancien et très répandu sur les lieux de travail, il est notamment causé par la détérioration des relations interpersonnelles ainsi que par des dysfonctionnements organisationnels. Plusieurs facteurs ont été identifiés, notamment la discrimination fondée sur le sexe, la religion, l'origine ethnique, l'âge, la nationalité, le handicap, l'orientation sexuelle ainsi que des raisons socio-économiques (17).

2.1.2.2.2. Les agressions physiques

L'OIT définit la violence physique comme « [l'u]sage 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 » (2). L'agressivité physique peut être directe ou indirecte, effectivement elle comprend les gestes menaçants ou intimidants comme le fait de bloquer le passage physiquement ou de refuser d'intervenir physiquement lors d'un accident. (7)

En milieu professionnel, il s'agit de « tout acte qui menace directement (coup de poing, morsure, crachat, insulte) ou indirectement (témoin d'agression, otage) la sécurité, l'intégrité physique et le bien-être psychologique d'un ou plusieurs employés dans l'exercice de sa/leur profession » (18). Il existe ainsi plusieurs exemples de situations d'agressivité physique :

- frapper (coup de poing ou pied, gifle),
- agripper (par les vêtements par exemple),
- bousculer ou pousser une personne,
- mordre,
- cracher sur une personne,
- lever la main ou un objet dans un geste menaçant ou intimidant,
- bloquer physiquement le passage,

2.1.2.2.3. Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel au travail a notamment été défini comme une action non souhaitée, délibérée ou non, qui crée un environnement de travail hostile pour le travailleur. Il a également été noté que le harcèlement sexuel interfère avec les performances professionnelles d'un individu et crée une atmosphère d'intimidation entraînant un manque de concentration pour la victime (19) (20).

Le Code pénal (article 222-33) et le Code du travail (article L1153-1) définissent le harcèlement sexuel comme « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ». Selon ces textes, « [e]st assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers » (15) (21).

Le Code du travail amène depuis 2015, la notion d'agissement sexiste : « Nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant » (22).

Certains comportements pouvant constituer un harcèlement sexuel ont été énumérés. Il peut s'agir de comportements tels que des blagues, histoires, remarques ou voyeurisme humiliants et offensants à connotation sexuelle, des regards ou des gestes physiques suggestifs, des organes génitaux exposés, des cadeaux à connotation sexuelle ou des demandes d'examens physiques inappropriés, des pressions pour obtenir des rendez-vous (12).

2.1.2.2.4. Les atteintes aux biens

Les atteintes ou menaces d'atteintes aux biens sont définies comme toutes actions de destruction, dégradation, détérioration, d'inscriptions, de traces, de dessins, signes et le vol d'un bien destiné à l'utilité ou à la décoration publique et qui appartient à une personne publique ou une personne chargée d'une mission de service public (23) (24).

2.1.2.2.5. Les incivilités : une nouvelle catégorie

Les incivilités sont définies de manière générale comme « des actes humains, et les traces matérielles qu'ils laissent, perçus comme des ruptures des codes élémentaires

de la vie sociale (la politesse par exemple), des insultes, bruits, odeurs, ou encore des actes de petit vandalisme (tags, boîtes aux lettres abîmées, vitrines brisées, etc.) » (25). Cette forme d'agressivité a d'ailleurs été définie par la Commission des lois du Sénat comme désignant « les désordres et comportements d'inconduite qui, sans être expressément visés par le code pénal, constituent des manquements aux règles élémentaires de vie en société : nuisances sonores, dégradations, manque de respect. » (26).

Appliquée au lieu de travail, l'incivilité est définie comme l'expression par l'auteur, d'une impolitesse et d'une discourtoisie de faible intensité, avec l'intention ambiguë de nuire à la cible. Elle représente une violation des normes de respect et de considération dans les interactions interpersonnelles sur le lieu de travail et se produit souvent en présence d'autres personnes (7) (27).

2.1.2.3. Les évènements indésirables

Selon l'Agence Régionale de Santé (« ARS »), les évènements indésirables (« EI ») sont des évènements « exceptionnels et dramatiques survenus dans les établissements de santé et médico-sociaux, et qui pourraient menacer la santé ou compromettre la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure ». Cette notion recoupe toutes les catégories d'agressivité. Il s'agit simplement du terme choisi pour désigner les situations d'agressivité dans le cadre d'un signalement.

Ainsi, ces évènements peuvent être relatifs tant à la santé (situations de maltraitance ayant une conséquence directe sur la santé et la sécurité, notamment les violences physiques ou psychologiques), qu'à la sécurité (vols récurrents à l'encontre des patients ; actes de malveillance au sein de l'établissement) ; et concerner le fonctionnement de l'établissement (conflits sociaux) (28).

2.2. Les causes de l'agressivité au travail dans le domaine de la santé

Le Rapport 2020 de l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (« ONVS ») (29) énumère diverses causes d'agressivité dans ce milieu professionnel, et identifie trois catégories principales. Pour ce travail, nous nous pencherons sur deux de ces catégories : les facteurs humains (2.2.1) et les facteurs institutionnels et organisationnels (2.2.2). Cette section suivra cette classification générale, tout en adoptant une sous-catégorisation propre afin de n'adresser que les causes applicables à la dentisterie et d'inclure une bibliographie plus large.

Les comportements agressifs sont plurifactoriels. Ils résultent de la combinaison de l'histoire clinique et individuelle du patient, de sa souffrance et son état au moment où il devient agressif, de l'ambiance du service, et d'autres circonstances extérieures (30).

2.2.1. Les facteurs humains et comportementaux

Certains auteurs expliquent l'augmentation de la violence au travail dans le domaine de santé par une augmentation de la consommation de substances illicites, du manque d'éducation, de l'intolérance, et du manque de respect qui se sont généralisés dans certaines sociétés individualistes (31). Cela se reflète d'ailleurs dans les différentes catégories recensées, qui sont détaillées dans la partie suivante.

2.2.1.1. La perception de la prise en charge par les patients

Un des facteurs susceptibles de générer de l'agressivité dans le milieu de la santé est le reproche relatif à la prise en charge. Il est associé à plusieurs facteurs sous-jacents (32) (33) (34) :

- un état second : le fait d'être sous l'emprise ou sous l'effet du manque d'alcool ou de stupéfiants génère des comportements agressifs « en raison d'une perception tronquée de la réalité de la prise en charge » ;
- une impatience et/ou une incompréhension du fonctionnement du service ou encore des droits et devoirs des patients et accompagnants et un manque de civisme, être sans gêne, croire que tout est dû ;
- le non-respect des prescriptions médicales et des soins à suivre ;
- le défaut de prise en charge reproché aux soignants et l'incompréhension ou un refus du résultat de la (non) prise en charge (refus de quitter l'établissement par exemple) ;
- la valeur esthétique associée au visage, qui a pour conséquence que toute erreur de la part d'un dentiste peut déclencher la rage et la colère des patients, ce qui conduit à des incidents violents ;
- la sénilité ;
- les troubles mentaux ;
- les personnes désemparées qui perçoivent le personnel comme impoli ou indifférent ;
- la peur ;
- la baisse du rendement au travail ;
- les antécédents d'agression ;
- la dépression ;
- le désir de faire du mal à ses collègues ;
- l'obsession d'une personne en particulier ;
- la faible tolérance à la frustration
- les antécédents de conflits interpersonnels.

2.2.1.2. Un temps d'attente jugé excessif

Le temps d'attente est un facteur d'agressivité contre le personnel soignant, en particulier les chirurgiens-dentistes (32). Cela s'explique notamment par le fait que la douleur dans l'attente d'être pris en charge (parfois de plusieurs jours) suscite l'impatience du patient et aboutit à l'agressivité (35).

L'ONVS précise que le temps d'attente est également un des motifs de violence les plus rapportés en France. Il concerne à la fois « le soin immédiat que le patient attend du professionnel qu'il est venu consulter ou encore le service qu'il est venu chercher, mais aussi le soin ou le service pour lequel un rendez-vous sera accordé dans un temps futur. » (35) (32).

2.2.1.3. Les règlements de comptes et conflits familiaux

Les établissements de santé et leurs abords peuvent être le lieu de règlements de compte soit parce que les protagonistes s'y trouvent pour être soignés après une agression, soit parce qu'un usager ou un personnel est recherché par un agresseur potentiel. Ils sont parfois aussi le lieu même du différend, qui peut aboutir à une altercation physique (29) (33).

2.2.1.4. La discrimination

De manière générale, les personnes issues de milieux minoritaires présentent un risque accru d'exposition aux agressions sur le lieu de travail, en particulier le harcèlement et la discrimination. Ce serait particulièrement le cas lorsque ces individus ont une caractéristique physique évidente. Ensemble, ces tendances perceptuelles pourraient activer les stéréotypes et les préjugés dans l'esprit et encourager à agir en fonction de ces stéréotypes. Ceci pourrait donc être la source de harcèlement et de discrimination chez les auteurs de violences. En outre, la littérature sur le racisme suggère que ces tendances - que tout membre d'un groupe ethnique peut avoir - ont un effet relativement pire sur les groupes qui ont moins de pouvoir (36) (37) (38).

2.2.2. Les facteurs organisationnels et institutionnels

2.2.2.1. Les structures et leur organisation

Les structures et leur organisation jouent aussi un rôle dans les causes relatives à l'émergence de l'agressivité. En effet, la faiblesse de l'aménagement et la conception des locaux ; la sécurité des lieux et du matériel ; l'accueil et la gestion de la fluidité des patients et des résidents. De plus, il existe un risque élevé d'agression dans certains services, notamment les urgences, où les patients sont susceptibles d'éprouver des niveaux élevés de frustration, de détresse, de déficience cognitive ou d'excitation (35)

2.2.2.2. La hiérarchie

La situation d'agressivité peut impliquer un personnel et son supérieur hiérarchique. Différents facteurs entrent alors en jeu comme l'abus de pouvoir si les agresseurs sont les supérieurs hiérarchiques, mais également le manque d'expérience des victimes quand celles-ci sont des juniors. Effectivement les jeunes professionnels sont moins expérimentés en matière de gestion des agressions et de désescalade des situations sous tension, en particulier lorsque les auteurs de l'agression sont des supérieurs hiérarchiques ou des collègues avec plus d'ancienneté. On parle également de « hiérarchie de l'ancienneté » (6) (32) (39).

Ces réflexions s'appliquent également aux relations étudiants-enseignants. Les étudiants en santé signalent peu ce type d'abus. Ils redoutent la dégradation de la relation avec l'auteur de l'agression et donc un impact négatif sur leur apprentissage et leur carrière (40).

2.2.2.3. Secteur public

L'influence du cadre de travail sur l'expérience de l'agression au travail a fait l'objet d'une certaine attention dans la littérature médicale et dans celle des professions de santé en général (6). Il s'agit notamment du travail dans le secteur public par rapport au secteur privé : en effet le secteur public constitue un risque spécifique d'agression

sur le lieu de travail (41). Cela reflète les données de la littérature de recherche plus large sur le personnel du secteur public qui connaît des niveaux plus élevés d'agression de la part des clients/patients et des collègues que les employés du secteur privé (42).

2.3. Les conséquences de l'agressivité au travail dans le domaine de la santé

L'agressivité au travail dans le domaine de la santé est associée à des conséquences néfastes tant sur la victime (2.3.1) que sur la structure hospitalière elle-même (2.3.2). L'économie de manière générale s'en trouve également affectée (2.3.3).

2.3.1. Les conséquences sur la victime

L'agressivité au travail peut entraîner un traumatisme physique et mental pour les victimes. Ce traumatisme peut se manifester par (6) (35) (43):

- Des atteintes physiques : décès ¹, blessures, maladies (coronaires, certains types de cancer), troubles psychosomatiques, migraines, ulcères à l'estomac, allergies ;
- Des atteintes psychologiques : anxiété, stress, burn-out, irritabilité, symptôme post-traumatique, maladies mentales, insomnie, difficultés à se concentrer, baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, apathie/baisse d'intérêt pour le travail, baisse de motivation et d'implication, diminution de la satisfaction, adoption de comportements à risque et d'une mauvaise hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation, activité physique), tendance à s'isoler socialement, se sentir vulnérable, scepticisme vis-à-vis de l'aide proposée pour traiter les conséquences de la violence.

¹ La violence est d'ailleurs la troisième cause de décès sur le lieu de travail (44)

En outre, dans les cas où certaines de ces atteintes mènent à un burn-out, une démission ou un licenciement, la victime peut se trouver en difficulté ou dans l'impossibilité de trouver un nouvel emploi. L'agressivité peut donc avoir une conséquence à long-terme sur son salaire, sa carrière et ses perspectives professionnelles et personnelles.

Le harcèlement sexuel porte d'abord atteinte à la dignité de la personne qui en est victime. Ce comportement entrave également sa capacité à faire correctement son travail. Ainsi, si le soignant est victime de harcèlement sexuel, ses patients risquent de subir des dommages car la difficulté de concentration empêche le soignant de respecter ses obligations de soins. Dans une relation employé/employeur, ce type de harcèlement résulte en une influence injustifiée et restreint ainsi la liberté de la victime. Des problèmes physiologiques peuvent également survenir comme des : maux de tête, gastrites, nausées, vomissements, épuisements et troubles du sommeil. À ces conséquences peuvent s'ajouter des troubles émotionnels, comme une nervosité prononcée, une perte de concentration et des sentiments de culpabilité, de honte, d'embarras, de colère et une baisse de l'estime de soi (45).

Plusieurs facteurs peuvent aggraver ces conséquences :

- La durée de l'exposition à l'agressivité (31),
- L'exposition répétée à l'agressivité (5).

La plupart du temps, les conséquences de la violence passent inaperçue ou ne sont pas suffisamment prises en compte (46).

2.3.2. Les conséquences sur l'entourage de la victime

Une agression peut affecter de façon indirecte les proches de la personne agressée, même si l'expérience de la victime ne peut pas être comparée à celle de son entourage (47). La victime peut par exemple développer des comportements obsessionnels post-traumatiques, ce qui peut devenir irritant pour son entourage et dégrader les relations interpersonnelles. Dans le cas du harcèlement sexuel, les relations interpersonnelles entre les hommes et les femmes peuvent être affectées (5). L'agressivité peut aussi

générer la peur chez les personnes qui en sont témoins ou qui sont proches de la victime ; peur d'une nouvelle agression de la victime ou peur d'être agressées à leur tour (5).

2.3.3. Les conséquences sur la structure hospitalière

Diverses conséquences de l'agressivité peuvent affecter la structure hospitalière, telles que (5) :

- l'absentéisme,
- la rotation et transfert de personnel,
- la baisse de la productivité
- la baisse de la qualité des soins,
- des effets négatifs sur l'innovation et la recherche,
- altération de l'ambiance et de la cohésion au sein de la structure hospitalière,
- l'altération de l'image de la structure,
- la nécessité de remédier aux situations d'agressivité (campagnes de prévention, formations, mise en œuvre de procédures, mise en place de systèmes de sécurité, ...)
- des procédures judiciaires,
- des pertes financières.

2.3.4. Les conséquences économiques

La violence altère les prestations offertes par les services de santé, notamment en entraînant de façon indirecte une baisse de la qualité de l'accueil et des soins et une baisse de la productivité liée à l'augmentation des absences et des démissions des professionnels. Cela peut aboutir à une réduction des services mis à la disposition de la population et une hausse des coûts de la santé. En effet, des études montrent que la violence pourrait être la cause de 30% de l'ensemble des dépenses liées aux maladies et aux accidents sur le lieu de travail (48). Il apparaît que les coûts engendrés par la violence ne sont généralement pas supportés par les personnes ou par

l'établissement de manière individuelle, mais vont être redistribués et donc supportés plus généralement par la société (5).

