

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES BIOMEDICALES



Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE
AND BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS

**FACTEURS FAVORISANT LA VIOLENCE
DANS LES SERVICES DES URGENCES DES
HOPITAUX DU CAMEROUN : OBSERVATIONS
DES PERSONNELS HOSPITALIERS**

Thèse soutenue p en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine par

MENYE TOMO Paul Kevin

Matricule : 14M008

Jury

Président :

Pr CHEIKNA SYLLA

Rapporteur :

Pr OWONO ETOUNDI PAUL

Membres :

Pr ESSI Marie-José

Dr NSEME ETOUKEY

Directeur :

Pr OWONO ETOUNDI Paul

Maître de conférences Agrégé

Anesthésie Réanimation

Co-Directeur :

Dr AMENGLE Albert

Maître Assistant

Anesthésie Réanimation



Année académique : 2021-2022

Table des matières

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE.....	IV
SERMENT D’HIPPOCRATE	XXVII
RESUME.....	XIX
SUMMARY	XXI
Liste des tableaux	XXIII
Liste des figures.....	XXIV
ABBREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	XXVI
I. INTRODUCTION.....	1
I.1 PROBLEMATIQUE.....	2
I.1.1 JUSTIFICATION DE RECHERCHE.....	2
I.1.2 QUESTION DE RECHERCHE	3
I.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE	3
II. REVUE DE LA LITTERATURE	5
II.1 Généralités	5
II.1.1. DEFINITION ET TYPOLOGIE DE LA VIOLENCE	5
II.1.1.1. Définition de la Violence	5
II.1.1.2 Typologies de la violence.....	6
II.2. EPIDEMIOLOGIE	7
II.2.1. En Europe	7
II.2.2. En Afrique.....	8
II.3. Service des urgences : interface entre climat social et organisationnel.....	8
II.3.1. Paradoxe à l’hôpital : un lieu de sanctuaire de soins ou un terreau de stress et de violence.....	8
II.3.2. Caractéristiques générales de la violence externe en milieu de soins	9
II.3.3. Spécificités du service des urgences	11
II.4. Facteurs, manifestations et conséquences de la violence au service des urgences.....	12
II.4.1. Facteurs de la violence	12
II.4.2. Manifestations de la violence.....	16
II.4.3. Réactions psychologiques liées à la violence	20
II.5. Mécanismes de régulation de la violence.....	23
II.6. La prévention.....	24
II.6.1. Processus de la prévention de la violence.....	24
III. METHODOLOGIE	28
III.1. TYPE D’ETUDE.....	29

III.2. LIEU DE L'ETUDE.....	29
III.3. DUREE ET PERIODE D'ETUDE.....	29
III.4. POPULATION D'ETUDE.....	29
III.5. PROCEDURE	30
III.6. ANALYSE DES DONNEES	30
III.7. VARIABLES ETUDIEES.....	30
III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES	30
III.8.1 Autorisations institutionnelles	30
III.8.2 Clairance éthique	31
IV. RESULTATS	31
IV.1 Profil des services des urgences des hôpitaux enquêtés.....	32
IV.1.1. Nombre d'hôpitaux retenus	32
IV.1.2. Répartition géographique des hôpitaux retenus	34
IV.1.2. Description du service des urgences	35
IV.2. Formes de violence révélées par le personnel hospitalier	39
IV.2.1. Répartition du personnel ayant participé par hôpitaux.....	39
IV.2.2. Répartition du personnel ayant participé par catégorie professionnelle.....	40
IV.2.3. Répartition du personnel ayant été victime de violence par catégorie professionnelle.....	40
IV.2.4. Formes de violences subies par le personnel soignant.....	41
IV.3. Facteurs favorisant les violences.....	42
V. DISCUSSION.....	44
V.1. Profil des services des urgences	45
V.1.1. Nombre d'hôpitaux enquêtés et répartition géographique.....	45
V.1.2. Le service des urgences	45
V.1.3. Nombre de lits disponibles dans les services des urgences	45
V.1.4. Salles de déchocage.....	46
V.1.5. Personnel du service des urgences.....	46
V.1.6. Pharmacie du service des urgences	47
V.1.7. Ambulance.....	47
V.1.8. Nombre de passage.....	47
V.2. Formes de violence révélées.....	47
V.3. Facteurs favorisant les violences	48
CONCLUSION	50
RECOMMANDATIONS	52
REFERENCES	54
REFFERENCES.....	55
ANNEXES	60

Annexe 1 : 61

DEDICACE

A mes très chers parents

Mon père TOMO MENYE Paul

Et

Ma mère MBIANDA A EFANDENE Verenne Angèle

REMERCIEMENTS

- **Au SEIGNEUR DIEU** par qui tout ceci a été possible, pour son amour infini et pour ses grâces dont il ne cesse de nous combler.
- **A mon Directeur de thèse** le Pr OWONO ETOUNDI Paul. Cher Maître, merci de nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Nous vous sommes grandement reconnaissante du temps que vous nous avez accordé dans le souci de parfaire ce travail. Malgré vos occupations multiples, vous avez su vous rendre disponible pour l'encadrement de cette thèse. Recevez Cher Maître, l'expression de la profonde gratitude de votre élève.
- **A mon Co-Directeur de thèse** Dr AMENGLE Albert pour son encadrement et sa disponibilité durant ce travail
- **Aux Honorables Membres du Jury** pour vos remarques et critiques constructives pour l'amélioration de ce travail.
- **Au Doyen** de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales Pr ZE MINKANDE et à tout le corps enseignant et au personnel administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), pour les efforts fournis afin de nous offrir une formation de qualité.
- **Aux Responsables du Ministère de la Santé Publique** pour avoir autorisé la réalisation de ce travail.
- Aux Directeurs des hôpitaux ayant participé à la réalisation de ce travail, de même qu'à tous leurs personnels pour leur collaboration.
- **Aux Résidents d'Anesthésie-Réanimation** : Dr KAMGA Michèle, Dr MBIDA Lucien, Dr MINDJEME Benjamin pour leur implication dans l'accomplissement de cette étude.
- **A MBARGA NGUELE Martin** : ce grand-père qui a toujours su encourager et soutenir l'excellence.
- **A mes frères et sœurs** : Danielle NTYAM, Clarisse TOMO, Carmen TOMO, Jorel MENYE, Claudel TOMO, Angela TOMO et François Gregory MENYE, ainsi qu'à tous les membres de ma famille qui de près ou de loin m'ont apporté leur soutien durant cette formation.

- **A ma très chère Péguy Flore MINLAME** pour sa précieuse présence, son soutien et encouragements particuliers.
- **A vous mes amis :** Jeanne YOMOG, Emmanuel TOUKOULOU, Rose AMBOUMA, Charlotte FOUDA, BENGONO Robert, ESSINDI, Djamaal NJOYA et tous ceux que je n'ai pas pu citer ; votre soutien, vos accompagnements et vos conseils m'auront été plus que précieux.
- **A tous mes frères de la 47^e promotion :** William ZAMBO, Patrick MBONGO FOUDA, Arthur MBONO, Louis-Marie MVENG, Victor MUVANDIMWE, ONAMBALA Jean, Thibault MBELE ; merci pour tous les précieux moments passés ensemble. Le parcours aurait été différent sans vous.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :
Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr MAH
Evelyn MUNGYEH

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr NGO UM Esther Juliette
épse MEKA

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :
Dr NSEME ETOUCKEY Eric

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : M. MEKA Gaston

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Chef de Service Financier : M. MPACKO NGOSSO Charles Romuald

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques Adjoint : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : M. NNA Etienne Prosper

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr KABEYENE OKONO Angèle

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr NKO'O AMVENE Samuel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
01	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
02	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
03	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
04	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
05	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
06	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
07	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
08	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
09	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
10	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
11	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
12	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
13	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
14	HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
15	OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
16	BANG GUY Aristide	MA	Chirurgie Générale
17	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
18	JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
19	NGO YAMBEN Marie Ange	MA	Chirurgie Orthopédique
20	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
21	AMENGLÉ Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
22	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale

23	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
24	FONKOUÉ Loïc	CC	Chirurgie Orthopédique
25	MBOUCHE Landry Oriole	CC	Urologie
26	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	CC	Urologie
27	TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
28	SAVOM Eric Patrick	CC	Chirurgie Générale
29	BELLO FIGUIM	AS	Neurochirurgie
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	AS	Neurochirurgie
31	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	AS	Urologie
32	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
33	FOUDA Jean Cédric	AS	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	AS	Anesthésie-Réanimation
35	KONA NGONDO François Stéphane	AS	Anesthésie-Réanimation
36	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	AS	Chirurgie Orthopédique
37	MULUEM Olivier Kennedy	AS	Orthopédie-Traumatologie
38	NWAHA MAKON Axel Stéphane	AS	Urologie
39	NDIKONTAR KWANJI Raymond	AS	Anesthésie-Réanimation
40	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
41	NYANIT BOB Dorcas	AS	Chirurgie Pédiatrique
42	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	AS	Neurochirurgie
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
43	NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro- Entérologie
44	AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
45	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato Gastro- Entéro.
46	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
47	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie

48	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
49	KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
50	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
51	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
52	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
53	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
54	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
55	NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
56	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
57	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
58	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
59	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
60	KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
61	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
62	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
63	KOWO Mathurin Pierre	MA	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
64	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
65	BOOMBHI Jérôme	MA	Médecine Interne/Cardiologie
66	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MA	Médecine Interne/Cardiologie
68	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
69	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
70	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
71	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	CC	Médecine Interne/Neurologie
72	NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	CC	Médecine Interne/Gastroentérologie
73	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie

74	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
75	DEHAYEM YEFOU Mesmin	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
76	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	AS	Médecine Interne/Oncologie Médicale
77	FOJO TALONGONG Baudelaire	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
78	MAÏMOUNA MAHAMAT	AS	Néphrologie
79	MASSONGO MASSONGO	AS	Médecine Interne/Pneumologie
80	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
81	MINTOM MEDJO Pierre Didier	AS	Médecine Interne/Cardiologie
82	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	AS	Médecine Interne/Cardiologie
83	NGAH KOMO Elisabeth	AS	Médecine Interne/Pneumologie
84	NGARKA Léonard	AS	Médecine Interne/Neurologie
85	NKORO OMBEDE Grâce Anita	AS	Médecine Interne/Dermatologue
86	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	AS	Médecine Interne/Gériatrie
87	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA M.	AS	Médecine Interne/Néphrologie
88	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	AS	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
89	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
90	MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
91	NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
92	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
93	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
94	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
95	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
96	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
97	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	AS	Radiothérapie

98	NWATSOCK Joseph Francis	AS	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
99	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
100	KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
101	BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
102	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
103	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
104	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
105	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
106	TEBEU Pierre Marie	p	Gynécologie Obstétrique
107	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
108	FOUEDJIO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
109	KEMFANG NGOWA J.D.	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
111	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MCA	Gynécologie Obstétrique
112	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
113	BELINGA Etienne	MA	Gynécologie Obstétrique
114	ESSIBEN Félix	MA	Gynécologie Obstétrique
115	METOGO NTSAMA Junie Annick	CC	Gynécologie Obstétrique
116	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
117	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	AS	Gynécologie Obstétrique
118	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	AS	Gynécologie Obstétrique
119	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	AS	Gynécologie Obstétrique
120	NYADA Serge Robert	AS	Gynécologie Obstétrique
121	TOMPEEN Isidore	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
122	DJOMOU François (CD)	P	ORL
123	BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophtalmologie

124	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
125	NDJOLO Alexis	P	ORL
126	NJOCK Richard	P	ORL
127	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
128	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
129	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
130	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
131	ÉPÉE Émilienne	MC	Ophtalmologie
132	KAGMENI Gilles	MCA	Ophtalmologie
133	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
134	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
135	NGABA Olive	MC	ORL
136	ANDJOCK NKOUO Yves Christian	CC	ORL
137	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
139	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
140	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	CC	Ophtalmologie
141	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	AS	Ophtalmologie
142	ATANGA Léonel Christophe	AS	ORL-CCF
143	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	AS	ORL-CCF
144	MOSSUS Yannick	AS	ORL-CCF
145	NANFACK NGOUNE Chantal	AS	Ophtalmologie
146	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	AS	ORL-CCF
147	NOMO Arlette Francine	AS	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
148	MONEBENIMP Francisca (CD)	P	Pédiatrie
149	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
150	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
151	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie

152	CHELO David	P	Pédiatrie
153	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
154	MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
155	MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
156	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
157	NGUEFACK épouse DONGMO Félicité	MCA	Pédiatrie
158	ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
159	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MA	Pédiatrie
160	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
161	MEKONE NKWELE Isabelle	CC	Pédiatre
162	EPEE épouse NGOUE Jeannette	AS	Pédiatrie
163	KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
164	MEGUIEZE Claude-Audrey	AS	Pédiatrie
165	TONY NENGOM Jocelyn	AS	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
166	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
167	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
168	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
169	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
170	MBANYA Dora	P	Hématologie
171	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
172	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
172	NKOA Thérèse	MC	Microbiologie /Hématologie
174	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
175	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
176	KINGE Thomson NJIE	CC	Maladies Infectieuses
177	LYONGA Emilia ENJEMA	CC	Microbiologie Médicale

178	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
179	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	CC	Parasitologie
180	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
181	BEYELA Frédérique	AS	Maladies Infectieuses
182	BOUM II YAP	AS	Microbiologie
182	ESSOMBA René Ghislain	AS	Immunologie et Maladies Infectieuses
183	MEDI SIKE Christiane Ingrid	AS	Biologie Clinique
184	NGOGANG Marie Paule	AS	Biologie Clinique
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
185	KAMGNO Joseph(CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
186	ESSI Marie Josée	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
187	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
188	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
189	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
190	TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
191	BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique
192	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
193	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
194	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
195	NJOU MEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
196	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacien
197	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
198	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	AS	Santé Publique/Epidémiologie
199	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
200	SANDO Zacharie (CD)	P	Anatomie Pathologie
201	ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
202	FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie
203	MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
204	BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
205	KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/Embryologie
206	AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
207	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	CC	Médecine Légale
208	NSEME Eric	CC	Médecine Légale
209	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	AS	Anatomopathologiste
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
210	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
211	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
212	AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
213	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
214	GUEWO FOKENG Magellan	AS	Biochimie
215	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
216	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
217	ASSOMO NDEMBA Peggy Brice	MC	Physiologie
218	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
219	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
220	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	AS	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
221	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine

222	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
223	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
224	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
225	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
226	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
227	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
228	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	AS	Stomatologie et Chirurgie
229	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	AS	Odontologie Pédiatrique
230	Jules Julien NDJOH	AS	Chirurgien-Dentiste
231	MBEDE NGA MVONDO Rose	AS	Médecine Bucco-dentaire
232	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	AS	Odontologie Pédiatrique
233	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
234	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
235	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
236	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
237	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
238	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
239	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
240	MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
241	TEMBE Estella épse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
242	TABI OMGBA	CC	Pharmacie

243	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
244	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
245	MBOLE Jeanne Mauricette épse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
246	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
247	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique
248	NYANGONO NDONGO Martin	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

CAMES :

- PT
- MCA
- MA

CCIU :

- P
- MC
- CC
- AS

SERMENT D'HIPPOCRATE

(DECLARATION DE GENEVE, 1994)

Au moment de l'admission comme membre de la profession médicale

« Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de l'humanité.

Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leurs sont dus.

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

La santé du malade sera ma seule préoccupation.

Je garderai les secrets qui me seront confiés.

Je sauvegarderai par tous les moyens possibles,

L'honneur et la noble tradition de la profession médicale.

Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national, racial,

Politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du malade.

Mes collègues seront mes frères.

Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception ;

Même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances médicales contre les lois de

l'humanité.

Je m'engage solennellement sur l'honneur et en toute liberté à garder scrupuleusement ces

promesses. »

RESUME

Introduction : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme l'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui risque fort d'entraîner un traumatisme, une carence, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. La violence en milieu hospitalier est de plus en plus fréquente dans nos hôpitaux. Elle est devenue le quotidien des camerounais et dénigre de plus en plus la vitrine de l'hôpital. L'objectif principal de ce travail était d'identifier les facteurs favorisant la survenue des violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun et plus spécifiquement de décrire les services des urgences des hôpitaux enquêtés, d'identifier la quantité et la qualité du personnel en service et d'énumérer les différentes formes de violence observées.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun de 2^e, 3^e et 4^e catégorie, allant du 1^{er} novembre 2021 au 31 mai 2022. Etaient inclus, les personnels hospitaliers de tous les grades travaillant dans les services des urgences de ces hôpitaux. L'échantillonnage était aléatoire simple. Les variables étudiées étaient : Le profil des services de urgences des hôpitaux retenus, les formes de violence relevées et les facteurs favorisant la violence.

Résultats : Dix-huit (18) hôpitaux ont été retenus. Tous les hôpitaux de 2^e et 3^e catégories avaient un service des urgences logé dans son bâtiment propre équipé d'un matériel médico-chirurgical nécessaire à la prise en charge des malades. Le nombre de lits en moyenne disponible dans les services des urgences de 2^e catégorie était de $14,33 \pm 1,53$ lits ; Celui de 3^e catégorie était $14 \pm 8,49$ lits et pour la 4^e catégorie était $5,62 \pm 3,01$ lits. Huit hôpitaux disposaient d'un service des urgences possédant une salle de déchocage fonctionnelle. On y rencontrait le personnel de tout grade : médecin spécialiste, médecin généraliste, infirmier diplômé d'Etat, aide-soignant, brancardier, agent de surface et ambulancier.