3. Etat des lieux de l'agressivité au travail dans le domaine de la santé

3.1. La création d'observatoires de l'agressivité

3.1.1. La création d'un Observatoire National des Violences en Santé pour garantir la sécurité au sein des établissements de santé : l'ONVS

À titre liminaire, il convient de préciser que la violence est souvent sous-déclarée (49). L'Observatoire National des Violences en Santé a été créé en 2000 par une circulaire sur la prévention et l'accompagnement des situations de violence, autour de différents axes (50) :

- formations à la conduite de projet ou visant à renforcer les compétences des agents en matière de prévention des phénomènes de violence ;
- mesures d'amélioration de l'accueil visant à diminuer l'agressivité ;
- mise en place d'équipements de sécurité, lorsque le diagnostic le justifie ;
- renforcement des personnels d'accueil et de sécurité pour exercer les missions permanentes d'accueil et de sécurité.

Le meurtre d'une aide-soignante et d'une infirmière par un patient survenu en décembre 2004 à l'hôpital de Pau montre les carences en matière de lutte contre l'agressivité en milieu de santé (51). Cet évènement tragique motive la rédaction de deux textes visant à renforcer l'ONVS (52) :

- la circulaire du 11 juillet 2005 instaurant une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (53);
- un protocole national signé le 12 août 2005 entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur mettant en avant le nécessaire rapprochement

entre l'hôpital et les forces de l'ordre pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés (54).

Ce dernier protocole a été modifié et complété par celui du 10 juin 2010 auquel s'est associé le ministère de la justice. Parmi ses dispositions : la désignation d'un interlocuteur privilégié pour l'hôpital, la facilité donnée aux personnels hospitaliers victimes de violence pour déposer plainte, l'établissement d'un système d'alerte privilégié, la possibilité de diagnostic de sécurité par les services de police ou de gendarmerie au bénéfice de l'établissement. Ce protocole national pour les établissements de santé a été transposé au profit des professionnels de santé par le protocole national du 20 avril 2011 avec les 3 ministères (santé, intérieur, justice) (52). L'ensemble de ces textes constitue les accords « santé-sécurité-justice ».

L'ONVS a ainsi pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. L'ONVS procède également à des actions sur le terrain. En effet, les établissements de santé sollicitent régulièrement son appui technique, soit à la suite de la survenance d'événements violents, soit dans le cadre d'un projet de restructuration. L'Observatoire se rend également sur l'ensemble du territoire national, ce qui lui permet, au-delà des recommandations et préconisations dispensées, de rencontrer et de sensibiliser les acteurs de terrain. Il participe également à des conférences sur diverses thématiques (52).

Chaque année, l'ONVS rédige un rapport se basant sur les données de l'année précédente, qu'il collecte au niveau national dans les établissements publics comme privés. Entre 2017 et 2020, le nombre de signalements d'évènements indésirables a augmenté : l'ONVS rapporte 17 590 signalements en 2017 (34) contre 23 780 en 2020, soit une augmentation de 35% en 3 ans (35). Cependant, il est important de faire attention à l'analyse brute des données, le rapport ne reflétant pas nécessairement l'augmentation des dangers d'un lieu de soin, mais seulement le nombre de fois où le personnel a tenu à signaler les faits. Donc l'augmentation des signalements d'une année à l'autre ne reflète pas nécessairement une augmentation de la violence (29).

Malgré tout, ces chiffres peuvent être utiles dans la mesure où ils aident l'observatoire et les établissements de santé à cibler les différentes mesures de diminution et de minimisation de l'agressivité.

3.1.2. La création de l'Observatoire National de la Santé des Chirurgiens-Dentistes

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas spécifiquement recensés dans les rapports de l'ONVS (28). C'est pour cela, et au vu des chiffres préoccupants sur les troubles musculo-squelettiques et les difficultés psychologiques dans la profession dentaire que le syndicat « Chirurgiens-Dentistes de France » a créé l'Observatoire National de la Santé des Chirurgiens-Dentistes en 2010. Cet observatoire a deux missions principales :

- réaliser et tenir à jour un état des lieux de la santé des praticiens, de leurs conditions de travail et des troubles pouvant entraîner l'arrêt prématuré de leur exercice professionnel,
- surveiller ces phénomènes et dégager des mesures de prévention, qui soient des solutions concrètes permettant de limiter ces effets sur la santé des chirurgiens-dentistes.

3.2. Les méthodes de recensement

Les méthodes de recensement existent à trois niveaux : national (3.2.1), régional (3.2.2), et local (3.2.3).

3.2.1. Au niveau national : la méthode de recensement de l'ONVS

L'ONVS recense, centralise et remonte les événements d'incivilités et de violences (atteinte aux biens et aux personnes) subis tant dans les établissements de santé que chez les professionnels de santé libéraux sur la base du volontariat depuis 2005. L'Observatoire a modifié sa méthode de signalement en créant une nouvelle

plateforme de signalement en 2012 accessible *via* une application internet, « plateforme-signalement ONVS » disponible sur le site de l'ONVS et celui de l'Organisation National des Chirurgiens-Dentistes (« ONCD ») à l'adresse suivante : <https://onvs.fabrique.social.gouv.fr/> (52). Les informations recueillies sont transmises directement à l'ONVS et à l'Ordre départemental qui le transmettra ensuite à l'Ordre national. La victime peut choisir de rester anonyme. Ainsi, dans les cas où elle donne ses coordonnées, un référent « violence » du Conseil Départemental de l'Ordre dont il dépend pourra la contacter et l'accompagner pour des besoins d'écoute, de conseils ou d'aide juridique.

Un signalement effectué *via* ce portail de signalement ne constitue en aucun cas une plainte, et n'a donc aucune valeur juridique. C'est pourquoi, il devrait être systématiquement accompagné d'un dépôt de plainte. En effet, il est important de rappeler que les agressions physiques et verbales peuvent constituer une infraction, y compris lorsqu'il ne s'agit « que » d'injures et de menaces, et sont passibles de sanctions.

Le recensement des signalements se base sur une échelle de gravité reprenant les événements violents tels que classifiés dans le Code pénal. Ils sont classés d'abord selon qu'il s'agisse d'atteintes aux biens ou aux personnes, puis par niveau de gravité (35). S'agissant des atteintes aux biens, elles portent sur des infractions liées aux biens personnels ou de l'État, réprimées par le livre III du Code pénal (23). L'ONVS prévoit plusieurs niveaux d'atteintes (29) :

- niveau 1 : vols sans effraction, les dégradations légères, les dégradations de véhicules dans l'établissement (hors véhicules brûlés), les tags, les 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 dans l'établissement), vols à main armée ou en réunion.

S'agissant des atteintes aux personnes, elles concernent des infractions portant atteinte à l'intégrité psychique ou physique d'une personne et sont réprimées par le livre II du Code pénal (55). L'ONVS prévoit plusieurs niveaux d'atteintes (29) :

- 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.).

Par exemple, dans le cas d'un signalement avec trois personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2), dont deux sont frappées à coups de poings (niveau 3), la 3^{ème} avec une arme (niveau 4) et une victime d'un vol (niveau 1). Cela fait donc un signalement comprenant deux atteintes (une aux personnes et une aux biens), cinq actes/faits (quatre actes/faits d'atteintes aux personnes et un acte/fait d'atteinte aux biens) et trois victimes. Le signalement sera classé par le fait le plus grave, c'est-à-dire le signalement de niveau 4 dans cet exemple.

« D'une façon générale, l'outil informatique de recensement des violences ne présente un intérêt que si l'établissement se lance dans une véritable politique d'analyse objective des causes de violences et d'incivilités exprimés notamment dans les signalements [...] » décrit le rapport 2020 de l'ONVS (35).

3.2.2. Au niveau régional : la méthode de recensement de l'ARS

Les agences régionales de santé sont dotées de permanences de signalement d'évènements indésirables qui fonctionnent tous les jours et à toute heure. Elles sont destinées aux professionnels de santé, aux cadres des établissements de santé, médico-sociaux et des collectivités de vie, et aux services de l'État, collectivités territoriales et ordres professionnels. Les incidents peuvent être signalés par téléphone ou par mail au service de permanence de l'ARS :

- immédiatement pour les situations les plus graves ;
- sous 48 heures maximum pour les autres événements ;
- par téléphone, dans un premier temps, puis par écrit (via une fiche de signalement) ;
- tout signalement nécessitant une réponse urgente doit être doublé d'un appel téléphonique.

Les coordonnées de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires sont disponibles sur le site internet de chaque ARS. Sur le site de l'ARS du Grand-Est, il existe une rubrique intitulée « Alerter, signaler, déclarer », au sein de laquelle il est possible de déclarer *via* un formulaire téléchargeable (**Annexe 1**) :

- une situation de maltraitance envers les usagers (situation de violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, vol, ...) ;
- un comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure (situation d'agressivité, violence physique, menaces, agression sexuelle) ainsi qu'un manquement grave au fonctionnement du règlement (non-respect des règles de vie, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux).

3.2.3. Au niveau local : la méthode de recensement des HUS, NORMEA

Pour le recensement d'évènements indésirables, les Hôpitaux Universitaire de Strasbourg ont créé leur propre plateforme de signalement, NORMEA. Celle-ci est disponible sur le portail intra-HUS accessible à tout le personnel hospitalier de

Strasbourg. Lors de la survenue d'un EI, n'importe quel agent du Pôle médical et non médical peut le déclarer en remplissant la fiche de signalement NORMEA.

Cette fiche est composée de quatre parties à remplir par la victime :

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>Description générale</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Numéro de l'EI, - date du signalement ; - nom, fonction et UF du signalant ; - type de signalement ; - domaine (ex : Pôle MCBDD). |
| <p>Description de l'EI</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Date de l'EI ; - première personne concernée avec son nom, prénom, date de naissance ; - deuxième personne concernée avec son nom, prénom, date de naissance ; - lieu de survenue de l'EI. |
| <p>Signalement</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Description succincte et précision des faits (des pièces jointes peuvent y être ajoutées) ; - conséquences sur la victime ; - actions mises en place immédiatement ; - actions correctives proposées |
| <p>Cotation du signalement</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Par gravité : 1-mineure : sans dommage pour le patient ou le personnel ou sur les biens, faible impact sur la mission) ; 2-significative : peu ou pas de dommages pour le patient ou le personnel ou sur les biens, impact sur la mission/retard, solution dégradée, désorganisation ; 3-majeure : dommages réversibles pour le patient ou le personnel ou sur les biens, impact sur la performance de la mission ; 4-catastrophique : pronostic vital engagé ou invalidité permanente voire décès du patient ou du personnel, échec de la mission. |

| | |
|--|---|
| | <p>- Par fréquence :</p> <p>1-très rare : 1^{er} incident de ce type ;</p> <p>2-rare : moins d'une fois par mois ;</p> <p>3-peu fréquent : une fois par mois ;</p> <p>4-fréquent : une fois par semaine ;</p> <p>5-très fréquent : une fois par jour.</p> |
|--|---|

Une fois le signalement édité, un mail est automatiquement envoyé aux membres du copil qualité du Pôle qui prévient la survenue d'un EI signalé dans le domaine de risque et invite à le prendre en charge. Les membres vont alors prendre en charge le signalement en respectant différentes étapes :

- la pré-analyse : rédaction d'un commentaire (facultatif) ;
- le traitement (plus important) : les membres rédigent le rapport de l'EI et peuvent changer la cotation après analyse du rapport ;
- la clôture : en faisant un commentaire (facultatif).

Ensuite, l'EI est enregistré par le service qualité qui pourra ensuite faire des rapports.

3.3. Les données

3.3.1. Les données relatives aux auteurs

La violence peut provenir des patients, de leur famille, d'étrangers, de médecins, de superviseurs et de collègues de travail (56). En 2019, l'ONVS rapporte que 23 390 auteurs d'atteintes aux biens et aux personnes ont été recensés dont 70% sont des patients, 18% des accompagnateurs et visiteurs et 3% des personnels de santé (les 8% restants ont été classés comme « autres »).

Quatre catégories d'auteurs ont été identifiées pour permettre de cerner les causes de violence afin de mieux en organiser la prévention et la gestion :

- les personnes marginales ou dans un état second (alcool/stupéfiant), et les personnes au comportement délinquant sont le plus souvent recensées dans les signalements ;
- la violence exercée par « M. et Mme Tout-Le-Monde » qui semble être la plus marquante. Ils sont en effet le fruit d'une société de plus en plus individualiste, affectant tous les secteurs rendant un service à la société, surtout les établissements de santé ;
- les personnes souffrant de TPN (Trouble Psychique ou Neuropsychique) altérant leur discernement (totalement ou partiellement) ;
- la violence par ou entre les professionnels de santé (qui représente 3% de l'ensemble des violences recensées).

3.3.2. Les données relatives aux victimes

En 2019, l'ONVS recense 6 363 victimes d'atteintes aux biens et 34 922 victimes d'atteintes aux personnes. 82% des victimes d'atteintes aux personnes sont des personnels de santé. Parmi ces victimes, 94,5% sont des professionnels de santé et 5,5% sont des personnels administratifs. Les patients représentent quant à eux 11% des victimes d'atteintes aux personnes, les agents de sécurité 4%, les visiteurs 1% (29). Les données recueillies comportent également l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience professionnelle.

3.3.3. Les données relatives à la gravité des agressions

L'ONVS a classé les atteintes par échelle de gravité. S'agissant des atteintes aux personnes :

- la violence physique (niveau 3) représente 49% des déclarations,
- les insultes et injures (niveau 1) représentent 31%,
- les menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niveau 2) représentent 18%,
- les violences avec arme (niveau 4) représentent 2%.

S'agissant des atteintes aux biens :

- les dégradations légères et vols sans effractions (niveau 1) représentent 91%,
- les dégradations sévères et incendies volontaires (niveau 3) représentent 4%,
- les vols avec effraction (niveau 2) représentent 3%.

4. Enquête

4.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de déterminer la fréquence à laquelle les personnels et stagiaires du Pôle Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg sont exposés à des situations d'agressivité.

Les objectifs secondaires étaient de :

- déterminer quels types d'agression sont les plus fréquents,
- le profil des victimes,
- le profil des auteurs d'agression,
- les potentiels facteurs déclenchants ou aggravants.

4.2. Matériels et méthodes

4.2.1. Population cible

La population cible de l'étude était composée :

- des externes (étudiants en formation initiale de la 4^e année à la 6^e année d'étude de chirurgie dentaire à Strasbourg),
- des internes de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg,
- des assistantes dentaires du Pôle MCBD des HUS,
- des manipulateurs/trices en électroradiologie du Pôle MCBD des HUS,
- des agents de la régie du Pôle MCBD des HUS,
- des attaché(e)s hospitaliers du Pôle MCBD des HUS,
- des AHU, CCU-AH du Pôle MCBD des HUS,
- des MCU-PH du Pôle MCBD des HUS,
- des PU-PH du Pôle MCBD des HUS,
- des praticien(ne)s hospitaliers du Pôle MCBD des HUS.

4.2.2. Élaboration d'un questionnaire

Afin de répondre aux objectifs principaux et secondaires, un questionnaire unique en version papier a été spécialement construit pour l'ensemble du personnel du Pôle MCBD des HUS (Figure 1). Le questionnaire comportait 13 questions le premier jour d'enquête, 14 questions le deuxième jour et était anonyme. Une modification a été apportée au questionnaire après le premier jour d'enquête pour permettre aux participants de préciser s'ils avaient déjà participé à l'enquête flash lors de la première journée afin d'éviter les doublons.

Pour caractériser l'échantillon, des variables démographiques (sexe, âge, situation pour les membres du personnel hospitalier) ont été recueillies. Afin de simplifier le traitement des données, peu de questions à réponses ouvertes étaient posées.

Situations d'agressivité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (questionnaire donné au membre du personnel)

Questionnaire sur l'agressivité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Dans le cadre d'une thèse portant sur la gestion de l'agressivité au Pôle, nous réalisons une enquête « flash » ayant pour objectif de relever les situations d'agressivité auxquelles les personnels et étudiants hospitaliers ont pu être confrontés sur une période donnée. La participation est anonyme. Les questions ci-dessous concernent uniquement les événements liés à votre activité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg **le jour de l'enquête**.

1) Genre :

- Femme
- Homme
- Autre

2) Âge :

- moins de 30 ans
- entre 30 et 49 ans
- 50 ans et plus

3) Êtes-vous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Externe | <input type="checkbox"/> Attaché(e) Hospitalier |
| <input type="checkbox"/> Interne | <input type="checkbox"/> AHU, CCU-AH |
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) dentaire | <input type="checkbox"/> MCU-PH |
| <input type="checkbox"/> Manipulateur/trice en électroradiologie | <input type="checkbox"/> PU-PH |
| <input type="checkbox"/> Agent de la régie | <input type="checkbox"/> Praticien(ne) Hospitalier |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

4) D'après vous, si vous êtes victime d'une agression physique ou verbale, auprès de quelles structures pouvez-vous signaler le problème et par quel moyen ?

5) Avez-vous déjà suivi une formation sur la gestion de l'agressivité dans votre milieu professionnel ?

- Oui Non

⇒ Si vous n'avez pas été victime ou témoin d'une situation d'agressivité aujourd'hui, passez directement à la question 12

6) Parmi les situations suivantes, sélectionner celle(s) dont vous avez été victime ou témoin aujourd'hui :

| <i>Agressions verbales</i> | Victime | Témoin |
|---|---------|--------|
| Hausser la voix de manière agressive | | |
| Injures | | |
| Propos diffamatoires | | |
| Menace de vous blesser physiquement | | |
| Menace de vous poursuivre en justice | | |
| Menace d'utiliser une arme | | |
| Harcèlement : téléphone, sms, réseaux sociaux | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Autre : | | |
| Aucune de ces situations | | |

| Agressions physiques | Victime | Témoïn |
|--|---------|--------|
| Se faire frapper (coup de pied ou poing) | | |
| Se faire agripper | | |
| Se faire gifler | | |
| Se faire pousser / bousculer | | |
| Agression sexuelle | | |
| Autre : | | |
| Aucune de ces situations | | |

| Dégradations de biens ou vols | Victime | Témoïn |
|--|---------|--------|
| Dommmages (ou tentative) sur le matériel et/ou les locaux (ex : coup sur un mur ou une chaise) | | |
| Autre : | | |

7) Si vous avez été témoin ce jour, êtes-vous intervenu et comment ? (exemple : appel du service de sécurité)

| | Pendant l'agression | Après l'agression |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| Auprès de la victime | | |
| Auprès de l'auteur | | |

- J'ai été témoin et je ne suis pas intervenu
- Je n'ai pas été témoin d'une agression

⇒ **Si vous n'avez pas été victime d'une situation d'agressivité aujourd'hui, passez directement à la question 12**

8) Si vous avez été victime d'une agression ce jour, quel(s) étai(en)t le(s) facteur(s) qui ont pu aboutir à cette/ces situation(s) ?

| | |
|---|--|
| Douleurs | |
| Temps d'attente avant la prise en charge | |
| Temps de réalisation des soins | |
| Coût des soins | |
| Troubles du comportement de l'agresseur (pathologie psychiatrique, déficience mentale) | |
| Âge de l'auteur de l'agression (jeune enfant), si oui préciser l'âge: | |
| Consommation d'alcool et/ou de stupéfiant | |
| Anxiété par rapport aux soins | |
| Anxiété par rapport à la prise en charge d'un proche | |
| Aléa thérapeutique (exemple : fracture d'instrument) | |
| Patient en désaccord sur le diagnostic ou la prise en charge (exemple : prescription) | |
| Environnement / problématique matérielle (exemple : pas assez de chaises en salle d'attente, fauteuil en panne) | |
| Désaccord professionnel | |
| Epuisement professionnel | |
| Motif personnel | |
| Autre : | |
| Pas de motif / motif inconnu | |

9) Si vous avez été victime d'une agression ce jour, quelle(s) attitude(s) avez-vous adoptée ?

| | |
|---------------------------|--|
| Garder son calme | |
| Baisser le ton de la voix | |
| Hausser le ton de la voix | |

| | |
|---|--|
| Répondre de manière autoritaire | |
| S'approcher physiquement de l'auteur de l'agression | |
| Prendre de la distance physiquement | |
| Quitter le lieu de l'altercation | |
| S'asseoir autour d'une table pour discuter | |
| Autre : | |
| | |

10) Si vous avez été victime d'une agression ce jour, l'avez-vous signalé ?

| | |
|---|--|
| Après de votre supérieur hiérarchique | |
| Sur une plateforme dédiée (Agence Régionale de Santé / Norméa) | |
| Après du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes | |
| Après de la police | |
| Je n'ai pas signalé l'agression mais je le ferai dès que possible | |
| Je n'ai pas signalé l'agression et je ne le ferai pas | |

11) Si vous avez été victime d'une agression ce jour, qui était le/les agresseur(s)?

Statut : étudiant praticien assistant(e)

patient autre :

Sexe : homme(s) femme(s)

Âge :

moins de 30 ans

entre 30 et 49 ans

50 ans et plus

12) Vous avez complété ce questionnaire car vous avez travaillé au Pôle aujourd'hui :

1 vacation (1/2 journée)

2 vacations (1 journée)

13) Avez-vous déjà participé à l'enquête lors d'une journée précédente ?

Oui

Non

14) Si vous avez des Remarques, des témoignages, c'est le moment :

.....

.....

Merci pour votre participation

Figure 1 : *Questionnaire sur l'agressivité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.*

4.2.3. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été distribué à l'ensemble de la population cible, c'est-à-dire au personnel hospitalier que constitue le Pôle MCBBD, lors des jours d'enquête : le 07 juin 2022 et le 13 juin 2022.

4.2.4. Recueil des données

Les questionnaires complétés au format papier ont été récupérés à la fin de chaque vacation pour les personnes ne faisant qu'une vacation et à la fin de la journée pour les personnes ayant réalisées deux vacations dans la journée, les jours d'enquête. La distribution et le recueil des questionnaires était assuré par l'investigateur (Nicolas Templin).

4.2.5. Traitement des données

Toutes les réponses ont été enregistrées dans un fichier Excel. Les questionnaires incomplets ont été rejetés.

De plus, des analyses univariées lors du croisement de deux variables qualitatives ont été réalisées à l'aide de tests statistiques dans le logiciel biostaTGV, un outil de calcul statistique, libre d'accès et gratuit (57) :

- le test du Chi2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 ;
- le test exact de Fisher lorsque les données ne permettaient pas de réaliser le test du Chi2 et que nous avons un tableau de plus de 4 cases.

Le but était de calculer la *p value* afin d'identifier si une différence significative était présente ou non entre nos données. De manière générale, le risque alpha était arbitrairement fixé à 5%, une différence était donc considérée comme significative quand la *p value* était inférieure ou égale à 0,05 (valeur seuil institutionnalisée par Fisher en 1925) (58).

4.3. Résultats

4.3.1. Participation

Nous avons récupéré 192 réponses sur les deux jours d'enquête pour le questionnaire distribué au personnel hospitalier au sein du Pôle MCBD, mais seuls 181 ont été exploités. Les 11 questionnaires restants n'ont pu être intégrés à l'étude puisqu'ils étaient incomplets.

4.3.2. Caractéristique de l'échantillon

- Le genre et l'âge :

La majorité des répondants était des femmes avec une proportion de 59%. Quarante pour cents étaient des hommes et 1% (quatre personnes) se considéraient comme « autres ».

La majorité des participants avait moins de 30 ans, avec une proportion de 78%. Près de 18% avaient entre 30 et 49 ans et les 4% restants avait 50 ans et plus (Figure 2).

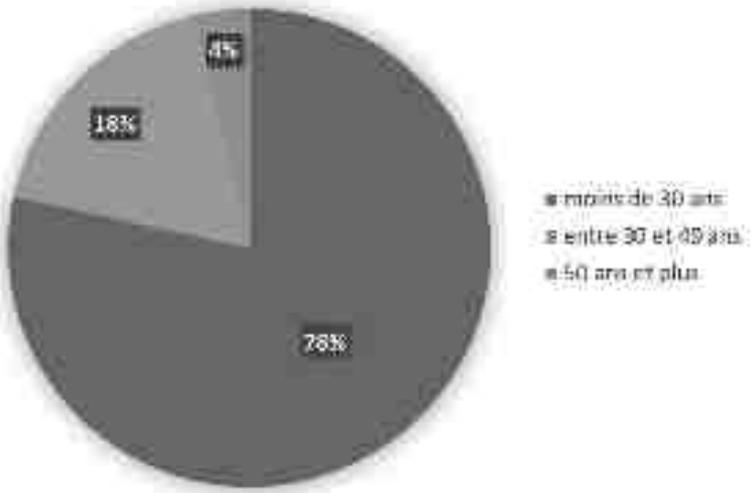


Figure 2 : L'âge de la population ayant participé à l'étude.

- Le statut :

La majorité des participants étaient des externes avec 77% de participation (Figure 3).

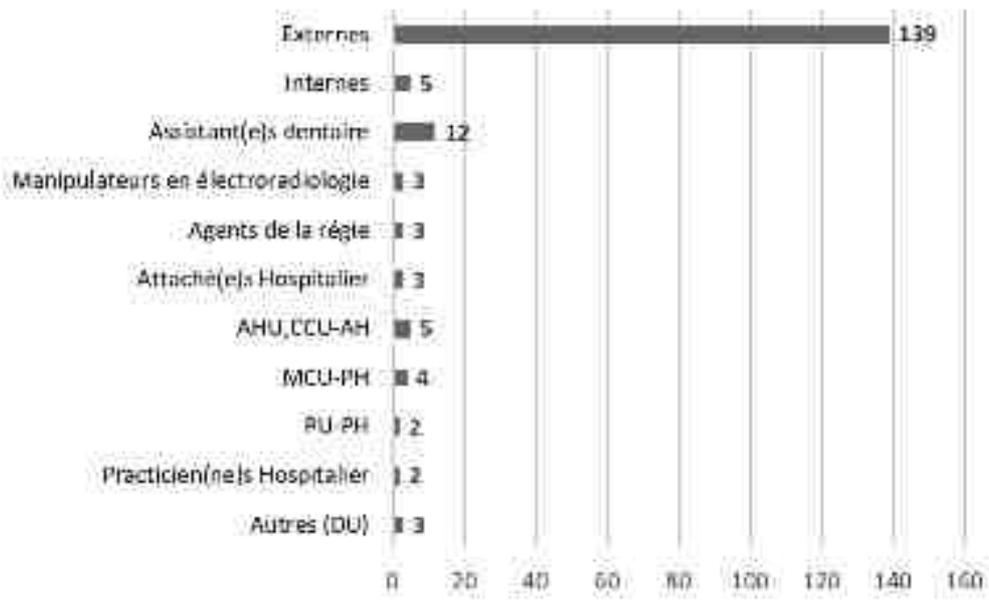


Figure 3 : Le statut des participants.

4.3.3. Connaissances relatives aux procédures de signalement des agressions

Nous avons demandé aux participants, en utilisant une question ouverte, auprès de quelles structures ils signaleraient une situation d'agressivité et par quels moyens.

En analysant leurs réponses, nous avons pu distinguer deux types de signalement :

- les signalements concernant des personnes et des moyens internes à la structure hospitalière. En effet, les répondants mentionnaient majoritairement les « encadrants de vacation » ou les « responsables de salles » (31%), le chef de pôle (28%) et la sécurité de l'hôpital (19%). D'autres réponses étaient également mentionnées comme les cadres du Pôle, Norméa (la plateforme de signalement locale), les responsables d'Unité Fonctionnelle, le bouton d'alarme disponible pour les agents de la régie, la direction de l'hôpital, le Doyen et les assistantes lorsqu'il s'agissait de réponses provenant d'externes ;
- les signalements auprès de structures extra hospitalières comme la police avec 27% de réponses, la médecine du travail ou auprès du Conseil Départemental de l'Ordre.

Nous avons pu également distinguer deux groupes de répondants différents :

- les externes qui faisaient la plupart du temps appel aux encadrants, puis, si la situation d'agressivité était considérée comme « grave », ils faisaient appel au chef de pôle ou la police en déposant une plainte ;
- le personnel professionnel qui connaissait mieux les démarches avait directement recours à Norméa. D'autres signalaient au chef de pôle, au chef de service ou utilisaient le bouton d'alarme disponible lorsqu'il s'agissait des agents de la régie.

De plus, près d'un quart des participants n'a pas répondu ou répondait « je ne sais pas » à cette question.

4.3.4. Formation des étudiants et des professionnels interrogés

Seulement 17 personnes, c'est-à-dire 9% des répondants ont dit avoir suivi une formation sur la gestion de l'agressivité dans leur milieu professionnel (Figure 4).

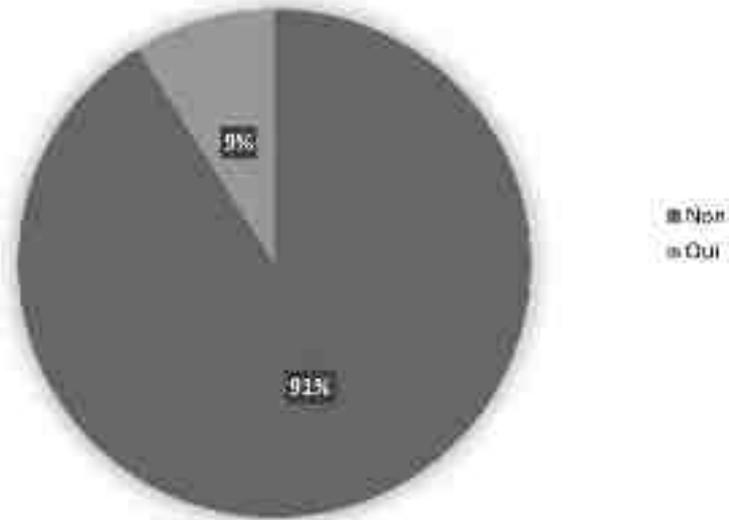


Figure 4 : Le pourcentage de personne ayant déjà suivi ou non une formation sur la gestion de l'agressivité.

4.3.5. La fréquence à laquelle le personnel hospitalier a été exposé aux situations d'agressivité

4.3.5.1. La prévalence de l'agressivité

Les situations d'agressivité décrites par les victimes comprenaient souvent (42%) une association de plusieurs types d'agressions (exemple : un personnel pouvait rapporter qu'il avait été victime d'un haussement de la voix de manière agressive et d'une injure lors d'une agression verbale ; nous avons donc dans ce cas, deux types d'agression pour une même situation d'agressivité). Nous avons alors décidé de comptabiliser une seule agression lorsqu'une victime avait fait une association de plusieurs types d'agression dans une même situation d'agressivité.

Sur 181 réponses, nous avons pu constater que 31 personnes ont été victimes d'agression lors de notre enquête. Dans ce groupe, 27 ont été victimes d'agression verbale, 2 d'agression physique et 2 de dégradation de biens ou de vol (Figure 5).