Parmi ces différents agents 112 ont déclaré avoir été victime des violences. Ce sont : Les médecins spécialistes (10, 8,93%), les médecins généralistes (34, 3,36%), les IDE (60, 53,57%), les AS (8, 7,14%).

Les formes de violence révélées par le personnel étaient : verbale (108, 96,43%), physique (38, 33,93%), morale (38, 33,93%), matérielle (18, 16,07%).

Les principaux facteurs favorisant ces violences selon ces personnels étaient : l'épuisement professionnel (52, 46,43%), le manque de communication de la part du personnel

(40, 35,71%), locaux et moyens techniques inadaptés (32, 28,57%), délai d'attente long (24, 21,43%) et le tempérament nerveux de l'utilisateur (82, 73,21%).

Conclusion : Selon les personnels hospitaliers des services des urgences, la violence est fréquente dans leur milieu. Les facteurs favorisant relèvent dans la plupart des cas de l'épuisement professionnel dans un environnement non adapté et des attitudes relevant de leur savoir-être.

Mots clés : Violences hospitalières ; SAU ; Personnels de hospitaliers ; Cameroun.

SUMMARY

Introduction: The World Health Organisation (WHO) defines violence as the deliberate use or threat of use of physical force or power against oneself, another person or against a group or community that has a high risk of causing injury, disability, death, emotional harm, maldevelopment or deprivation. Hospital violence is increasingly common in our hospitals. It has become the daily life of Cameroonians and increasingly denigrates the hospital's showcase. The main objective of this study was to identify the factors favouring the occurrence of violence in the emergency departments of Cameroonian hospitals and more specifically to describe the emergency departments of the hospitals surveyed, to identify the quantity and quality of the staff on duty and to list the different forms of violence observed.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study that took place in the emergency departments of 2nd, 3rd and 4th category hospitals in Cameroon, from 1 November 2021 to 31 May 2022. Hospital staff of all grades working in the emergency departments of these hospitals were included. The sampling was simple random. The variables studied were the profile of the emergency departments of the selected hospitals, the forms of violence noted and the factors favouring violence.

Results: Eighteen (18) hospitals were selected. All the second and third category hospitals had an emergency department in their own building equipped with the medical and surgical equipment necessary for patient care. The average number of beds available in category 2 emergency departments was 14.33 1.53 beds; category 3 was 14 8.49 beds and category 4 was 5.62 3.01 beds. Eight hospitals had an emergency department with a functional outpatient department. All grades of staff were present: specialist doctors, general practitioners, registered nurses, orderlies, stretcher bearers, ward staff and ambulance staff.

Of these different agents, 112 stated that they had been victims of violence. These are Specialist doctors (10, 8.93%), general practitioners (34, 3.36%), nurses (60, 53.57%), nurses' aides (8, 7.14%).

The forms of violence revealed by the staff were: verbal (108, 96.43%), physical (38, 33.93%), moral (38, 33.93%), material (18, 16.07%).

The main factors contributing to this violence according to these staff were: professional exhaustion (52, 46.43%), lack of communication on the part of the staff (40, 35.71%), unsuitable premises and technical means (32, 28.57%), long waiting time (24, 21.43%) and the nervousness of the user (82, 73.21%).

Conclusion: According to hospital emergency staff, violence is frequent in their environment. The contributing factors are in most cases professional exhaustion in an unsuitable environment and attitudes related to their behaviour.

Key words: Hospital violence; Emergency department; Hospital staff; Cameroon.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition géographique des hôpitaux retenus	34
Tableau II : Nombre de lits disponibles dans les services des urgences par catégorie	35
Tableau III : Service des urgences avec salle de déchocage	36
Tableau IV : Personnel en service dans les services des urgences.....	36
Tableau V : Nombre de passage selon l'hôpital.....	38
Tableau VI : Répartition du personnel ayant participé par hôpitaux	39
Tableau VII : Répartition du personnel ayant participé par spécialité.....	40
Tableau VIII : Les différentes causes de violence identifiées par le personnel soignant.....	43

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des hôpitaux par catégorie	33
Figure 2 : Personnel ayant été victime de violence par spécialité.....	41
Figure 3 : Formes de violence subies par le personnel	42

ABBREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

AIIC : Association des Infirmiers et Infirmières du Canada

AS : Aide-Soignant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et Sécurité

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

I. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit la violence comme l'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée 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 mal-développement ou une carence [1]. C'est un fléau qui sévit de plus en plus dans notre société et contrairement à ce que l'on pourrait penser, le secteur de la santé n'en est pas épargné. L'Hôpital est en effet un des lieux de prédilection de la violence. Les services des urgences étant le lieu de réception des malades à leur arrivée à l'hôpital sont souvent les plus touchés par ce fléau [2,3]. La violence prend de plus en plus d'ampleur en milieu hospitalier. En France par exemple, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) rapporte des statistiques mettant en évidence une hausse significative du phénomène estimant que : « les établissements de soins sont les plus exposés à ce phénomène et que les trois quarts des auteurs de violences sont des patients » [4]. Toujours d'après l'ONVS, 23 780 cas de violence ont été signalés dans 451 établissements déclarants en 2020 [4]. Au Maroc, les dernières décennies ont connu une émergence inquiétante de ce phénomène. Une étude menée à l'hôpital Mohamed V à Meknès en 2017, a dévoilé que 86% du personnel étaient victimes de violence verbale [5]. Une autre étude menée au département des urgences au CHU Ibn Sina en 2010, a mis en évidence que 70% des médecins enquêtés étaient victimes d'un acte de violence [5]. Le Cameroun n'est pas épargné par ce phénomène. En effet, la fréquence des violences dans les structures sanitaires n'a cessé de croître de façon exponentielle ces dernières années, faisant ainsi l'apanage des médias. Les services des urgences étant la vitrine des hôpitaux, le lieu par excellence où sont reçus les cas graves au pronostic vital engagé, sont des lieux de prédilection de la violence hospitalière. Étant donné qu'aucune étude traitant les violences hospitalières dans notre contexte n'a été retrouvée, nous nous sommes proposé d'étudier les facteurs favorisant la survenue des violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun.

I.1 PROBLEMATIQUE

I.1.1 JUSTIFICATION DE RECHERCHE

La violence en milieu hospitalier ne cesse de croître ces dernières années. Elle fait par conséquent l'objet d'un intérêt scientifique croissant. Au Cameroun, de nombreux incidents de violence dans les hôpitaux sont survenus ces dernières années. A titre d'exemples, Nous

pouvons citer quelques cas rapportés par la presse locale avec notamment le cas du directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé qui le 24 septembre 2021, avait été pris à partie par les membres de la famille d'un patient décédée aux services des urgences chirurgicales. Nous pouvons également évoquer le cas d'une femme médecin, en poste au centre de test covid-19 du palais des sports de Yaoundé, qui avait été violentée le 21 septembre 2021 sur son lieu de service par toute une famille. Face à la progression fulgurante de ce phénomène dans nos structures sanitaires, nous avons souhaité mener une étude à travers une enquête dans différents services d'urgence des hôpitaux du Cameroun.

I.1.2 QUESTION DE RECHERCHE

- Qu'est ce qui explique le recours à la violence dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun ?

I.2 HYPOTHESE DE RECHERCHE

- Les violences sont fréquentes dans les SAU des hôpitaux du Cameroun.

I.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE

➤ **Objectif général :**

- Déterminer les facteurs favorisant les violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Identifier la quantité et la qualité du personnel en service,
- Énumérer les différentes formes de violences observées

I.4 INTERET D'ETUDE

L'intérêt de notre étude était d'identifier, par les personnels hospitaliers eux-mêmes, les principales causes susceptibles d'être à l'origine de violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun et faire des suggestions aux autorités compétentes.

II.1 Généralités

II.1.1. DEFINITION ET TYPOLOGIE DE LA VIOLENCE

II.1.1.1. Définition de la Violence

Le concept de violence, en soi, représente une notion particulièrement importante puisqu'elle parcourt un ensemble de domaines : biologie et génétique, anthropologie, psychologie, sociologie, politique, etc. Or, dans chacune de ces sphères, la violence occupe une place et des fonctions bien spécifiques [6]. La violence est un concept assez large et couvre un vaste

II. REVUE DE LA LITTERATURE

spectre de faits. Chaque auteur essaie de la définir différemment de son collègue. Il la définit selon ses attitudes intellectuelles et ses préoccupations pratiques. Ceci rend impossible d'avoir un consensus pour la définition de la violence [7].

Étymologiquement, le mot violence provient du latin « *vis* », la force, sur l'usage de laquelle elle repose. La violence est donc l'abus de la force ou son usage déréglé. Elle repose sur l'agressivité, mais il ne faut pas confondre celle-ci et la violence. [8] Selon le « Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie clinique » (Jacques Postel, 1998), la violence est définie comme une « Force brutale qu'un être impose à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur. Elle est aussi représentée par toutes les conduites agressives qu'un sujet plus fort physiquement ou moralement fait subir à un plus faible : mauvais traitements (enfants maltraités), sévices sur le conjoint (femmes battues) ou même des actions criminelles pouvant aller jusqu'au viol ou au meurtre ». [9]

L'OMS a défini la violence comme, la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou des privations [10].

La définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés ; elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà

des actes de violence physique, incluant menace et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques ou les problèmes de carence et de développement affectif qui comportent le bien-être individuel, familial et communautaire. En France, au sens du droit civil, la violence est l'acte dégagé ou non, provoquant chez la personne victime un trouble physique ou moral comportant des effets néfastes pour sa personne ou pour ses biens [7].

II.1.1.2 Typologies de la violence

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

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

a. Selon l'OMS : [11]

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

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

a.2. La violence interpersonnelle

Elle concerne :

- La violence familiale et la violence entre partenaires, c'est-à-dire entre membres d'une même famille et entre proches.
- La violence communautaire entre individus sans liens de parentés qui se connaissent ou pas. (Exemple : les violences institutionnelles : école, lieu de travail, établissements de soins, centre de détention).

a.3. La violence collective :

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

b. Selon sa forme : [12,13]

La violence peut revêtir différentes formes :

b.1. La violence physique :

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

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

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

b.3. La violence verbale :

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

b.4. Les incivilités :

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

c. Selon son origine : [14,15]

c.1. La violence interne :

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

c.2. La violence externe :

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

II.2. EPIDEMIOLOGIE

II.2.1. En Europe

En France, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) rapporte des statistiques mettant en évidence une hausse significative du phénomène estimant que : « les établissements de soins sont les plus exposés à ce phénomène et que les trois quarts des auteurs

de violences sont des patients » [4]. Toujours d'après l'ONVS, 23 780 cas de violence ont été signalés dans 451 établissements déclarants en 2020 [4].

II.2.2. En Afrique

Au Maroc, les dernières décennies ont connu une émergence inquiétante de ce phénomène. Une étude menée à l'hôpital Mohamed V à Meknès en 2017, a dévoilé que 86% du personnel étaient victimes de violence verbale [5]. Une autre étude menée au département des urgences au CHU Ibn Sina en 2010, a mis en évidence que 70 % des médecins enquêtés étaient victimes d'un acte de violence [5].

II.3. Service des urgences : interface entre climat social et organisationnel

II.3.1. Paradoxe à l'hôpital : un lieu de sanctuaire de soins ou un terreau de stress et de violence

Boukourt (2016) constate que le caractère « sacré » de l'hôpital, lieu de soins, de sécurité et de vie qui lui conférait une place particulière dans la société n'échappe plus à la violence quotidienne. A ce titre, l'hôpital étant une société dans la société, ou pourrait-on dire, un système dans le système, est soumis à tous les comportements d'agression et de violence. L'auteure explique : « L'hôpital est devenu l'épicentre de toutes les tensions. L'exercice de la profession de soignant s'effectuant dans des conditions particulières de souffrances et d'inquiétudes fréquentes des patients et de leurs proches sous tendues par une forte demande et des conditions de travail dégradées. Nous assistons presque tous les jours à des scènes de violence dans les différents hôpitaux qu'il s'agisse de violence verbale ou physique ». [16]. Et partant du principe que le service d'urgence est «la vitrine » ou «la façade » [17] de l'hôpital, ou encore l'interface entre la société générale et la communauté fréquentant cet hôpital, il serait, dès lors, confronté doublement à ce phénomène de violence.

Rappelons que le service d'urgence est le seul service de soins ouvert en permanence, à tous ceux qui se plaignent d'un trouble organique et/ou psychologique brusque et urgent, et où le pronostic vital pourrait être en jeu [17]. Geoffroy (2012), médecin et philosophe, stipule dans son article, « Quelles violences à l'hôpital ? », que, l'hôpital, en tant que symptôme de la société, est un lieu de violence. Et il insiste sur le fait qu'il n'existe pas une seule violence, mais bien, plusieurs. Il les classe en trois catégories, celle qu'il qualifie de violence légitime, une seconde perpétrée à l'égard des soignants et une troisième commise à l'encontre des soignés.

C'est le second type de violence qui nous intéresse, particulièrement, pour notre sujet, c'est-à-dire la violence contre les soignants [18]. Il convient de rappeler que le fait d'étudier ces institutions de soins, n'est pas une chose facile, vu leur organisation et fonctionnement complexes. Dans notre étude, nous avons essayé d'aborder l'hôpital, comme une institution, une organisation, mais surtout, en tant que système, constitué, de plusieurs sous-systèmes, reflétant ainsi, les caractéristiques d'une société, avec ses spécificités sociale, politique, économique, et culturelle.

II.3.2. Caractéristiques générales de la violence externe en milieu de soins

L'hôpital est, du fait de son ouverture à tous, et à tout moment, confronté à toutes les formes de violence qui sévissent dans la société. L'évolution des techniques de prise en charge, et l'importance de la dimension économique, ont transformé l'hôpital en une entreprise, où le patient s'est mué en usager, ou « consommateur ». A ce propos, Barreau (2012) décrit l'hôpital comme étant une sorte d'entreprise commerciale, et le patient « se vit plus », comme un consommateur de soins, que comme un bénéficiaire ». Avec cette « mercantilisation » de soin, le patient s'est alors transformé, en client et fait bien entendre ses droits... par la force, si besoin. L'auteur ajoute que ce qui a amplifié les incohérences de la situation, puisqu'une institution, au départ de soins et de relation d'aide, se retrouve déshumanisée, du fait de sa technicisation.

Cette transformation touche la relation soignante soigné, qui a tendance à devenir, de ce fait, une sorte de contrat, où le soignant est soumis à une obligation qui dépasse celle des moyens, à celle du résultat. [19]. La déshumanisation de la relation a fait perdre à l'hôpital une certaine morale sociale qui le protégeait de la violence qui caractérise le reste de la société. Et le personnel de soins est, de plus en plus, confronté à des actes d'agression de la part des soignés et des leurs, notamment dans les services des urgences, où les « usagers » arrivent en pleine détresse, et où la communication entre le personnel et les malades et les accompagnants, se fait dans un contexte tendu. Sans oublier que certains patients sont, de prime abord, agressifs, de par leur pathologie (mentale, addiction...), ou, parfois, de par les traitements qu'ils prennent. Et pour mieux comprendre le paradoxe, qui caractérise l'hôpital, supposé être un lieu de soin, havre de paix, alors qu'il devient de plus en plus, un lieu de violence, il serait pertinent d'approcher les représentations qu'en ont les usagers de soins, d'un côté, et les soignants, de l'autre [16].

Partant du niveau épistémologique d'une institution, nous pourrions percevoir, qu'il s'agit, d'un cadre, institutionnel formel, regroupant une diversité qui est, d'une part,

professionnelle hiérarchisée, au niveau des statuts et des rôles ; (Médecins, infirmiers, administrateurs, ouvriers...), mais aussi, et d'autre part, une diversité de genre (Hommes et femmes), et une diversité intra- culturelle, caractérisant l'équipe soignante, dans un service de soins donné, et à l'hôpital à une plus grande échelle. D'autre part, cette diversité, est également interpersonnelle relevant plutôt du statut du patient, consultant à l'hôpital, à commencer par son arrivée aux services dits de « porte », comme le service des urgences, ou les services des « consultations externes », jusqu'aux services dits, « d'hospitalisation », où les patients sont, hospitalisés, pour une indication thérapeutique bien déterminée. En effet la diversité multidimensionnelle des patients ; (biologique, géographique, socio-psychologique, culturelle et spirituelle), est souvent incontrôlable, et peu gérable de la part des soignants, et des administrateurs travaillant à l'hôpital, aboutissant ainsi à une panoplie de réactions conflictuelles, voire violentes entre les deux protagonistes de soin [16].

La présence de cette asymétrie dans la relation entre collègues, ou entre soignants et soignés, à l'hôpital, conduit nécessairement, à la mise en place d'une certaine législation de ces relations, qui sont, par ailleurs, régies par, un ensemble, de réformes continues, et de normes sociales, juridiques, et sécuritaires. Ces règles servent à tracer les droits et les devoirs de chaque intervenant (acteur), dans le système de soins, qu'il y soit fournisseur, ou usager (bénéficiaire). Effectivement, Force est de constater que l'hôpital, a changé d'image, et peut être de fonctions, suite à ces réformes, auxquelles il a été soumis, au fil des temps.

Dans cet ordre d'idée, nous pouvons donc déduire, que nous sommes, en face d'une rencontre multiple entre des soignants et des soignés, ayant tous les deux, des caractéristiques personnelles, socio-psychologiques, culturelles et spirituelles différentes. Cette rencontre, pourrait, à un moment donné, générer des conflits et des accrochages entre les usagers de soin et le soignant. Un autre point qui mérite d'être mentionné, c'est, celui de la divergence des attentes, et des perceptions. Il importe de décrire, ces attentes et ces représentations que chacun d'eux a du service d'urgence. En ce qui concerne les attentes du patient par rapport au service d'urgence, comme le soulignent Delamour & Marcelli, « Certains patients abordent les urgences, voire plus largement l'institution hospitalière, avec « une logique de consommation où toute demande < se doit > d'être contentée dans les meilleurs délais. (...)».