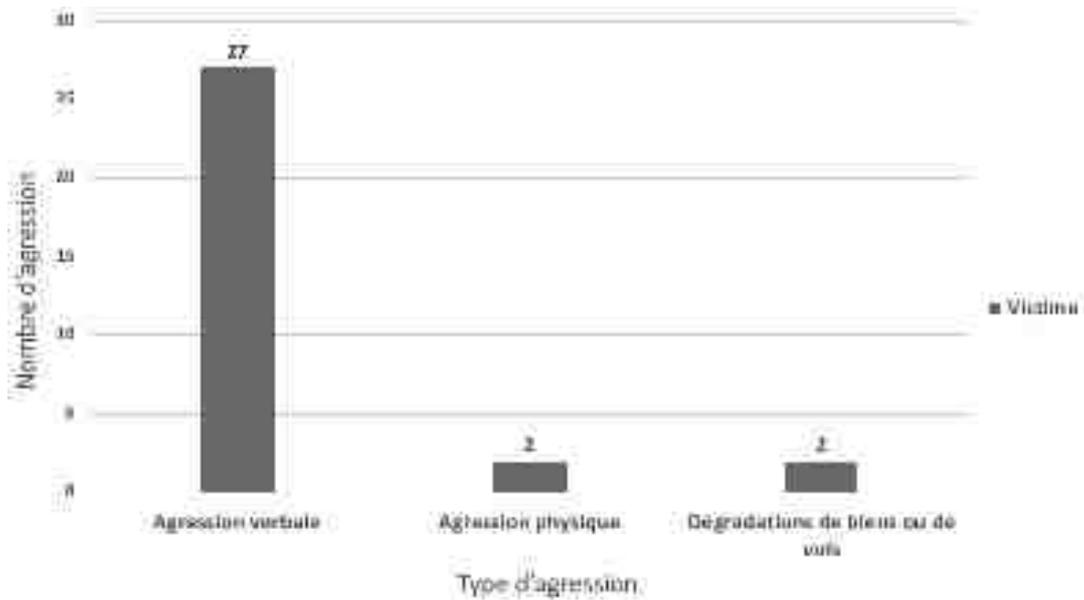


Figure 5 : Nombre d'agression en fonction du type d'agression.

Le type d'agression le plus fréquemment rapporté est l'agression verbale représentant 87% des agressions. L'agression verbale la plus fréquente est le haussement de la voix de manière agressive avec un taux de 81%, ensuite les propos diffamatoires (23%), les injures (19%), la menace de poursuites en justice (16%), le harcèlement (10%) et enfin la menace de blessures physiquement (6%) (Figure 6).

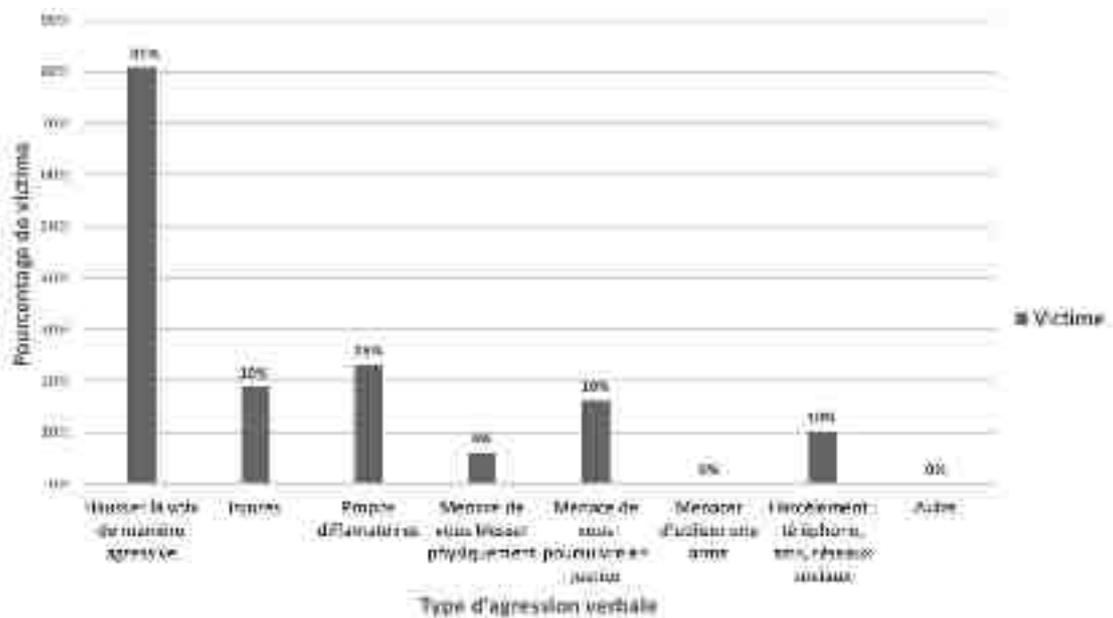


Figure 6 : Fréquences des différentes manifestations lors des agressions verbales.

Concernant les agressions physiques qui ont été déclarées lors de l'enquête, une victime s'est faite « agripper », « caresser le visage » et l'a ressentie comme une agression sexuelle. Une autre victime a subi une agression physique, non détaillée. Du côté des témoins, une personne a vu un patient jeter un carton de rendez-vous sur un personnel.

Deux victimes et trois témoins ont signalé un dommage (ou tentative) sur le matériel et/ou les biens. De plus, un personnel a été témoin d'une dégradation de biens ou de vol.

4.3.5.2. L'incidence de l'agressivité

Lors de notre étude, nous avons demandé aux participants de préciser s'ils avaient travaillé durant une vacation ou deux vacations. Quarante-trois répondants ont effectué une vacation et 98 en ont effectué deux. Nous avons donc relevé 31 agressions pour 279 vacations.

| |
|---|
| Sur la base d'un temps plein à 5 journées de présence en clinique par semaine, soit 10 vacations, et 5 semaines de congés annuels, nous pouvons estimer l'incidence à 55 situations d'agressivité/an/personnel. |
|---|

4.3.6. Profil des victimes

Lors de nos deux jours d'enquête, 68% des victimes étaient des femmes et près d'un quart était des hommes (26%) (Figure 7)

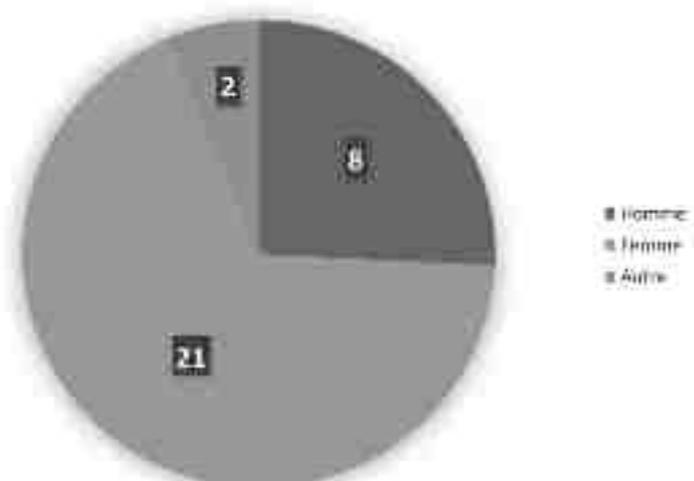


Figure 7 : La proportion de victime selon leur genre.

65% des victimes avaient moins de 30 ans, près d'un quart avait entre 30 et 49 ans et 10% avaient plus de 50 ans (Figure 8).

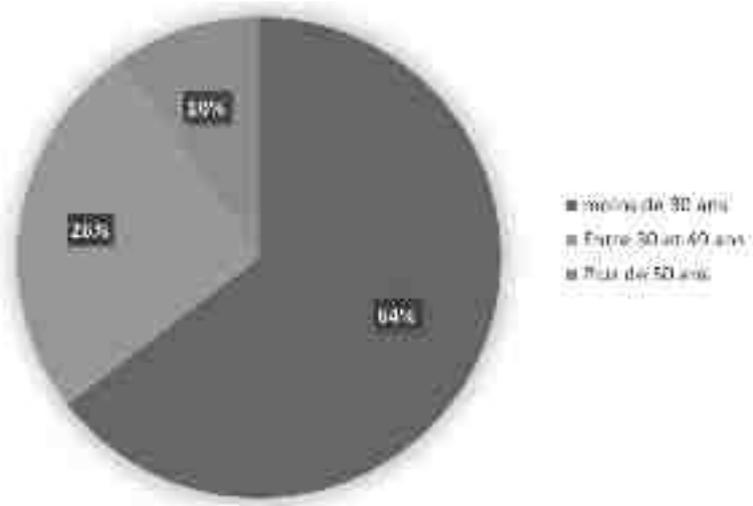


Figure 8 : La proportion (%) de victime selon leur l'âge.

Environ 60% des victimes étaient des externes, près de 30% étaient des assistant(e)s, 6% étaient des AHU et 3% des MCU-PH.

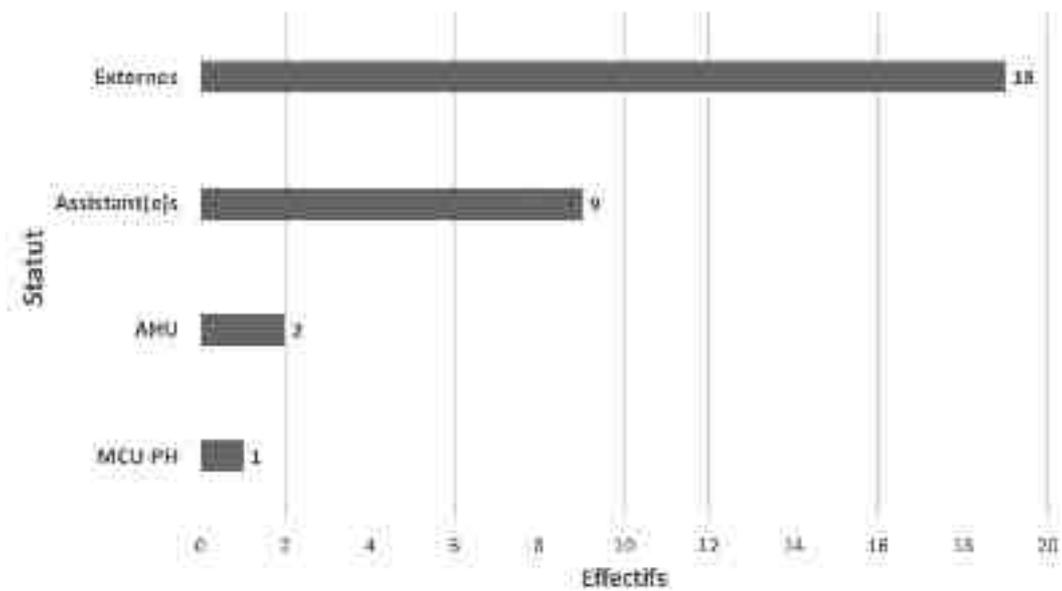


Figure 9 : La proportion de victime selon leur statut.

4.3.7. Profils des agresseurs

Durant l'étude, 18 hommes et 13 femmes ont été identifiés comme responsables des agressions. Dix-neuf agresseurs avaient entre 30 et 49 ans, 6 avaient moins de 30 ans et 6 plus de 50 ans (**Figure 10**).

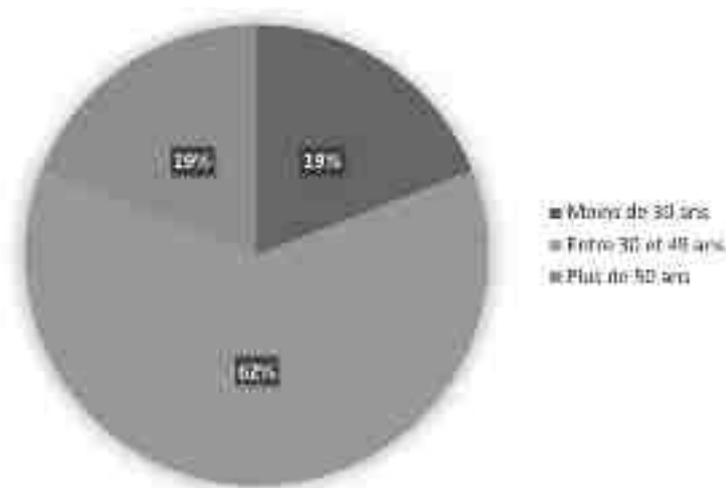


Figure 10 : Âge des personnes identifiées comme agresseurs.

Concernant le statut des auteurs de l'agression, plus de la moitié des victimes (60%) ont subi une agression de la part de patients.

Les agressions ont également été commises par 5 accompagnant(e)s (16%), 5 praticien(ne)s (16%) puis 2 étudiant(e)s (6%) et enfin 1 assistant(e) (3%).

4.3.8. Comportement des étudiants et personnels témoins d'agression

Près de 60% des témoins d'agression ne sont pas intervenus lorsqu'ils avaient à faire à une situation d'agressivité.

Parmi ceux qui sont intervenus, 67% ont réagi pendant l'agression auprès de la victime, 78% pendant l'agression auprès de l'auteur, 33% après l'agression auprès de la victime et 11% après l'agression auprès de l'auteur.

Les témoins ont réagi de différentes manières, ils déclarent avoir :

- « discuté » avec la victime ou avec l'agresseur pendant ou après l'agression;
- « appelé le service de sécurité », soit pendant l'agression, soit après ;
- « défendu » la victime pendant l'agression;
- « essayé de calmer l'auteur » pendant l'agression ;
- « signalé l'agression auprès du responsable » après l'agression ;
- « menacé d'appeler la sécurité » après l'agression ;
- réagit par d'une « présence physique et verbale » pendant l'agression aux côtés de la victime ;
- essayé de « désamorcer la situation » pendant l'agression auprès de l'auteur ;
- « essayé de raisonner » l'auteur pendant l'agression ;
- « rassuré » la victime pendant l'agression ;
- « fait partir l'auteur » pendant l'agression.

Sur 19 témoins d'agression verbale, 8 témoins déclarent être intervenus, contre 11 qui ne l'ont pas fait. L'unique témoin d'agression physique n'est pas intervenu dans

l'altercation et parmi les 2 témoins de dégradation de biens et de vols, un témoin a réagi.

4.3.9. Comportement des étudiants et personnels victimes d'agression

Après avoir rapporté les réponses concernant les attitudes adoptées par les victimes lors d'une agression, on remarque que la totalité a réussi à « garder son calme » en cas d'agression. Les autres réactions les plus observées étaient de répondre de manière autoritaire avec une proportion de 61% ou de baisser le ton avec une proportion de 29%. Les participants ont également déclaré avoir pris de la distance physiquement (35%), avoir haussé le ton ou encore quitté le lieu de l'altercation (19%), certains se sont assis autour d'une table pour discuter (3%), et enfin personne ne s'est rapproché physiquement de l'auteur de l'agression (**Figure 11**).