Les principales attentes du soigné consistent, tout d'abord, à ce qu'il soit guéri, et soulagé de ses souffrances physiques et psychologiques, et à retrouver, partiellement ou totalement, son état, de bien-être et de bonne santé initial, en exigeant, le respect, toute la bienveillance et la haute compétence du soignant ». [20]. Ce dernier, quant à lui, s'attend à ce

que, ses efforts prodigués dans la prise en charge du patient soient couronnés de succès, en aidant le patient à améliorer son état de santé, méritant en retour, un tant soit peu de reconnaissance, lui procurant, ainsi, une sorte de satisfaction morale et de réussite dans son travail. A première vue, ces deux types d'attentes semblent être bien légitimes.

En revanche, il se trouve que derrière ces nobles objectifs se cachent, des perceptions et des représentations individuelles et collectives (sociales), conscientes et/ou inconscientes, en perpétuelle évolution. Evolution, qui nous pousse à réfléchir et à nous interroger sur les causes réelles de ces transformations et de ces mutations, parfois paradoxales ou confusionnelles, telles que nous les constatons dans nos structures de soins, en particuliers entre les soignants et les soignés.

II.3.3. Spécificités du service des urgences

Le terme « urgence » vient du latin « urgere » qui signifie « pousser, presser, dont on doit s'occuper sans retarder » [20], dès le Vème siècle, le terme, est employé dans le même sens qu'aujourd'hui. Selon les mêmes auteurs, la définition médicale du terme, « Urgence » désigne selon Le Dictionnaire Larousse : « le caractère de ce qui est urgent » et la « nécessité d'agir vite ». Au niveau médical, l'urgence est un service hospitalier, en général, où on prodigue des soins d'importance immédiate. L'objectif étant de pouvoir traiter des symptômes le plus rapidement possibles. L'Urgence médicale : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant. » [21].

Les urgences constituent, ainsi, l'interface de l'hôpital sur la société. Elles assurent le lien direct entre la population et le milieu de soins. Une sorte de porte d'entrée, large ouverte, qui suscite, donc, l'accueil de personnes venant de tous paysages (culturels, et sociaux) dans une quête urgente de soins. La caractéristique fonctionnelle d'un service d'urgence, c'est, essentiellement, un flux de fréquentation irrégulier, des motifs de consultation disparates ; (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux...), et une alternance de problèmes d'urgence vitales nécessitant une mobilisation instantanée et d'autres moins graves, pouvant être différés.

La spécificité d'un service d'urgence repose, entre autres, sur la spécificité de ses missions. La principale mission des urgences est définie comme étant celle « d'offrir des soins tous les jours de l'année, 24h sur 24, à toute personne se présentant en situation d'urgence

physique ou psychiatrique ». De ce fait, la mission des urgences englobe l'accueil, le tri, le diagnostic, les soins immédiats, mais aussi, l'information du patient et de sa famille et l'orientation dans un deuxième temps, des patients vers d'autres domaines de soins. Ces soins prodigués dans ces services d'urgence adoptent une approche globale, que l'on appelle aussi approche holistique.

La prise en charge s'appuie sur une évaluation médicale, chirurgicale, psychiatrique et/ou médico-sociale qui est entamée plus ou moins rapidement selon le degré de gravité et de menace vitale, et indépendamment de l'ordre d'arrivée aux urgences. [22]

II.4. Facteurs, manifestations et conséquences de la violence au service des urgences

II.4.1. Facteurs de la violence

La longue durée d'attente et les rapports difficiles avec les patients et leurs familles, semblent constituer les facteurs les plus avancés dans l'émergence de la violence verbale qui dégénère dans la plupart du temps en violence physique. [23]. Dans la continuité de cette idée de la violence au travail, liée aux conditions du travail, (Gournay et al, 2002), stipulent que ce sont, essentiellement, la charge de travail, l'ambiguïté des rôles, les interruptions de tâches, les conflits interpersonnels, ainsi que toutes les difficultés relationnelles et communicationnelles, qui pourraient s'établir entre le soignant et le soigné, qui favorisent le plus l'émergence de cette violence [24]. Il rajoute un autre facteur qui découle de la confrontation à la souffrance et à la mort. [25]. Une étude, Européenne PRESST-NEXT, qui a porté sur 40 mille paramédicaux de 11 pays européens, a démontré que les principaux facteurs à l'origine d'évènements de violence se résument comme suit :

- Le fonctionnement du travail en équipe : manque ou décalage dans le temps de transmission des informations entre les membres de l'équipe soignante, contradiction dans les ordres reçus, et manque de soutien social.
- Des conditions de travail défavorables ; Exemple : Le travail seul, ou de nuit, est à même d'augmenter la susceptibilité d'être exposé à la violence. Quand un professionnel travaille seul, surtout quand il a en charge la responsabilité de personnes fragiles, constitue un environnement plus exposé à la violence (Dans les hôpitaux, comme dans les écoles, ou dans les centres où les personnes sont vulnérables).
- Le manque de qualification et d'expérience chez les jeunes soignants. [16]

Dans le cadre d'une enquête SUMER (2010), l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, (AIIC) [26], a dégagé d'autres facteurs :

- Manque permanent de personnels et le recours à du personnel temporaire
- Accessibilité aux établissements de soins, facile et non contrôlée.
- Cadre et mesures de sécurité défaillants dans les établissements de santé
- Intervention, imposant aux personnels d'être en contact et à une proximité étroite avec les patients - Emotions intenses lors des soins avec patients
- Durée d'attente et les conditions d'accueil aux urgences faisant l'objet de beaucoup d'insatisfaction de la part des patients. En effet, les délais d'attente sont trop longs à cause du phénomène de plus en plus aigu de saturation des Urgences. Cette attente met face à face, une équipe soignante débordée par le flux important de patients, et ceux-ci et leurs proches qui ne comprennent pas qu'on puisse attendre « autant », alors qu'on présente, justement, une urgence. Cette attente se chiffre, en effet, et selon les études en moyenne, à 2h30, pour une présence totale de 4h y compris la durée du soin [27].
- Exigences procédurale, contestation d'une décision médicale.... Gbezo, a attiré l'attention sur les facteurs déterminants la violence chez les soignants, en les distinguant en facteurs endogènes et exogènes. L'auteur a spécifié, dans son analyse, d'autres facteurs, en plus de ce qui a été évoqué plus haut, à savoir ; les caractéristiques personnelles de l'agresseur, les aspects biologiques et l'implication de la victime. [28]

II.4.1.1. Facteurs endogènes :

a. La personnalité de l'agresseur

Les personnalités violentes se caractérisent par certains traits saillants, dont l'instabilité émotionnelle, l'impulsivité, l'excitabilité, l'intolérance à la frustration... Ces traits étant alimentés par d'autres facteurs comme un sentiment d'insécurité et une estime de soi basse, des antécédents de violence, la consommation de substances enivrantes. Certains troubles de personnalité, (névrotique, psychotique, ou borderline), ou des pathologies psychiatriques, comme la schizophrénie, la paranoïa... peuvent aussi, générer des personnalités violentes. A défaut d'un profil type d'agresseur, nous pouvons avancer que la combinaison de plusieurs de ces éléments, est susceptible d'aboutir à un tableau bien garni, permettant de repérer, plus facilement, les personnes à tendance agressive.

b. Les aspects biologiques

Certains chercheurs qui défendent la thèse du « chromosome du crime », ou la primauté de l'inné sur l'acquis, affirment que certains aspects biologiques rendent une personne prédisposée à commettre des comportements violents :

- Un dysfonctionnement du système nerveux, responsable de comportement psychopathe.
- Un taux élevé de l'hormone de testostérone, pourrait également jouer un rôle dans la tendance à la violence.
- La variable genre est important, puisqu'on remarque l'implication de l'homme dix fois plus souvent que la femme dans des actes de violence.
- La tranche d'âge se situant entre (15 et 30 ans) serait, selon des études, l'âge où on est le plus violent.

c. L'implication de la victime

D'après E. Gbezo, l'individu, face à la violence, fait partie directement ou indirectement de ce processus, par ses comportements, ses émotions...ce qui pourrait majorer ou minimiser l'évènement de violence vécu au travail : « Chacun a sa façon de réagir face à l'agressivité et cela dépend de son tempérament, de ses expériences vécues, de sa résistance au stress. L'anxiété inhibitrice et la colère entraînent souvent des comportements inefficaces pour se sortir des situations difficiles » [29].

En prenant l'exemple du soignant ajoute que : « les réactions immédiates et individuelles des soignants sont généralement dictées par leur personnalité, l'expérience acquise,

l'environnement physique, l'éthique et les patients impliqués ». [29]. Cette idée, a été évoquée, par Palazzolo, en insistant sur l'importance des « facteurs humains » dans la prise en charge de « l'agir violent » [30].