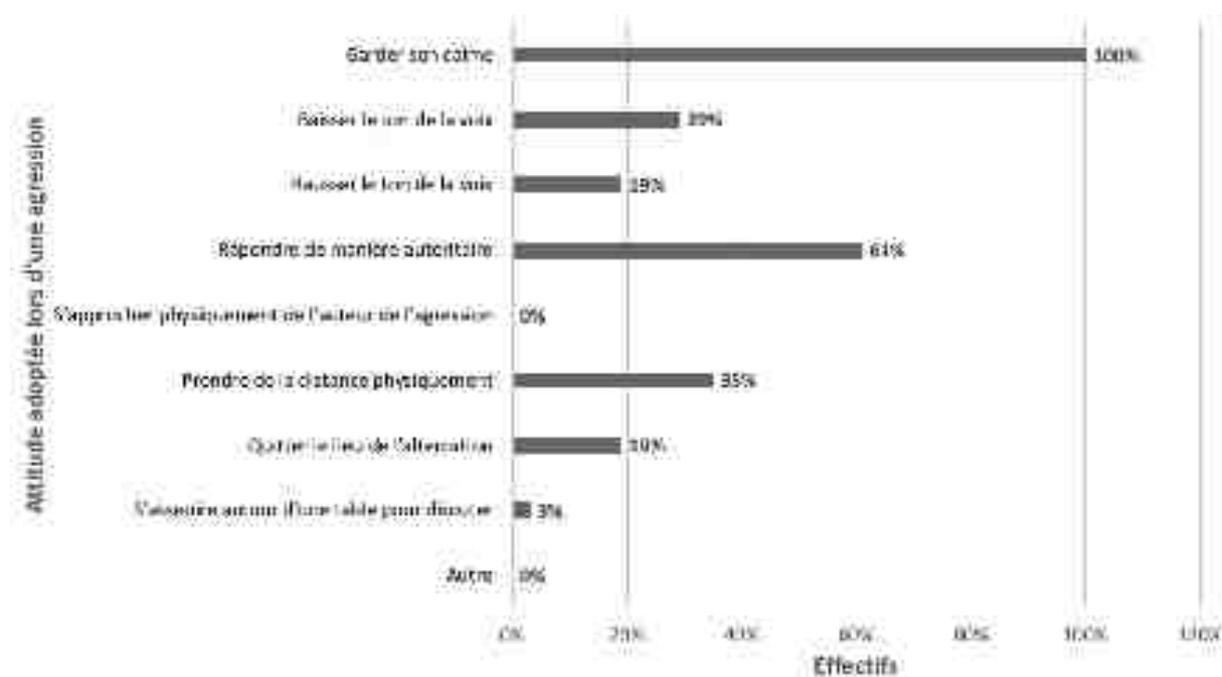


Figure 11 : Fréquence des attitudes adoptées par les victimes lors d'une agression.

Un tiers des victimes a signalé l'agression auprès d'un supérieur hiérarchique. Cependant, près d'un quart des victimes n'avait pas signalé l'agression et n'avait pas l'intention de le faire (**Figure 12**).

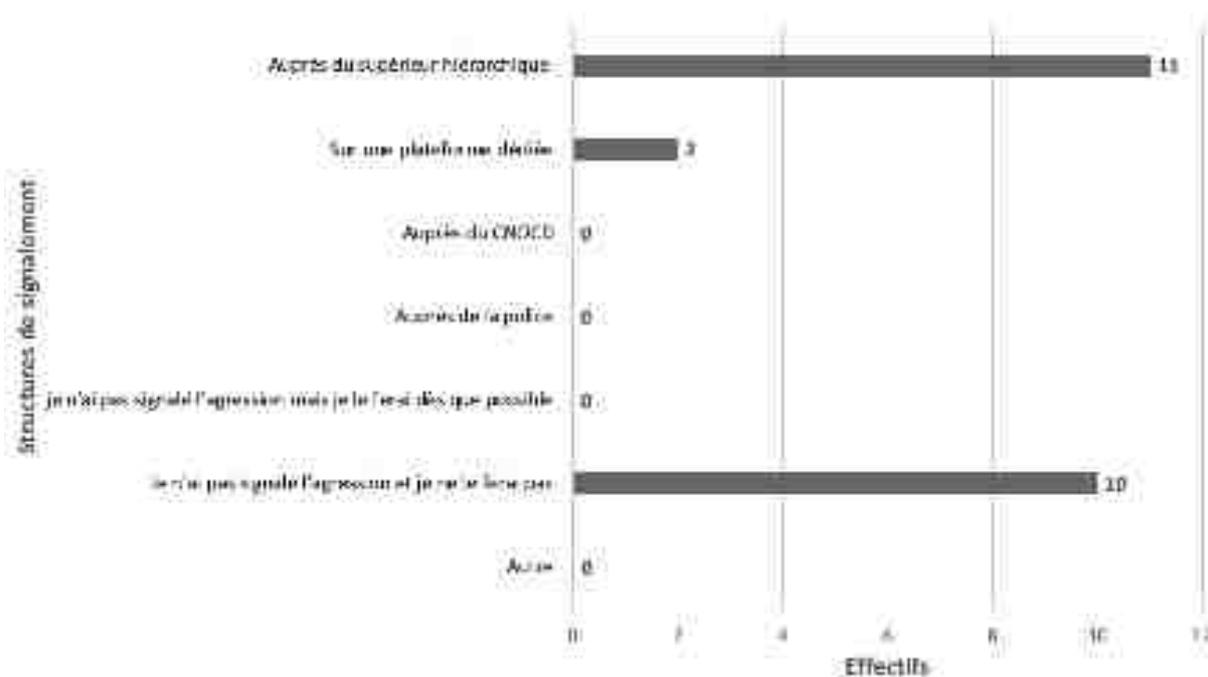


Figure 12 : Signalement de la victime après avoir subi une agression.

4.3.10. Facteur(s) déclenchant(s) et/ou aggravant(s)

Les principaux facteurs décrits comme déclenchant(s) et/ou aggravant(s) par les participants sont :

- dans 42% des cas, le temps d'attente avant la prise en charge,
- dans 34 % des cas, la douleur,
- dans 24% des cas, le temps de réalisation des soins.

Dans une moindre proportion, sont cités l'anxiété, les désaccords avec la prise en charge, le coût financier des soins, l'alcoolisation ou la prise de stupéfiants, les troubles du comportement, les problématiques matérielles relatives à l'environnement de soin ou encore l'épuisement professionnel (**Figure 13**).

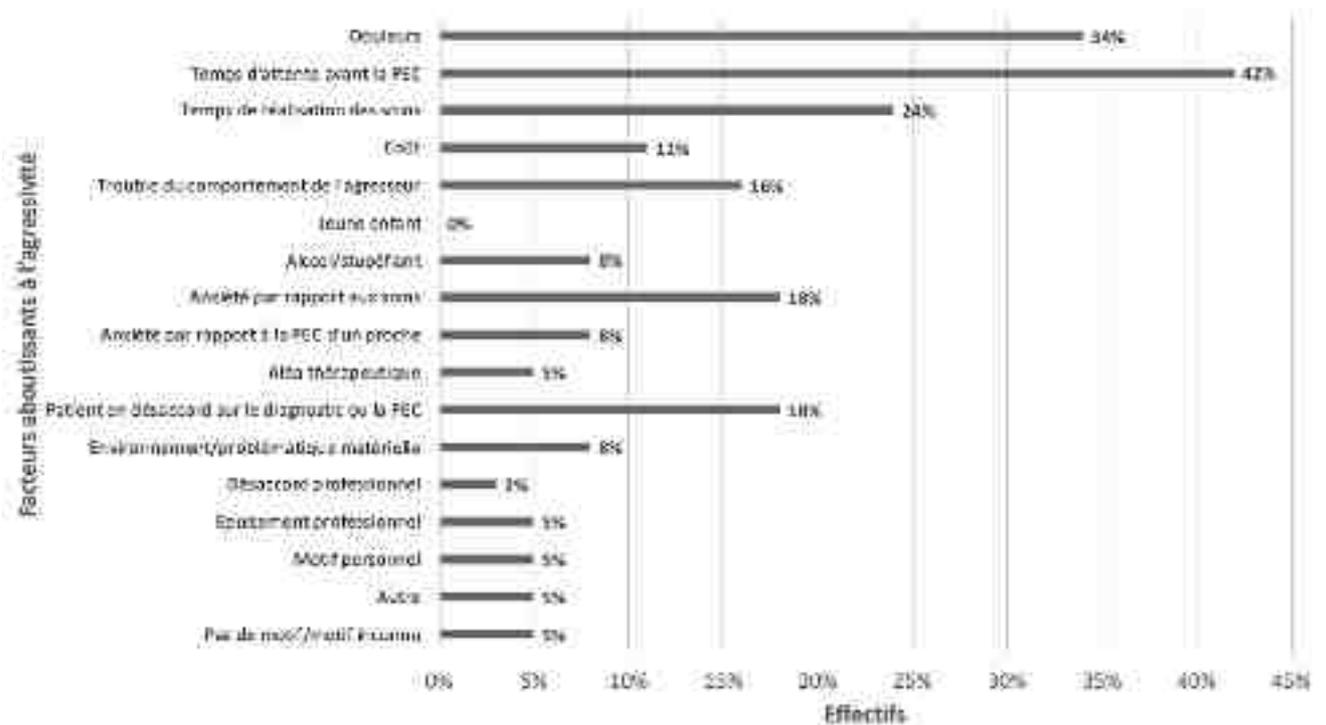


Figure 13 : Les facteurs perçus comme aggravants et/ou déclenchants des situations d'agressivité.

4.3.11. Les analyses descriptives univariées

Après différentes analyses univariées, nous n'avons rapporté que les résultats statistiquement significatifs.

Seule l'analyse descriptive univariée, dont les deux variables dépendantes sont le statut et la proportion de victime, a montré une différence significative avec une p value de 0,003. Ainsi, nous avons montré que les assistant(e)s au Pôle sont plus souvent agressés que leur collègue externes, AHU, CCU-AH et MCU-PH. (Figure 14).

| (n=181) | Victime | Non victime |
|---------------|---------|-------------|
| Externes | 19 | 120 |
| Assistant(e)s | 9 | 3 |
| AHU, CCU-AH | 2 | 3 |
| MCU-PH | 1 | 3 |

Figure 14 : Test concernant le statut.

4.3.12. Remarques et témoignages des participants

- **Remarques :**

De nombreuses personnes rapportent une agressivité accrue au service des urgences dûe au temps d'attente et de la douleur. Un interne souligne que l'agressivité est également élevée le samedi matin (gardes).

Des agressions verbales fréquentes sont rapportées par les étudiants en charge de l'accueil et de l'orientation des usagers à l'entrée du Pôle MCB. Plusieurs étudiants aimeraient qu'un vigile soit présent à leurs côtés, voire les remplace. De plus, il est mentionné que les signalements d'EI semblent passer inaperçus car souvent sans suites pour les agresseurs s'il n'y a pas de plainte au commissariat de Police.

Une majorité évoque un manque d'information, de prévention et de formation.

Un nombre de répondants ont manifestés leur déception : ils auraient aimé que l'enquête porte sur une période plus longue.

- **Témoignages :**

Plusieurs participants ont été témoins d'agressions verbales, majoritairement des insultes, du patient envers des externes, avec la douleur et l'impatience évoqués comme facteurs déclenchants ou aggravants. Une externe en odontologie rapporte : « C'est assez troublant d'être là pour soigner des gens, et de voir parfois des comportements agressifs. Un AHU déclare avoir la sensation que les violences sont de plus en plus courantes.

Parmi les menaces émises, les sujets ont précisé que des menaces de mort ont été prononcées :

- directement contre le « responsable de salle » : la personne visée a appelé la police et déposé une plainte ;
- en menaçant d'utiliser une bombe artisanale ;
- en menaçant de mettre le feu.

Au sujet de la formation, un externe souligne : « Aujourd'hui il ne s'est rien passé mais j'ai eu à faire une fois à un patient agressif. J'ai regretté qu'à aucun moment de notre

formation nous ayons été informés de ce genre d'éventualité et comment gérer/désamorcer ce genre de situation ». Une autre externe évoque sa perception des réactions des enseignant(e)s: « AHU, MCU-PH, PU-PH souvent démunis face aux agressions ».

Les enseignant(e)s sont parfois aussi perçus comme agresseurs, notamment par le biais de « remarques « *rabaissantes* » des encadrants » (témoignage d'une externe).

4.4. Discussion

4.4.1. Généralités

Notre travail peut être assimilé à une étude pilote. L'enquête « flash » réalisée concernait une partie des effectifs du Pôle de MCBBD des HUS puisqu'elle était restreinte aux sujets présents en clinique les jours d'enquête. Les résultats ne peuvent bien sûr pas être généralisés à l'ensemble des centres hospitaliers présentant une offre de soins dentaires. En effet les conditions d'accueil, le fonctionnement général, la charge de travail, la patientèle, les moyens matériels ou encore humains diffèrent d'un centre de soins à l'autre.

Cependant, cette étude nous a permis d'évaluer et de valider notre questionnaire, afin d'envisager une nouvelle étude qui pourrait être réalisée à plus grande échelle.

4.4.2. Taille de l'échantillon

Nous avons réalisé notre enquête auprès des personnels professionnels et des stagiaires au sein du pôle MCBBD des HUS sur deux journées « classiques », et non pas pendant des journées spécifiques (jours de garde, séminaires universitaires, fonctionnement de type « plateau commun », sortie de week-end prolongé). La majorité des personnels et des stagiaires ont participé les jours d'enquête, permettant ainsi d'avoir un aperçu représentatif de la population d'étude avec 192 questionnaires récupérés dans l'ensemble du Pôle MCBBD des HUS. Afin d'augmenter le nombre de participants de l'étude et avoir ainsi plus de questionnaires à traiter, nous nous

sommes déplacés personnellement les jours d'enquête pour transmettre les questionnaires en main propre et avons rappelé à chacun le but de notre travail et l'importance de leur participation.

Il serait intéressant d'augmenter le nombre de jour d'enquête et de réaliser l'étude dans d'autres Pôle de MCBBD en France afin d'affiner les résultats et de pouvoir les comparer. Une comparaison avec d'autres spécialités médicales pourrait également être une perspective intéressante.

4.4.3. Profil du personnel hospitalier

4.4.3.1. Le genre

La répartition des hommes (40%) et des femmes (environ 60%) de notre échantillon est comparable à la nouvelle tendance de la population de chirurgiens-dentistes de France. En effet, on observe un phénomène de féminisation de la profession au cours des dernières années. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) renseigne que désormais, plus de la moitié des nouveaux inscrits à l'Ordre des dentistes sont des femmes (59) (60).

4.4.3.2. L'âge

Nous avons observé qu'environ 80% des répondants avait moins de 30 ans. Ceci s'explique par le fait que la population du Pôle est constituée d'une majorité de stagiaires ayant généralement moins de 30 ans. Le reste des participants avait plus de 30 ans, ce qui est comparable à l'âge du personnel ayant un statut d'assistant(e), d'attaché(e) hospitalier, de CCU-AH, de AHU de MCU-PH, de PU-PH, de manipulateur en électro-radiographie, d'agent de la régie et de praticien hospitalier.

4.4.3.3. Statut du personnel

De la même façon que l'âge, nous constatons que la répartition des statuts du personnel ayant répondu au questionnaire est représentative de la population du Pôle car elle est constituée, comme le Pôle, d'une majorité d'externes et d'une minorité des autres statuts.

4.4.4. Le profil des agresseurs

Lors de notre enquête, nous avons observé qu'une majorité des agresseurs étaient des patients (60%), suivi des accompagnants (16%) et des praticiens (16%). Ces résultats, comparés aux différentes études menées dans le monde, semblent identiques. En effet, Binmadi et Alblowi ont reporté dans une revue et analyse systématique de la littérature regroupant un grand nombre d'études réalisées de 1992 à 2019 dans différents pays, concernant la prévalence et la violence au travail chez les dentistes, que les auteurs les plus fréquents sont les patients et leurs proches (44). Cependant, une autre étude sur les expériences de harcèlement subies par les internes en odontologie travaillant dans quatre institutions dentaires de pays en développement rapporte que les enseignants-cliniciens ont été identifiés comme les auteurs les plus fréquents (23%), suivi des collègues (20%) et du personnel non soignant (17%) (61).