- Un état de stress aigu ou chronique, chez le soignant, peut être une source de violence.
- L'impulsivité qui se trouve plus élevée chez les hommes que les femmes, pourrait aussi, dans certaines situations, être déterminante.
- La nature du secteur de soin, en général, et plus particulièrement la spécificité de la profession infirmière, a son poids, dans l'exposition à l'agressivité et à la violence.
- La qualité et le type de relations transférentielles et contre-transférentielles entre l'infirmier et le patient, pourrait constituer de bonnes assises suscitant, ou aggravant des réactions agressives de part et d'autre chez le couple « soignant-soigné ».
- La notion d'incertitude, ou «la néophobie », est au cœur de la relation infirmier- patient : si le premier (le soignant), met en place des mécanismes de défense, lui permettant de se protéger contre la peur, voire l'angoisse de l'incertitude, comme l'évitement, la fuite en avant... Le deuxième (le patient) déploie, de son côté aussi, et d'une manière inconsciente, un éventail de mécanismes défensifs contre cette incertitude, mécanismes qui ne sont, hélas, pas toujours efficaces. Pour lui, l'incertitude est liée à la maladie et à la situation qui ne lui est guère familière. Le patient développe alors des mécanismes pour contrecarrer cette incertitude, comme la projection aggressive, la maîtrise, le déni, etc. ... en vue de s'adapter à une nouvelle réalité. [31]

II.4.1.2. Facteurs spécifiques à l'activité du personnel soignant

a. La stagnation à un même endroit :

Les patients et leurs accompagnants ne comprennent pas qu'ils doivent rester pendant des heures sur un brancard ou dans un box d'urgence, car pour eux, le service des urgences n'est, en réalité, qu'un sas de passage vers un « vrai » service, où on sera pris en charge « pour de bon ». Ce genre de problème se rencontre, essentiellement, les nuits ou en week-end, quand le patient, une fois stabilisé, reste en attente de l'avis du spécialiste.

b. L'opposition de l'équipe aux exigences du patient :

Souvent, des patients viennent aux urgences pour demander tel ou tel examen, radiographie, scanner, voire hospitalisation d'un parent. Mais ces examens ne sont pas nécessaires pour le patient, et les soignants ont, alors, beaucoup de mal à convaincre la famille

de leur inutilité, et leur opposition est perçue comme frustrante de la part des accompagnants. Les actes médicaux invasifs, ou le simple fait de déshabiller un patient sont perçus par celui-ci ou par ses accompagnants comme étant une invasion de son intimité, une sorte de viol, et les met sur la défensive face à ce qu'ils perçoivent comme une agression.

c. Les facteurs liés au personnel :

Les soignants étant, généralement, débordés ne peuvent plus trouver le temps de communiquer avec le patient ni avec ses proches, surtout en ce qui concerne la gravité, ou non, de son état. Ce défaut de communication peut générer chez le patient le sentiment d'être ignoré, ce qui augmente son angoisse. Il se trouve perdu dans ce monde inconnu qui refuse de lui dire la réalité de son état. Ce sentiment se retrouve au moment de la relève de la garde, quand le patient se retrouve face à un autre professionnel, et que celui qui s'était occupé de lui, auparavant est parti sans rien lui dire, et sans se soucier de lui [28].

d. Un environnement psychosocial et professionnel qui se caractérise par le manque de confiance et le stress :

Ceci pourrait favoriser la recrudescence des agressions et des conflits relationnels entre employés. Ces conflits pouvant dégénérer en actes de violence et de harcèlement, y compris moral, sur le lieu du travail. Or le stress devient une caractéristique constante du travail à l'hôpital, au point que cette tendance a été étudiée et analysée par différentes méthodes comportementalistes et cognitives, pour tenter d'anticiper les possibles conséquences de la violence en milieu de soins [32].

II.4.2. Manifestations de la violence

Le rapport de l'ONVS, en 2014, a précisé, que « *les manifestations de violence sont de nature et gravité différentes ; sous forme d'agressions verbales, elles sont quotidiennes (69% d'injures et de menaces), et les agressions physiques y sont nombreuses (31%). A la différence du secteur psychiatrique, confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit. Le personnel hospitalier en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Interfèrent également accompagnateurs et intrus, étrangers à la demande de soins* » [33]. Ce constat, nous laisse supposer que la violence en milieu de santé, en plus de prendre plusieurs formes, change également en fonction de plusieurs éléments, et circonstances liées au contexte du travail, liés aux professionnels, et à leurs caractéristiques individuelles...Au vu de ces données, les

individus ne sont, donc, pas tous agressifs ou violents, avec la même intensité ou encore à la même fréquence, et encore moins avec la même expression de la violence. En effet tous ces paramètres, rentrent dans le processus de violence. Ce processus regroupe un ensemble de phases, assimilables à un escalier, qui commence par la forme la plus légère de la violence jusqu'à la plus sévère. On parle, dès lors, de « *l'escalade de la violence* ». Et durant tout le processus, la violence change de forme et d'intensité [34]. En abordant le domaine de soins, « *les soignants, observent les signes de montée d'agitation et interrompent le processus avant que celui-ci n'aboutisse à des violences physiques plus « graves » qui seraient en quelque sorte l'aboutissement du processus* » [35]. (Falcy & Gsteiger, 2012, p.18) supposent que comprendre ce processus, en milieu de soins serait un moyen d'anticiper la violence et permettrait au soignant d'interrompre ce processus, évitant ainsi l'aggravation des manifestations de violence [36]. Il existe cinq étapes dans le mécanisme de survenue de la violence selon. (Gbézo, 2000) : [28]

- **La première phase** : Au cours de laquelle la personne accumule une tension nerveuse, et se sent atteinte dans son intégrité.
- **La deuxième phase** : Où cette tension nerveuse va augmenter, avec l'apparition de troubles anxieux et d'agitation psychomotrice
- **La troisième phase** : au cours de laquelle la personne voit les solutions à son problème diminuer progressivement. S'installe alors un état de panique. (Ex : la personne n'entend plus les soignants et ne leur répond plus).
- **La quatrième phase** : c'est la phase de passage à l'acte violent. La personne n'a plus la capacité de contrôler sa tension, elle l'extériorise et mobilise toute son énergie.
- **La cinquième phase** : c'est la phase de détente. La personne est vidée de son énergie avec, plus ou moins, l'apparition de sentiments de honte ou de culpabilité.

II.4.2.1. Les mécanismes de la violence :

Certains mécanismes, qui se traduisent par des ressentis psychologiques, peuvent inciter une personne à être violente, comme par exemple :

- **Se sentir menacée** : la personne peut se sentir menacée, physiquement, lorsque ses besoins de base, ne sont pas satisfaits ou par sentiment d'agression. Comme elle peut l'être aussi psychologiquement, quand elle se sent non respectée dans son intimité ou dans sa liberté. Cette menace peut, également, être matérielle, lorsqu'elle se trouve dépossédée de ses biens, de ses vêtements, etc.

- Se sentir manipulée ou prise au piège : ce sentiment émane d'une impression de n'être qu'un objet aux yeux et aux mains d'une ou d'autres personnes. Dans notre contexte de soins, le patient pourrait se sentir dépossédé de son identité, ou « exproprié » de son corps livré aux soignants.
- Se sentir frustrée : la nécessité pour certaines personnes de se trouver un agresseur potentiel pour extérioriser une frustration préexistante [37].

II.4.2.2. Les facteurs déclencheurs des réactions de violence :

En plus des facteurs endogènes et exogènes de la violence, il existe également des facteurs déclencheurs, qui diffèrent d'une personne à une autre en fonction de sa personnalité, son identité, son seuil de tolérance et du contexte spatial et temporel, au moment de l'acte violent.

1) L'espace vital : C'est cette bulle qui enveloppe chacun d'entre nous, dans notre rapport avec l'autre. En d'autres termes c'est la distance qui nous est indispensable pour nous sentir à l'aise. Car se sentir menacé, ou envahi dans son espace vital est à même d'aboutir à des réactions agressives. Cette distance change en fonction des endroits et des situations.

2) Le mode communication : Lorsqu'on est en relation, « on ne peut pas ne pas communiquer » [38]. En effet, en communication, tout est interprétable : le ton de la voix, les gestes, les mimiques involontaires du visage... Ils sont autant d'indices qui peuvent susciter des réactions agressives chez l'autre. Donc revoir et changer notre façon de nous adresser aux autres, peut diminuer la tension nerveuse.

3) L'estime de soi : Une valeur qui nous fait sentir à nos yeux et à ceux des autres qu'on est respecté et reconnu. Elle peut aussi devenir un facteur d'agressivité, et ce, en émettant un jugement sur une personne, et qui pourrait constituer un manque de respect, et par conséquent, déclencher un acte violent chez cette personne.