4.4.5. Le profil des victimes

Une différence significative (p value < 0,003) a été démontrée lors de l'analyse de nos résultats concernant le statut des victimes d'agression et la prévalence des agressions. Il apparaît que les assistant(e)s dentaires sont les personnes qui sont le plus souvent agressées. Aucune étude dans les cliniques dentaires n'a cherché un statut de victime prédominant au sein du personnel hospitalier.

Nous n'avons pas pu déterminer de différence statistiquement significative entre le sexe des victimes et le taux d'agressions. La différence entre les sexe était également

non significative dans une étude menée sur la violence au travail chez les dentistes au Nigéria par Azodo and al (34) et lors d'une étude sur l'agressivité dirigée contre les externes du New York University College of Dentistry (38). D'autres études évoquent un risque d'agression plus élevé chez les femmes : comme l'ont rapportée Pennington et al (62) et Premadasa et al (63), une proportion plus élevée de femmes que d'hommes est exposée aux situations d'agressivité dans les cabinets de ville et dans les cliniques universitaires. À l'inverse, une étude a rapporté qu'une prédominance des agressions était dirigée contre les hommes (19).

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre l'âge des victimes et le taux d'agression. Il n'y a également pas eu de différence observée dans l'étude sur les externes du New York University College of Dentistry (38). D'autre part, plusieurs études concernant l'agressivité chez les professionnels de santé de manière générale ont montré que la plupart des personnes victimes de violence étaient jeunes (44). En effet, dans le milieu de la santé, l'âge et l'expérience des travailleurs est un autre facteur qui peut augmenter ou diminuer la possibilité d'agression. L'expérience antérieure de la gestion de situations difficiles similaires, qui est évidemment associée à l'âge, devrait permettre aux travailleurs de réagir plus judicieusement que le personnel inexpérimenté. Cela explique le risque plus élevé de violence envers le personnel jeune par rapport au risque encouru par le personnel plus âgé et plus expérimenté (46).

4.4.6. La prévalence et l'incidence des agressions

Lors de notre enquête, nous avons évalué la prévalence des agressions. Le type d'agression le plus souvent mentionné était l'agressivité verbale (87% des agressions totales). Toutefois, d'après le travail de Binmadi et Alblowi, le harcèlement sexuel est fréquemment mentionné parmi les types de violence survenus en odontologie, avec une prévalence allant de 6,8 à 54%. La violence verbale était le type d'incident violent le plus courant. L'intimidation avait un taux de prévalence de 22 à 36,8%. La violence physique était le type le moins fréquemment signalé, avec une prévalence allant de 4,6 à 22% (44).

Dans l'étude portant sur l'agressivité des patients subie par les externes du New York University College of Dentistry depuis leur entrée en clinique, il est rapporté que près de 28% des étudiants ont subi au moins 1 acte d'agression physique, 86% au moins 1 cas d'agression verbale et 36% au moins 1 cas d'agression à l'encontre de leur réputation.

Au niveau national en France, l'ONVS rapporte dans son dernier rapport les signalements d'atteintes aux personnes, constituées de 49% de violences physiques et menaces avec arme, 31% d'insultes et injures, 18% de menaces d'atteinte à l'intégrité physique et 2% de violences avec arme. Concernant le signalement des atteintes aux biens, l'ONVS rapporte 93% de vols sans effraction et de dégradations légères, 3% de vols avec effraction et 4% de dégradations de matériel de valeur et incendies volontaires.

Nous avons calculé l'incidence d'agression sur un an qui est de 55 agressions/an/personnel. Nous ne pouvons comparer ce résultat car aucune autre étude dans le milieu hospitalier dentaire n'a étudié l'incidence de l'agressivité.

4.4.7. Les facteurs déclenchants et/ou aggravants les situations d'agressivité

D'après les réponses des participants de notre étude, nous pouvons souligner plusieurs facteurs susceptibles de déclencher des situations d'agressivité. Le temps d'attente avant la prise en charge est le premier facteur évoqué. Ensuite, les douleurs et le temps de réalisation des soins se classaient en 2^e et 3^e position.

Ces résultats corroborent ceux d'une étude sur la violence au travail chez les chirurgiens-dentistes au Nigéria. Après avoir recensé auprès de leurs répondants les facteurs contribuant à l'agressivité, le premier facteur était un temps d'attente trop long (27% des cas). Un autre facteur était l'intoxication alcoolique dans 9% des cas (34).

Dans le dernier rapport de l'ONVS, les agressions étaient dues dans 45% des cas au reproche relatif à la prise en charge, 20% le refus de soin, 11% un temps d'attente jugé excessif et 10% l'alcoolisation. Les autres situations étaient associées à des

règlements de compte, à la drogue, au refus de prescription, au diagnostic non accepté, au suicide, aux atteintes aux principes de laïcité et à l'automutilation (35).

4.4.8. Comment les victimes et les témoins d'agression ont-ils réagi ?

Pendant l'enquête, quand les victimes faisaient face à une situation d'agressivité, elles tentaient de désamorcer la situation, en gardant leur calme (100%), en baissant le ton (29%) face à l'auteur de l'agression. Cependant, beaucoup ont répondu de manière autoritaire (61%), haussaient le ton et/ou quittaient le lieu de l'altercation (19%). Il semblerait que les patients respectent de moins en moins le personnel soignant. Cette nouvelle tendance a été soulignée par Myriam Garnier, ancienne secrétaire générale du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, dans le cadre d'une lettre de l'ONCD, qui rappelait que « [l]es incivilités sont une véritable nuisance sociale qui entravent les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, porte gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable pour éviter que l'auteur ne prenne le dessus et que la situation dégénère » (64). Il n'est donc pas recommandé de laisser ses situations perdurer mais bien de les contenir dès leur survenue.

À l'occasion d'une enquête à plus grande échelle avec une cohorte plus conséquente, nous aurions pu poser la question de savoir si les témoins intervenaient davantage lors d'une agression verbale ou physique ou lors de dégradation.

4.4.9. Quelles suites sont données par le personnel hospitalier agressé ?

Par une question ouverte, nous avons demandé au personnel de nous rapporter ses connaissances relatives aux structures de signalement. D'après les réponses obtenues, nous avons remarqué que très peu de répondants connaissaient le circuit de signalement national (plateforme ONVS), régional (ARS) ou local (Norméa). Ceux qui le connaissaient le moins bien étaient les stagiaires.

Cela corrobore en partie les dires de Binmadi et Alblowi qui ont rapporté que dans la plupart des études, il a été conclu que les stagiaires exerçant encore à l'hôpital et les dentistes diplômés ne prenaient aucune mesure pour faire face à la violence ou aux abus qui leur étaient infligés. Cependant, certains travailleurs maltraités ont tendance à parler du problème avec des membres de leur famille ou des amis proches et le signalent à leur responsable, leur mentor ou leur bureau administratif (44). Ullah *et al.* ont discuté des raisons pour lesquelles les personnes victimes de harcèlement ne se plaignent pas lors d'une étude sur les expériences de harcèlement d'internes en odontologie travaillant dans quatre institutions dentaires d'un pays en développement. La majorité des répondants (28,8%) pensent qu'il est inutile de se plaindre ; 22 % ont peur des conséquences, en particulier lorsque l'auteur de l'acte est un membre du corps enseignant ; 20,8 % d'entre eux pensent qu'ils peuvent gérer les incidents par eux-mêmes ; et 16,9 % considèrent que l'incident n'est pas suffisamment grave. Cela reflète l'importance des cours d'éducation et d'instruction sur la façon de faire face à de telles situations (61).

Par ailleurs, l'ONVS constate un phénomène d'« autocensure » des signalements de violence et d'incivilité ou pour déposer plainte. Deux obstacles à la déclaration des événements indésirables sont observés :

- le premier obstacle est constitué par la méconnaissance, du personnel soignant ou non soignant des établissements, d'une protection pénale dont ils pourraient bénéficier. Il apparaît aussi nécessaire que la police et la gendarmerie soient sensibilisées à la protection pénale mise en place par le législateur envers les professionnels de santé afin de les sensibiliser à ces violences et ces incivilités.

- Un autre obstacle à la déclaration est constitué par les établissements qui ne collaborent pas encore avec l'ONVS, par crainte d'avoir mauvaise réputation par le biais du taux de signalement. Ce n'est que par un rapport complet de ces situations, portées à la connaissance de l'ONVS, qu'il sera possible d'établir des conclusions et de proposer en retour une réponse politique nationale où chaque établissement pourra puiser des idées applicables et modulables pour lui-même. Il faudrait que les établissements tiennent leur propre grille « d'événements indésirables », mais dans le cadre d'un travail collectif national, l'ONVS doit pouvoir aussi profiter de leurs conclusions et des éléments susceptibles d'intéresser l'ensemble des autres établissements (65).

4.4.10. Quels sont les outils pour prévenir et gérer les situations d'agressivité ?

Dans notre étude, nous rapportons que seulement 10% du personnel a déjà suivi une formation sur la gestion de l'agressivité. Ces résultats sont semblables à ceux rapportés dans une étude transversale menée en 2019 par Al Omar *et al.* sur le harcèlement au travail chez plus de mille professionnels de la santé de quatre hôpitaux situés dans différentes régions géographiques d'Arabie Saoudite. Effectivement, seuls 11% des participants avaient reçu une formation sur le harcèlement au travail (66).

Dans la littérature, il est rappelé que l'éducation et la formation sont considérées comme une composante clé de tout programme de prévention et de réduction des agressions en milieu professionnel. Elles permettent d'améliorer la connaissance et la compréhension, des politiques et procédures organisationnelles, des systèmes de signalement des incidents et des stratégies de contrôle des risques. C'est ainsi que le personnel pourra développer des compétences interpersonnelles et de gestion du comportement (6) (67).

C'est pourquoi nous recommandons que la formation à la prévention de l'agressivité au travail commence dès la formation initiale. Effectivement, les stagiaires du Pôle

MCBD des HUS ne sont pas formés à la gestion de l'agressivité et n'ont pas accès aux formations proposés par les HUS. Ainsi, le programme devrait être soutenu par la direction, les politiques devraient refléter ce soutien, et tout le personnel devrait en être informé (56).

Le contenu éducatif de ces formations se concentre sur l'évaluation et le désamorçage des situations potentiellement violentes, la gestion des comportements violents, la reconnaissance des risques d'atteinte à la sécurité, la documentation des incidents, l'obtention d'une assistance dans les situations violentes et l'utilisation de méthodes progressives de contrôle du comportement et de dispositifs de sécurité (56).

En ce qui concerne les formations à la gestion de l'agressivité, les HUS ont choisi deux programmes de formation destinés à l'ensemble du personnel professionnel hospitalier. D'une part EFFICIOR a été choisi en tant que plateforme de conseil et de formation continue et propose une formation « Gestion de l'agressivité : prévention et gestion du conflit, de l'agressivité et des situations de violence » (**Annexe 3**). La formation est destinée aux professionnels de santé diplômés, c'est-à-dire que les étudiants n'y ont pas accès. Les caractéristiques de cette formation sont les suivantes :

- durée de deux journées (environ 14 heures),
- groupe de 12 à 14 apprenants,
- deux formateurs supervisent la formation, le premier psychosociologue est spécialiste des phénomènes agressifs, et le deuxième psychosociologue est comédien professionnel.

D'autre part, le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) propose deux formations (une formation principale et une formation complémentaire) sur la gestion de l'agressivité pour tout personnel exerçant dans des structures où le risque d'agression est présent (**Annexe 4**). Les étudiants n'ont, ici encore, pas accès à ces formations. La formation principale :

- se déroule sur deux jours (14 heures)
- est dispensée par un psychiatre en établissement hospitalier, expert CNEH en matière de gestion de la violence et par un spécialiste en gestion de

crise/conflict, ancien négociateur du GIGN, expert CNEH en matière de gestion des conflits et négociation.

La formation complémentaire :

- se déroule sur une journée (7 heures)
- est dispensé par le cadre supérieur de santé et expert CNEH en matière de gestion de la violence et en communication non violente.

4.5. Conclusion de l'enquête

Cette enquête nous a permis de dresser un état des lieux de l'agressivité au Pôle MCBD des HUS. Ce travail souligne que l'agressivité est un problème important pour les professionnels et personnels de santé exerçant dans les services d'odontologie des hôpitaux universitaires, en particulier chez les assistant(e)s. L'agressivité verbale est la forme la plus répandue. Nos résultats indiquent qu'il est visiblement nécessaire de mettre en œuvre des réglementations et des programmes de prévention ciblant les situations d'agressivité pour tous, y compris les étudiants, et de préconiser des recherches supplémentaires sur les interventions visant à les minimiser.

5. Conclusion

L'agressivité sur le lieu de travail concerne des millions de professionnels dans le monde, et le milieu hospitalier n'est pas épargné. Les conséquences sont multiples, notamment sur la santé des travailleurs et la qualité des soins prodigués aux patients. Les conceptualisations de l'agression et de la violence, notamment en relation avec le contexte du travail, ont été explorées. Il ne fait aucun doute que la meilleure façon de définir et de classer l'agressivité fait l'objet d'une certaine controverse, car les différentes disciplines et champs d'investigation appliquent des perspectives et des terminologies quelque peu différentes. Cependant, l'absence d'une définition claire et partagée de ce qui constitue l'agressivité au travail, y compris la façon dont elle est définie et catégorisée, entraîne des difficultés dans la conduite de la recherche et dans l'élaboration des politiques et stratégies les plus appropriées pour prévenir et minimiser sa survenue et ses conséquences. L'utilisation abusive du terme « violence au travail » pour décrire toutes les formes d'agression au travail est particulièrement problématique, y compris pour les chercheurs, les décideurs et les cliniciens. En réalité, la violence ne devrait être considérée que comme une forme extrême d'agression.

Lors de notre travail de recensement des écrits, nous avons constaté dans de nombreuses études une constante augmentation de l'agressivité dans le milieu de la santé, et particulièrement dans les cliniques dentaires universitaires. Cela pourrait s'expliquer par le nombre plus élevé de patients dans ces structures, la présence de services d'urgence et donc de patients qui consultent dans un contexte douloureux, aux délais d'attente ou à la durée des soins rallongée. D'autres causes ont été identifiées comme facteurs aggravants comme l'augmentation de la consommation de substances illicites ou la dégradation des relations interpersonnelles. Il en découle des conséquences néfastes pour le personnel soignant et non soignant exposé quasi quotidiennement à l'agressivité. Effectivement, toute cette agressivité récurrente impacte lourdement la santé mentale et physique de la victime, et l'amène souvent à ne pas pouvoir travailler correctement baissant ainsi la qualité des soins dispensés. La structure hospitalière se voit également affectée du fait de l'absentéisme, de la

baisse de productivité, de l'altération de l'image de l'hôpital et ainsi que des rotations et du transfert de personnel.

Nous avons pu constater avec la réalisation d'une enquête sur l'agressivité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, que les stagiaires et le personnel hospitalier ne sont pas épargnés. Avec une incidence de 55 agressions/an/personnel, la forme d'agressivité la plus fréquemment observée était l'agression verbale à 87%, cependant l'agression physique à 6,5% et les dégradations de biens ou de vols à 6,5% étaient moins signalés. De plus, nous avons observé que les assistantes étaient le personnel qui était le plus souvent agressé.

Le signalement des agressions au niveau de l'établissement semble encore complexe et les personnels sont mal informés sur la marche à suivre. De même, les informations sur les suites données à ces signalements ne sont pas accessibles. C'est pourquoi, le signalement unique et systématique par l'intermédiaire de plateformes comme celle de l'ONVS devrait être instauré. Devant une fréquence élevée de l'agression en constante hausse le personnel et la direction doivent adopter une approche de tolérance zéro et ne doivent ignorer aucun signe d'alerte.