4) La sécurité : est un besoin fondamental de l'individu, selon la pyramide d'A. Maslow, (1943). Ce besoin se situe au deuxième niveau de la pyramide. (Protection du danger physique - Protection des menaces psychologiques - Délivrance de la douleur - Stabilité - Dépendance - Prédicibilité – Ordre. (Par ordre de priorité). Donc, le fait de ne pas se sentir protégé, contre des dangers réels ou imaginaires, physiques ou psychologiques, est susceptible de rendre la personne frustrée et anxieuse, ce qui pourrait la conduire à extérioriser cette frustration par des comportements agressifs [39].

5) L'autonomie : Il s'agit d'une qualité que nous cherchons, tous, à développer chez soi, mais aussi chez l'autre, (Ex : renforcer l'autonomie chez un patient par un soignant). Être autonome, c'est trouver un certain équilibre, nous permettant d'avoir cette capacité de choisir pour soi et d'avoir le contrôle sur sa vie. Mais lorsqu'on le fait pour l'autre dans le but de vouloir « soi-disant » l'aider, on pourrait au contraire l'infantiliser. Et de lui faire sentir que l'on choisit pour lui, pourrait le rendre frustré et agressif.

6) Le rythme : Chaque personne a son propre rythme, qu'elle mène dans son quotidien et par lequel elle évolue. Certaines personnes sont plus lentes que d'autres et l'inverse est vrai. Vouloir changer le rythme d'une personne à agir ou à prendre une décision, par exemple, serait source de stress et d'agressivité.

7) L'identité : C'est le fait de reconnaître une personne telle qu'elle, sans chercher à la juger ou à la comparer à une autre. Traiter quelqu'un comme ayant une identité équilibrée, et le reconnaître en tant que tel, ne peut que le rassurer, et même si ce n'est pas le cas, il serait mieux d'éviter de coller des étiquettes aux gens. Autrement, on risque de les voir réagir agressivement.

8) Le confort : Être préoccupée par un problème physique ou psychologique, amène la personne à retrouver son équilibre ou son homéostasie (Etat initial de bien être). En d'autres termes chercher un état de confort, nécessaire pour son bien-être. Dans sa quête de recherche de ce confort, l'individu peut vivre une situation de frustration, qui pourrait s'aggraver, si ce dernier ne trouve pas de soutien, et il pourrait passer à l'acte.

9) La compréhension : Communiquer avec l'autre, c'est, entre autres, essayer de le comprendre, mais aussi vouloir être compris. Mieux comprendre une personne, est l'écouter, l'accepter telle qu'elle est, la respecter, ne pas la juger... Sinon, on risque de briser la communication avec l'autre, et le pousser à être agressif, lorsqu'effectivement la compréhension fait défaut.

II.4.2.3. Les manifestations de la violence et de l'agressivité :

L'agression peut revêtir des manifestations très diverses allant d'une remarque âpre, jusqu'à l'homicide. Arnold Buss (1961), a identifié trois manifestations, ou dimensions illustrant les différents comportements agressifs :

1) physique-verbale (l'agression est exprimée par des gestes ou des paroles) ;

2) **active-passive** (elle correspond à une action positive que l'individu omet volontairement de réaliser) ;

3) **directe-indirecte** (la victime est physiquement présente ou absente).

L'association de ces trois dimensions renvoie à distinguer 8 types d'agression différents. Cette classification permet de rendre compte de la multitude des comportements susceptibles d'être identifiés comme agressifs.

II.4.3. Réactions psychologiques liées à la violence

II.4.3.1. Sentiment de culpabilité chez le travailleur victime de violence

La culpabilité, selon le dictionnaire de psychologie « est un sentiment plus ou moins diffus de commettre une faute. Nécessaire à toute vie sociale mais parfois douloureux et contraignant, le sentiment de culpabilité est l'impression de ne pas être juste, d'avoir, en fantasme ou réellement, enfreint un tabou, de nourrir un désir défendu, d'avoir eu un comportement coupable face à telle personne ou telle situation. Il en naît une forte angoisse et une tendance à l'auto accusation ». Lorsqu'il est victime de violence, au travail, un sentiment de culpabilité pourrait surgir chez le salarié. En effet, il remet en question plusieurs éléments, comme par exemple ses compétences professionnelles, son choix du métier, ses capacités à gérer les situations difficiles et de crises auxquelles il est confronté, il s'interroge également sur la confiance qu'on lui a accordée...

Certains stéréotypes représentatifs, pourraient majorer ces interrogations. Dans cette perspective, le travailleur, pourrait percevoir l'idée d'être victime comme une image « du travailleur faible », qui s'est fait « avoir », et certains peuvent appréhender cette situation comme des incompétences, de leur part. C'est dans cet esprit que le travailleur, (le soignant, en l'occurrence), pourrait transformer cette culpabilité en un mécanisme de déni, pour s'adapter à la situation, jugée comme insupportable. Partant de ce constat, le travailleur se sent, alors, dans une de deux situations : soit ; il reconnaît être victime, et il est de ce fait, étiqueté d'incompétent, soit il subit cette violence et la culpabilité qui en découle, en silence, avec toutes les conséquences pour lui-même, son entourage et l'entreprise toute entière. La loi du silence, et « l'autocensure », dans les entreprises, ont souvent masqué les scènes de violence contre les travailleurs, ce qui les entraîne dans des dérives personnelles et collectives, comme le rejet et l'auto-défense, ou le sentiment de honte. (Debout, 1999).

II.4.3.2. Sentiment de peur et de honte

Lynd (1958), l'un des premiers auteurs ayant écrit sur la honte, a défini celle-ci comme le sentiment d'une blessure infligée à la confiance en soi et en les autres. Lewis (1971), a décrit la honte comme une réduction de l'estime de soi et de l'estime des autres, qui débouche sur de la fureur ou de la colère, qui fonctionne dans le but de récupérer le sentiment d'avoir de la valeur. Une différence essentielle entre la Honte et la culpabilité : La honte porte sur le soi alors que la culpabilité concerne ce qu'on fait [40]. La peur est considérée comme une réaction émotionnelle, et une stratégie individuelle pour réguler la violence par certains soignants. Cette peur se manifeste par des réactions à type, par exemple de refuser de travailler la nuit sous prétexte de ne pas vouloir se retrouver seul...

Cette peur est encore exacerbée lorsque le soignant est en mesure de travailler dans des zones fermées de soins, et où il craint d'être seul face à des patients dangereux [41]. En ce qui concerne la honte, il s'agit d'un ressenti psychologique, qui masque une anxiété précise. Pour Dejours (1993) il s'agit d'une véritable idéologie défensive élaborée et partagée par un collectif de travail donné, contre une anxiété bien déterminée [42]. Du moment qu'on parle du domaine de santé, on peut prendre l'exemple du patient qui ressent souvent la honte, lorsqu'il est malade [43].

Dejours, suppose que la peur d'un éventuel acte de violence, est tout à fait légitime, étant donné, qu'on ne peut pas, prévoir de façon catégorique, si une attitude ou un geste pourrait se transformer en actes ou rester à un registre verbal [44].

Cette honte émane de l'effondrement du corps, elle est majorée lorsqu'elle survient dans un corps hors d'état de produire (de travailler). Et si on suppose qu'on n'est pas « malade », et qu'on travaille, pourquoi aurait-on honte alors ? Pour répondre à cette question, nous-nous sommes référés à la définition du terme honte, qui désigne, comme l'explique S. Tisseron, (1992) qui dit que « l'enjeu de la honte est le risque d'exclusion.

La honte est un sentiment complexe du fait qu'il renvoie à des situations vécues comme honteuses, aux non-dits, à des situations de violence. ». Et si l'effondrement touche et « le corps » et « l'âme », pour un travailleur victime de violence, ce sentiment de honte aurait-il lieu ? En effet selon certaines études Dejours (2012) le soignant, est susceptible d'avoir honte quand il est agressé et violenté sur le lieu du travail, et du coup pour faire taire sa souffrance, et pour ne pas se montrer incompetent, et ou impuissant, il absorbe cette violence ou il la refoule provisoirement, mais il l'extériorise ultérieurement, à travers plusieurs «portes de sortie»,

comme le précise Dejours; (Alcoolisme, réaction par la violence, la dépression, la folie, le suicide, (comme cas extrême). Ou encore dans d'autres cas, par la non déclaration de ces actes de violence.

Dans cette même perspective, on peut transposer cette idéologie de défense de la honte avec ses caractéristiques, telles qu'expliquées par Dejours, (1998), en abordant le cas du collectif de sous-prolétariat, mais aussi d'autres collectifs, qui sont confrontés à des situations de stress, d'anxiété et/ou de souffrance psychique et physique comme ceux des soignants, confrontés à la violence au travail. (Dejours, 1998).