Le manque de formation du personnel pour faire face à ces situations d'agressivité est problématique. Les externes en odontologie ne bénéficient pas toujours de formation dédiée à la gestion de l'agressivité durant leurs études. Une des solutions envisagée serait d'ouvrir les formations offertes au personnel des hôpitaux pour les rendre accessibles aux étudiants hospitaliers, ou d'intégrer des formations similaires dans le curriculum de formation des étudiants en santé.

6. Bibliographie

1. Hahn S, Mller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud.* mars 2013; 50(3):374-85.
2. Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Genève; Bureau International du Travail; 2002. :37. [En ligne]. <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/482744.pdf>. Consulté le 28 sept 2021
3. L'Information Dentaire. Pirnay P. Face à l'agressivité d'un patient exigeant. 2017. [En ligne]. <https://www.information-dentaire.fr/actualites/face-a-l-agressivite-d-un-patient-exigeant/>. Consulté le 7 oct 2021
4. V. Di Martino. Workplace violence in the health sector Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Genève; Bureau International du Travail; 2002. :42. [En ligne]. https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf. Consulté le 29 sept 2021
5. Hoel et al. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence stress free working environment. Genève; Bureau International du Travail; 2000. :81. [En ligne]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108532.pdf. Consulté le 29 sept 2021
6. Hills D, Joyce C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggress Violent Behav.* sept 2013; 18(5):554-69.
7. Hills DJ. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian.* déc 2018; 25(6):607-12.
8. Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. [En ligne]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112577.pdf. Consulté le 16 nov 2021
9. OMS, Organisation mondial de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002. :404. [En ligne].

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_fr.pdf. Consulté le 24 nov 2021

10. A. E. Barbar et al. Violence against healthcare survey report. Genève : International Council of Nurses (ICN), International Committee of the Red Cross (ICRC), International Hospital Federation (IHF), World Medical Association (WMA) ; july 2002.
11. Rogers-Clark C, Pearce S, Cameron M. Management of disruptive behaviour within nursing work environments: a comprehensive systematic review of the evidence: JBI Libr Syst Rev. 2009; 7(15):615-78
12. Boyle MJ, Wallis J. Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. Saf Health. 16 mai 2016; 2(1):4
13. ONVS, Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Prévention et lutte contre les violences en milieu de santé [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_type_violences_en_milieu_de_sante_2021-04_avec_volet_liberal_et_privé_filigrane_.pdf. Consulté le 25 août 2022
14. Karakurt G, Silver KE. Emotional Abuse in Intimate Relationships: The Role of Gender and Age. Violence Vict. 2013; 28(5):804-21
15. Légifrance. Article 222-33 du Code pénal [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026268200/2012-08-23/. Consulté le 16 nov 2021
16. Légifrance. Article L1152-1 du Code du travail [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006900818/. Consulté le 31 oct 2021
17. MG. Cassitto. Raising awareness of Psychological Harassment at Work. Organisation Mondiale de la Santé ; 2003; :38.
18. Tragno M, Dubeau A, Tarquinio C. Les violences et agressions physiques au travail : analyse de la littérature. Eur Rev Appl Psychol. déc 2007; 57(4):237-55
19. Garbin CAS, Zina LG, Garbin AJI, Moimaz SAS. Sexual harassment in Dentistry: prevalence in dental school. J Appl Oral Sci. oct 2010];18(5):447-52
20. Fiske ST, Glick P. Ambivalence and Stereotypes Cause Sexual Harassment: A Theory with Implications for Organizational Change. J Soc Issues. avr 1995;51(1):97-115

21. Légifrance. Article L1153-1 du Code du travail [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026268379/. Consulté le 16 nov 2021
22. Légifrance. Article L1142-2-1 du Code du travail. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031072447/. Consulté le 16 nov 2021
23. Légifrance. Livre III : Des crimes et délits contre les biens (Articles 311-1 à 324-9). [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006117598/#LEGISCTA000006117598. Consulté le 27 août 2022
24. Ministère de la Santé et de la Prévention. Protection pénale spécifique des personnels de santé. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protection_penale_specifique_personnels_de_sante_-_conduite_a_tenir_ets_cabinet_officine_2021-10-01_v2.pdf. Consulté le 27 août 2022
25. Roche S. La théorie de la « vitre cassée » en France. Incivilités et désordres en public. *Rev Fr Sci Polit.* 2000;50(3):387-412
26. Sénat. Projet de loi pour l'égalité des chances. [En ligne]. <https://www.senat.fr/rap/a05-214/a05-21418.html>. Consulté le 5 mai 2022
27. Reich TC, Hershcovis MS. Observing workplace incivility. *J Appl Psychol.* 2015;100(1):203-15
28. ARS, Agence Régional de Santé. Signaler un événement indésirable. [En ligne]. <http://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-4>. Consulté le 3 nov 2021
29. Ministère de la Santé et de la Prévention. Synthèse rapport ONVS 2020 donnees 2019. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf. Consulté le 24 août 2022
30. HAS, Haute Autorité de Santé. Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf. Consulté le 25 août 2022
31. Antão HS, Sacadura-Leite E, Manzano MJ, Pinote S, Relvas R, Serranheira F, et al. Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies. *Acta Médica Port.* 3 janv 2020;33(1):31-7

32. Binmadi NO, Alblowi JA. Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. déc 2019;19(1):279
33. Keely BR. Recognition and Prevention of Hospital Violence: *Dimens Crit Care Nurs*. nov 2002;21(6):236-41
34. Cc A, Eb E, Ee E. Occupational violence against dental professionals in southern Nigeria. 2011;11(3):7
35. ONVS, Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Rapport 2020 - données 2019. [En ligne].
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2020_donnees_2019_vd_2021-03-11.pdf
36. Raver JL, Nishii LH. Once, twice, or three times as harmful? Ethnic harassment, gender harassment, and generalized workplace harassment. *J Appl Psychol*. 2010;95(2):236-54
37. Bergman ME, Palmieri PA, Drasgow F, Ormerod AJ. Racial and ethnic harassment and discrimination: In the eye of the beholder? *J Occup Health Psychol*. 2007;12(2):144-60
38. Rhoades KA, Heyman RE, Eddy JM, Fat SJ, Haydt NC, Glazman JE, et al. Patient aggression toward dental students. *J Dent Educ*. mai 2020;84(5):586-92
39. Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey: Table 1. *BMJ*. 18 sept 2004;329(7467):658-9
40. Rees CE, Monrouxe LV, Ternan E, Endacott R. Workplace abuse narratives from dentistry, nursing, pharmacy and physiotherapy students: a multi-school qualitative study. *Eur J Dent Educ*. mai 2015;19(2):95-106
41. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. sept 2006;55(6):778-87
42. Lo TW, Chappell D, Kwok SI, Wu J. Workplace Violence in Hong Kong, China: Nature, Impact, and Preparedness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. sept 2012;56(6):955-75
43. Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *Br J Nurs*. 1 févr 2005;14(4):227-32

44. Binmadi NO, Alblowi JA. Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. déc 2019;19(1):279
45. Weinstein BD. Sexual Harassment: Identifying it in Dentistry. J Am Dent Assoc. 1 juill 1994;125(7):1016-21.
46. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Genève; Organisation Mondiale de la Santé; 2003. :38. [En ligne] https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVstresspaper.pdf. Consulté le 10 nov 2021
47. Dray D. L'agression physique : une « peur » irréparable. Terrain Anthropol Sci Hum. 1 mars 1994;(22):35-50.
48. Findorff MJ, McGovern PM, Wall MM, Gerberich SG. Reporting Violence to a Health Care Employer:A Cross-Sectional Study. AAOHN J. sept 2005;53(9):399-406.
49. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. Occupational Safety and Health Administration :60. [En ligne]. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>. Consulté le 10 nov 2021
50. Circulaire n°DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ609_15122000.pdf. Consulté le 14 mai 2022
51. ANFH, Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier. Les violences en milieu de santé. Reims ; sept 2019. [En ligne]. https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/vincent_terrenoir_-_onvs.pdf. Consulté le 31 aout 2022
52. ONVS, Observatoire National des Violences en milieu de Santé. [En ligne]. <https://onvs.fabrique.social.gouv.fr/>. Consulté le 14 mai 2022
53. Légifrance. Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=12079>. Consulté le 14 mai 2022
54. Ministère de la Santé et de la Prévention. Protocole-onvh-2.pdf. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-onvh-2.pdf>. Consulté le 14 mai 2022

55. Légifrance. Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33). [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006117597/#LEGISCTA000006117597. Consulté le 21 août 2022
56. Gallant-Roman MA. Strategies and Tools to Reduce Workplace Violence. *AAOHN J.* nov 2008;56(11):449-54.
57. BiostaTGV. Statistiques en ligne [En ligne]. <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/fisher>. Consulté le 26 sept 2022
58. Ladner J, Ben Abdelaziz A, Pédagogie-Recherche-Publication en Sciences de la Santé(RPP2S) RM. Comment calculer et interpréter la valeur de «p» dans une étude épidémiologique. *Tunis Médicale.* mars 2021;99(3):313-7.
59. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;(1):17-33.
60. L'Information Dentaire. Démographie : les chirurgiens-dentistes, une profession qui rajeunit, se féminise et se « salarise ». 2021 [En ligne]. <https://www.information-dentaire.fr/actualites/demographie-les-chirurgiens-dentistes-une-profession-qui-rajeunit-se-feminise-et-se-salarise/>. Consulté le 21 sept 2022
61. Ullah R, Siddiqui F, Zafar MS, Iqbal K. Bullying experiences of dental interns working at four dental institutions of a developing country: A cross-sectional study. *Work.* 9 oct 2018;61(1):91-100.
62. Pennington A, Darby M, Bauman D, Plichta S, Schnuth ML. Sexual harassment in dentistry: experiences of Virginia dental hygienists. *J Dent Hyg JDH.* 2000;74(4):288-95.
63. Premadasa IG, Wanigasooriya NC, Thalib L, Ellepola ANB. Harassment of newly admitted undergraduates by senior students in a Faculty of Dentistry in Sri Lanka. *Med Teach.* oct 2011;33(10):e556-63.
64. ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Ce qu'est la profession aujourd'hui, ce qu'elle serait en 2040 - La Lettre 163 2017. [En ligne]. https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2020/12/La_Lettre_163_2017.pdf. Consulté le 14 mai 2022
65. ONVS, Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Rapport 2017 données 2016. [En ligne].

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Rapport%20ONVS.pdf>. Consulté le 26 sept 2022

66. Al Omar M, Salam M, Al-Surimi K. Workplace bullying and its impact on the quality of healthcare and patient safety. *Hum Resour Health*. déc 2019;17(1):89.

Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1359178913000682>

67. Chappell D, Di Martino V. *Violence at work*. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006. 360 p.

7. Annexes

Annexe 1 : Formulaire de déclaration en structure sociale ou médico-sociale de l'ARS Grand-Est disponible sous forme world sur le site de l'ARS Grand-Est.



**Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement
des structures sociales et médico-sociales**

FORMULAIRE DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION AUX AUTORITES ADMINISTRATIVES

| |
|--|
| Formulaire à transmettre : Courriel : ARS-GRANDEST-ALERTE@ars.sante.fr Tél : 09 69 39 89 89 Fax : 03 10 01 01 61 |
|--|

Rappel. - En application de l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, fait l'objet d'une information aux autorités administratives compétentes « tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation [des structures sociales et médico-sociales] susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées ».

*Chaque structure informe les autorités administratives compétentes des faits qui relèvent de son périmètre d'activité et renseigne les items qui lui sont adaptés et pertinents au regard de ses missions et de son mode d'intervention. **Aucune donnée nominative concernant les victimes ou les personnes mises en cause ne doit figurer dans ce formulaire.***

La transmission de ces informations aux autorités administratives ne dispense en aucune manière de signaler, le cas échéant, le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles aux autorités judiciaires compétentes.

Le directeur ou le responsable de la structure actualisera ou complètera ces informations en cas de nouveaux développements.

| Etablissement, service, lieu de vie, lieu d'accueil | |
|---|---|
| Date de la déclaration : Cliquez ici pour entrer une date. | Téléphone n° : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Heure de la déclaration : Cliquez ici pour taper du texte. | Fax n° : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom de la structure : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Adresse de la structure : Cliquez ici pour taper du texte. | Courriel : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom et qualité du déclarant : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Autorité(s) administrative(s) informée(s) : <input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> Préfet <input type="checkbox"/> DDCS-PP <input type="checkbox"/> Président du Conseil départemental | |

Annexe 1 :

Nature des faits :

Les exemples cités dans les catégories ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais ont vocation à aider la structure à identifier les dysfonctionnements et les événements qui relèvent de l'article L. 311-57 du code de l'action sociale et des familles.

| | |
|---|----------------------------------|
| 1 - Sinistre ou événement météorologique (ex : inondation, tempête, incendie, rupture de fourniture d'électricité, d'eau...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 2 - Accident ou incident lié à une défaillance technique (ex : pannes prolongées d'électricité, de chauffage, d'aération,...) et événement en santé environnementale (ex : acide/aria, intoxication alimentaire ; maladies infectieuses...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 3 - Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines (ex : vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficultés de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turn over du personnel, grève... mettant en difficulté la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies). | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 4 - Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance (ex : erreur de distribution de médicament, traitement inapproprié, retard dans le soin ou retard ou le traitement approprié...) | |
| 5 - Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure (ex : conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, démarches inadéquates, défiance à l'égard du personnel, actions litigieuses...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 6- Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne (ex : chute à une échelle, un accident de contention...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 7 - Suicide ou tentative de suicide | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 8- Situation de maltraitance envers les usagers (ex : violence physique/psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, viol, comportement d'insulte, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 9 - Disparition inquiétante (ex : disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 10 - Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure, (ex : agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle,...) ainsi que manquement grave au règlement de fonctionnement (ex : non-respect des règles de vie, pratiques ou comportements interdites ou déconseillés...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 11 - Actes de malveillance au sein de la structure (ex : détournement volontaire de biens, d'équipement ou de matériel, etc...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 12-Autre (précisez) : | Cliquez ici pour taper du texte. |

Annexe 1 :

Circonstances et déroulement des faits :
(Préciser notamment la date et l'heure des faits et de leur constatation)

Cliquez ici pour taper du texte.

Nombre de personnes victimes ou exposées

Cliquez ici pour taper du texte.

Conséquences constatées au moment de la transmission de l'information

| | |
|--|----------------------------------|
| Pour la ou les personnes prises en charge (par exemple : décès, hospitalisation, blessure, aggravation de l'état de santé, changement de comportement ou d'umeur...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Pour les personnels (par exemple : empêchement de venir sur le lieu de travail, arrêt maladie, réquisition...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure (par exemple : difficulté d'approvisionnement, difficulté d'accès à la structure ou sur le lieu de prise en charge de la personne, nécessité de déplacer des résidents, suspension d'activité...) | Cliquez ici pour taper du texte. |

Demande d'intervention des secours
(pompiers, SAMU, police, gendarmerie...)

Oui (préciser) Non Cliquez ici pour taper du texte.

Mesures immédiates prises par la structure

| | |
|--|----------------------------------|
| Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant | Cliquez ici pour taper du texte. |
| A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel, le cas échéant (ex. : information à l'ensemble des usagers, soutien psychologique...) | Cliquez ici pour taper du texte. |

Annexe 1 :

Information des personnes concernées, des familles et des proches
sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits

| |
|--|
| |
|--|

Dispositions prises ou envisagées par la structure

| | |
|---|---------------------------------|
| Concernant les usagers ou les résidents <small>(par exemple : adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, soutien, transfert, fin de prise en charge...)</small> | Cliquer ici pour taper du texte |
| Concernant le personnel <small>(par exemple : formation, sensibilisation, soutien, mesure corrective, mesure disciplinaire...)</small> | Cliquer ici pour taper du texte |
| Concernant l'organisation du travail <small>(par exemple : révision du planning, des procédures...)</small> | Cliquer ici pour taper du texte |
| Concernant la structure <small>(par exemple : aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne avec externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)</small> | Cliquer ici pour taper du texte |

Suites administratives ou judiciaires

(indiquer les coordonnées des structures saisies et la date)

| | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enquête de police ou de gendarmerie | Cliquer ici pour taper du texte |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte | Cliquer ici pour taper du texte |
| <input type="checkbox"/> Signalement au procureur de la République | Cliquer ici pour taper du texte |

Evolution prévisible ou difficultés attendues

| |
|--|
| |
|--|

Répercussions médiatiques

| | |
|---|---|
| Le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles peut-il avoir un impact médiatique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Les médias sont-ils déjà informés de ces faits ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Communication effectuée ou prévue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, préciser : | Cliquer ici pour taper du texte |

Signature du signifiant
(Préciser nom, prénom et fonction)

Cliquer ici pour taper du texte

Annexe 2 : Outil créé par la DGOS en coordination avec l'ONVS permettant de connaître la nature de la situation d'agressivité, le mode opératoire, les préjudices et les suites données (plainte, main courante).

Direction générale de l'offre de soins

Cette fiche se remplit en association avec le déclenchement des procédures habituelles d'agressivité.

Fédération Française des Associations de Médecins Hospitaliers

L'observatoire accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des agressions aux personnes et est financé notamment en partie par le volontariat

COMMISSION NATIONALE DES AGRESSIONS EN MILIEU DE SOINS

<http://www.comna.gouv.fr/observatoire>

FICHE DE SIGNALEMENT

(Prévisions sur le fait, non prévues au déclenchement par exemple)

Champ libre pour les établissements

Informations générales

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

Description succincte des faits :

Circonstances

Proximité relatif à une prise en charge Tonus d'attente jugé excessif Atteinte au principe de liberté

Causes de violences : Règlement de compte Diagnostic non accepté Refus de prescription
Alcoolisation Drogue Suicide Autre

Intrusions : Zone de soins Espace d'accueil de FIOA Bloc opératoire Autre lieu

Interventions : Personnel hospitalier Forcés de l'entrée Service de sécurité interne
Autres Autres

Préjudices

Préjudice principal :

Préjudice aux personnes : Injure, insulte et provocation Chahut, occupation des locaux Exhilaration sexuelle Violence involontaire
Menace physique Menace de mort Port d'arme Drogue / alcool
Menace avec arme Violence avec arme Agression sexuelle Vol
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 d'objet Incendie volontaire Tags, graffiti
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

La cause principale du fait (détail de l'événement lié à un trouble psychique ou neurophysique ayant altéré le discernement) ou le contrôle des actes de l'auteur :

Victimes/auteurs

Nombre de victimes :

| | Femmes | Hommes |
|---------------------------|--------|--------|
| Médecins ou assimilés | | |
| Infirmiers | | |
| Personnels soignants | | |
| Personnels administratifs | | |
| Agents de sécurité | | |
| Patients | | |
| Détenus | | |
| Volontaires | | |
| Autres | | |

Établissement victime :

Nombre d'auteurs :

| | Femmes | Hommes |
|---------------------------|--------|--------|
| Médecins ou assimilés | | |
| Infirmiers | | |
| Personnels soignants | | |
| Personnels administratifs | | |
| Agents de sécurité | | |
| Patients | | |
| Détenus | | |
| Volontaires | | |
| Autres | | |

Bilan chiffré

Nombre total de jours d'arrêt de travail : Estimation du montant des dégradations :

Nombre total de jours d'ITT : 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, Éto) : Suite judiciaire :

Condamnation prononcée

Peine de prison : Amende : Rappel à la loi :

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :

Annexe 3 : Formation sur la « Gestion de l'agressivité : prévention et gestion du conflit, de l'agressivité et des situations de violence » de EFFICIOR (plateforme de conseil et de formation continue en soin)

MANAGEMENT & RH



INFORMATIONS ET TARIFS

Réf : 14057
 Type : sur site (intra)
 Lieu : Salle de cours
 Public : Tout public
 Durée : 2 jours (14 heures)
 Groupe : 10 à 12 apprenants
 Formateurs : J1: Psychosociologue spécialiste des phénomènes agressifs
 J2: Psychosociologue ET comédien professionnel.

* Exonération de TVA sur la formation.
 Tarif net hors frais de déplacement du formateur.



GESTION DE L'AGRESSIVITE

PRÉVENTION ET GESTION DU CONFLIT, DE L'AGRESSIVITÉ ET DES SITUATIONS DE VIOLENCE

COMPETENCES VISEES ET OBJECTIFS

Développer ses capacités à résoudre un conflit et désamorcer des tensions
 Apprendre à prévenir les situations à risque
 Dépasser les difficultés rencontrées et les émotions ressenties

PROGRAMME

INTRODUCTION
 Les origines du conflit et de l'agressivité

DÉFINITIONS
 Agressivité, agression, violence
 Troubles du comportement
 L'intention agressive

LES MÉCANISMES DU CONFLIT ET DE L'AGRESSIVITÉ
 Les causes des comportements agressifs
 Les indicateurs de montée de la tension agressive
 Les différentes formes de violence

MAITRISER L'AGRESSIVITÉ
 Diagnostiquer le niveau de dangerosité
 Les éléments de sécurité
 Les stratégies de gestion de l'agressivité

GENERER LE DIALOGUE
 Les différents modes de reformulation
 Les questions ouvertes, fermées, alternatives
 Les signes de reconnaissance
 La contre-argumentation douce



METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES



Apports théoriques et contextuels
 Analyse des exemples concrets, retours d'expérience
Séances de simulation afin que les participants puissent expérimenter, en situation réelle, les principes enseignés.

AFFIRMER UN COMPORTEMENT SOIGNANT

Les différents types de comportements
 Le comportement d'affirmation de soi

EXERCICES ET ÉTUDES DE CAS

SEANCES DE SIMULATION HAUTE REALITE

Lors de la deuxième journée, un comédien professionnel, spécialiste de l'improvisation, met en scène et joue les scénarios d'entraînement et/ou les cas présentés par les participants.

Les professionnels sont plongés instantanément dans la réalité des situations jouées en lien direct avec leur quotidien.

Ces séances de simulation sont ensuite commentées et analysées avec le formateur.

Annexe 4 : Formation Initiale et complémentaire par le CNEH (plateforme de conseil et de formation continue en soin) proposé à l'ensemble des HUS.



PROGRAMME COMMUNIQUANT

Intitulé de la thématique de formation : GESTION DES SITUATIONS CONFLICTUELLES VERBALES ET PHYSIQUES Formation initiale

Durée : 14 heures / 2 jours

Public : Tout professionnel exerçant dans des structures où le risque d'agression violente est présent

Intervenant : Dr Philippe WEISS, Psychiatre en établissement hospitalier, expert CNEH en matière de gestion de la violence (séquences 1, 2, 3 et 4) / Monsieur Eric SALEM, spécialiste en gestion de crise / conflit, ancien négociateur du GIGN, expert CNEH en matière de gestion des conflits et négociation

Les + de la formation : analyse des pratiques, jeux de rôle, études de cas, simulation filmée & débriefing collectif

Objectifs pédagogiques :

- Repérer les signes relevant d'une menace physique, identifier les éléments d'un conflit et éviter la surenchère
- Comprendre l'agressivité verbale pour pouvoir la désamorcer
- Adopter une réaction appropriée dans le cadre d'une situation de conflit, gérer son stress et agir en ayant confiance en soi
- Savoir réagir en cas d'agression physique afin d'assurer sa propre sécurité et celle de tierces personnes

Séquence 1 : Le cadre réglementaire de la violence à l'hôpital

- Le cadre réglementaire: les lois, circulaires et protocoles
- la responsabilité des agents
- le cadre de la protection prévu par le statut général de la fonction publique contre les violences et le harcèlement
 - La protection fonctionnelle
 - La suspension
 - La procédure d'alerte
- Le droit de retrait
- La déontologie des agents de la FPH
- L'obligation de prévention dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail

Séquence 2 : Identifier et comprendre les différentes situations de violence et d'agressivité rencontrées dans un établissement

- Recenser de façon exhaustive les différentes formes d'expression de l'agressivité et de la violence au sein d'un établissement : décrypter l'escalade du comportement agressif.
- Différencier les notions de violence et d'agressivité
- Catégoriser les différentes situations de violence: évaluation de la gravité des situations rencontrées
- Identifier le mécanisme d'expression de la violence/agressivité: stress et comportement inadapté / les 5 niveaux du comportement agressif.
- Repérer les prises en charge à risque: évaluer le potentiel de danger d'une situation.
- Prendre conscience des éléments déclencheurs d'une situation d'agressivité: indisponibilité des soignants, attente du patient, besoin d'information...
- Connaitre les pathologies psychiatriques et/ou les expériences de vie facilitatrices de l'émergence de situations de violence: éléments de psychopathologie.
- Décrire le contexte type favorisant une situation d'agressivité: heure, sexe, âge, types de prises en charge, organisation, pathologies, mode relationnel...

Séquence 3 : Développer des compétences individuelles et collectives afin de prévenir et de faire face aux situations d'agressivité/violence

- Identifier le contexte émotionnel chez le professionnel et l'usager durant l'exposition à une situation de violence: gestion du stress, comportement inadaptés.
- Repérer les attitudes à privilégier afin de prévenir et d'anticiper une situation d'agressivité: les 3 règles à respecter, le langage corporel.
- Evaluer la dangerosité d'une prise en charge: utilisation d'un outil de prédiction du passage à l'acte.
- Prévenir les situations d'agressivité et les désamorcer
- Connaitre le plan d'actions à mettre en place face à un usager agressif: Evaluer, alerter, protéger, intervenir, négocier, résoudre, stabiliser, surveiller.
- Identifier les modalités relationnelles à mettre en œuvre: attitudes à privilégier, attitudes à éviter.
- Savoir utiliser le processus de désescalade

Annexe 4 :

Séquence 4 : mises en situation et débriefing : de la prévention, à la gestion de l'agressivité en passant par la désescalade

ATELIER DE CODEVELOPPEMENT (CODEV) en groupe restreint afin de faciliter les appropriations suivantes :

- La prévention de l'agressivité : qui fait quoi?
- Evaluation du potentiel et de dangerosité (OUTIL 1 : Autodiagnostic de la dangerosité)
- Les bonnes attitudes et postures (OUTIL 2 : L'arbre décisionnel Posture / situation)
- Sécurisation et mise en protection lors d'une situation de violence
- Plan d'actions de gestion d'une situation d'agressivité – Focus sur les actions de désescalade (OUTIL 3 : Bonnes pratiques « Les 5 A »)
- Les gestes techniques de mise en sécurité et de self sauvegarde

FOCUS SELF SAUVEGARDE

La mise en application des techniques relationnelles et des gestes techniques de mise en sécurité

L'ensemble des techniques relationnelles, de négociation et de self sauvegarde abordées lors de cette séquence :

- mise en pratique de gestes techniques du self sauvegarde basé sur une approche non-violente
- séries courtes de répétitions et d'application des principales techniques corporelles de gestion et de mise en protection à partir de situations réelles
- jeux de rôle : à partir de situations d'agressivité et/ou de violence de différentes intensités (pour chaque situation les issues favorables et défavorables seront expérimentées afin de permettre la mise en application des techniques relationnelles, de négociation et des gestes techniques : désescalade, dégageant, immobilisation, protection..)



PROGRAMME COMMUNIQUANT

Intitulé de la thématique de formation :
GESTION DES SITUATIONS CONFLICTUELLES VERBALES ET PHYSIQUES
Formation complémentaire

Durée : 7 heures / 1 jour

Public : Tout professionnel exerçant dans des structures où le risque d'agression violente est présent

Intervenant : Monsieur Vincent ARQUES, cadre supérieur de santé, expert CNEH en matière de gestion de la violence et en communication non violente

Les + de la formation : analyse des pratiques, jeux de rôle, études de cas, simulation filmée & débriefing collectif

Objectifs pédagogiques :

- Maintenir les compétences définies dans le référentiel de formation, à un niveau au moins équivalent voire supérieur à celui de sa formation initiale

Rappel des objectifs de la formation initiale :

- Repérer les signes relevant d'une menace physique, identifier les éléments d'un conflit et éviter la surenchère
- Comprendre l'agressivité verbale pour pouvoir la désamorcer
- Adopter une réaction appropriée dans le cadre d'une situation de conflit, gérer son stress et agir en ayant confiance en soi
- Savoir réagir en cas d'agression physique afin d'assurer sa propre sécurité et celle de tierces personnes

Séquence 1 : Analyse des pratiques (APP) à partir des retours d'expérience des participants

Atelier de codéveloppement des pratiques professionnelles en lien avec la gestion des conflits et de l'agressivité :

Il s'agit de permettre aux participants de développer une posture réflexive sur ce qu'ils font à partir de l'exposé de situations concrètes et de répondre collectivement aux questions ci-dessous :

- Comment relire, analyser, réguler notre expérience terrain pour éviter ou/et gérer des conflits ?
- Comment développer de nouvelles compétences en savoir être pour mieux travailler en équipe?

Il s'agit également sur la base du volontariat d'identifier les situations qui seront exposées lors de la séquence 2

Séquence 2 : Mise en situation à partir de situations apportées par les participants et abordées lors de l'APP - Temps 100% Pratique -

La particularité de cette séquence est de mettre en application des techniques innovantes de négociation et de gestion physique des situations d'agressivité en milieu de soins à partir de situations vécues et abordées lors de la séquence 1 en APP

Il s'agit pour les participants d'explicitier la situation au groupe, de la décortiquer et d'identifier les forces et les faiblesses de la prise en charge

Ensuite sous forme de jeux de rôle la situation sera rejouée afin d'apporter collectivement des transformations en terme de réponses et d'attitudes employées

TEMPLIN (Nicolas) – La gestion de l'agressivité au Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. Odontol. : Strasbourg : 2023 ; N°3)

N°43.22.23.03

Résumé : L'agressivité sur le lieu de travail concerne des millions de professionnels dans le monde et le secteur de l'odontologie n'est pas en reste. Chez les agents hospitaliers exposés, le stress et l'anxiété ne font que croître, menant à une baisse significative de la qualité de vie au travail et peuvent impacter la capacité de l'agent à réaliser ses tâches. C'est pourquoi, nous nous pencherons sur la question de l'agressivité subie par le personnel soignant et en particulier en odontologie. Pour ce faire nous tenterons alors de comprendre l'agressivité en santé au travers d'une revue de la littérature, en définissant d'abord l'agressivité, ses causes et ses conséquences. Puis en dressant un état des lieux de l'agressivité envers les professionnels de santé et des professionnels de santé entre eux. Et enfin, nous réaliserons une enquête auprès du personnel médical et non médical du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Rubrique de classement : Santé Publique

Mots clés : Agressivité, violence, facteurs de risques, odontologie, hôpital

Me SH : Aggressivity, workplace violence, risks factors, health sector, dentistry

Jury :

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Professeur VIDAILHET Pierre

Docteur STRUB Marion

Docteur EHLINGER Claire

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

N. TEMPLIN

5 rue des Echasses

67000 STRASBOURG

Adresse de messagerie :

nicolas.templin@orange.fr