II.4.3.3. L'altération ou la perte de confiance en soi et de l'estime de soi

La violence subie par le professionnel sur son lieu de travail a pour première conséquence, sa perte de confiance en lui-même, mais aussi, en l'entreprise dans laquelle il travaille, ainsi que les valeurs qu'elle représente. Pour le cas particulier de l'infirmier, cette perte de confiance en soi et en les valeurs de son institution se traduit par un sentiment d'impuissance et d'incompétence, avec perte de son estime de soi [45]. Et quand il sent que son institution ne le protège pas contre cette violence, il va souffrir, en plus d'un sentiment de dévalorisation, pouvant aller jusqu'à la confusion d'identification sociale ou professionnelle, Il va en arriver à se remettre en question, par rapport à son travail, puisqu'il a le sentiment qu'il n'arrive pas à satisfaire ses patients, e qui les rend agressifs, vis-à-vis de lui. Seule une réaction réconfortante de la part de sa hiérarchie pourrait atténuer se ressenti. (Boukourt, 2016).

II.4.3.4. Sentiment d'abandon face au soutien social

Un professionnel qui est victime de violence et qui ne trouve pas un soutien de la part de son entreprise, finira par se sentir abandonné, non seulement par son entourage social et familial, mais aussi, par son entourage professionnel. Ce qui a pour conséquence, un renforcement du sentiment de culpabilité et la perte de confiance en soi. Le risque dans cette situation est la transformation de ce sentiment d'abandon, de victime incomprise, en un élan d'agressivité chez le professionnel qui décide de se muer en un véritable « justicier », qui va tout faire pour ne plus se trouver dans ces situations de victime, et qui aura tendance à se sur défendre, et, parfois, à réagir de façon disproportionnée à tout sentiment de menace imminente. (Debout, 1999).

II.4.3.5. Sentiment de perte du sens du travail, par le soignant

Le sens du travail se construit à travers des échanges, et des confrontations. Or la violence au travail occasionne une véritable fêlure, voire une fracture du sujet avec perte ou distorsion de ce sens du travail [46]. Dans le contexte hospitalier, la construction du sens est, dès le début, compromise, par le manque d'échanges et de débats. Ceci est dû, essentiellement à la trop grande charge de travail, et la trop forte demande de soins, dans un espace et un temps réduit. Ce qui contribue, d'emblée, à une distorsion de ce construit. (Cintas, 2007).

II.4.3.6. Sentiment de non reconnaissance au travail

La reconnaissance est essentielle pour la construction identitaire, et c'est valable en milieu professionnel [47]. Elle permet de donner un sens au travail et procure le bien-être [48]. Conformément à l'analyse psychodynamique, le travailleur, attend, en contrepartie de son effort, une sorte de rétribution quine pourrait être que d'ordre symbolique, qui est la reconnaissance. Elle constitue un jugement de l'utilité et de la beauté du travail accompli. (Dejours, 1993). En effet, selon Dejours : « la reconnaissance peut transformer la souffrance en plaisir. C'est la reconnaissance qui donne au travail son sens subjectif » (Dejours, 2012, p. 24).

II.5. Mécanismes de régulation de la violence

Le déni ou tout du moins l'acceptation du danger potentiel, la mise en danger du corps fait partie intégrante de l'identité professionnelle. Le plus souvent le personnel de santé considère l'usager comme un être psychologique diminué du fait de sa maladie et donc tolère certains gestes agressifs de ces derniers. Et le fait de considérer que le client est roi renforce également cette acceptation de la violence commise par les usagers à l'égard du professionnel de santé. Donc la notion de violence est socialement admise tant que le client c'est-à-dire l'usager est satisfait. Mais il faut noter que ce type de violence est évitable notamment par l'écoute de l'usager, la discussion, la parole ; des éléments indispensables permettant de réduire considérablement la violence en milieu hospitalier ; une proposition de formation doit être faite dans ce sens aux dirigeants d'hôpitaux afin d'améliorer les relations interpersonnels et relations entre soignant-soigné si cela n'est pas effectif. La dérision est aussi l'une des méthodes utilisées par les soignants pour évacuer la pression (Caroline Cintas 2010/1 (n° 296), p. 61-79). La non réaction de la hiérarchie quand un cas de violence est signalé ; et la non documentation des cas de violences ressenties ou subies, nous ont poussé à étudier ce phénomène de prêt.

II.6. La prévention

Pour aborder ce chapitre sur la prévention de la violence, et aussi, la prise en charge des professionnels de la santé qui en sont victimes, nous avons jugé pertinent de suivre un modèle interactionnel et dynamique, en nous basant sur l'approche systémique. En fait le choix de cette approche a été initié par de nombreux organismes internationaux ayant traité du sujet de la violence en général, et au travail, en particulier, à l'instar de l'OMS (2002), et l'INRS, (2014).

En effet, il paraît que c'est en privilégiant cette approche, pour ses caractéristiques, plurielle et transdisciplinaire, qu'on pourra cerner, un tant soit peu, la complexité de ce phénomène de violence afin de le contrecarrer ou le minimiser dans le domaine de la santé. De premier abord, il convient de préciser que nous ne prétendons pas, dans notre étude éradiquer la violence, mais nous souhaiterions la minimiser, la gérer et surtout la prévenir. Une façon de confirmer le slogan, « Prévenir vaut mieux que guérir », qu'on adopte dans le domaine de la santé, et qui devrait être valable, aussi, pour notre sujet sur la violence, d'où l'importance de ce chapitre.

Par ailleurs, organiser et piloter un projet de prévention de lutte contre la violence nécessite tout un dispositif à mettre en place, et une démarche multidimensionnelle, impliquant tous les acteurs et les experts œuvrant dans ce domaine, et dans les domaines interférents.

II.6.1. Processus de la prévention de la violence

L'OMS (1999), spécifie trois types de préventions successifs, qui s'inscrivent dans un processus continu, qui débute par l'empêchement de l'apparition de la maladie jusqu'à sa thérapeutique, que nous présenterons ci-après :

II.6.1.1. La prévention primaire :

Nous estimons que la prévention primaire serait l'une des stratégies préventives les plus importantes contre la violence à l'hôpital. Elle permet de l'anticiper, notamment aux services des urgences, car elle intervient en amont de la survenue de l'acte violent, ainsi que pour l'évitement de l'apparition de nouveaux cas. La prévention primaire est définie par Leavell & Clark (1965) comme : « l'ensemble de méthodes conçues pour éviter la survenue d'un trouble (ou d'une catégorie de troubles) déterminé. » [50]. (OMS, 1999). Dans cette optique, la prévention primaire englobe les mesures applicables à une situation pathologique déterminée, pour limiter, éventuellement, les effets, qui pourraient être engendrés par cette pathologie, et ce, par le biais de l'éducation et de l'information auprès de la population.

II.6.1.2. La prévention secondaire :

La prévention secondaire, englobe quant à elle : « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. » [50].

En effet, ce type de prévention, est adapté au contexte hospitalier, où la population des soignants, est affectée, par la situation pathologique que constituent « les violences ». Il convient de rappeler que la violence, n'est en soi, ni un trouble, ni une maladie, mais nous supposons que ces définitions peuvent s'appliquer à notre objectif de prévention, si on part du principe, que la prévention, n'est pas l'apanage de la maladie, pour l'appliquer à d'autres champs en vue d'améliorer la qualité de vie des individus en question.

II.6.1.3. La prévention tertiaire :

« Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer ses conséquences et d'éviter les rechutes ».

Monnier et al, (1980) ont utilisé les mêmes types de prévention pour définir ce concept. (Pereira Tavares, 2009). En se référant à la littérature, plusieurs organismes internationaux, œuvrant dans le domaine de la santé, et de nombreux chercheurs aussi, appartenant à d'autres disciplines, se sont penchés sur la question de la prévention contre la violence au travail, et en particulier dans le monde de la santé. Comme l'a stipulé Boukourt (2016) dans son travail, l'institution hospitalière est tenue d'assurer la sécurité et le bien-être de son personnel [50].

Mais au lieu de se contenter de « travailler » sur les victimes des violences, ce qui est le plus souvent, le cas, elle préconise une action pluri axiale, orientée, en plus des biens et des personnes, vers le traitement des sources de cette violence. Sources qui peuvent relever de l'organisation du travail, ou de l'environnement externe du service, comme elle devrait s'orienter vers l'auteur de la violence [50].

Dans cette optique, nous pouvons, aussi, reprendre l'idée de Favaro (2014) pour dire que la prévention d'un phénomène aussi difficile que délicat, ne pourrait se faire que selon l'approche préconisée par l'OMS qui, justement, suggère les trois niveaux de prévention que nous sommes en train de citer. Ce principe demeure, d'ailleurs, le plus suivi, dans les pays qui

ont adopté un programme de prévention de la violence, conformément aux recommandations du programme commun (OIT/CII/OMS/ISP, 2002), en rapport avec la violence au travail dans les institutions de soins [50].

Boukourt (2016), différencie, ainsi, dans son travail, les trois niveaux de la prévention, en identifiant à chaque niveau, les actions les plus pertinentes, à son avis à entreprendre. Ainsi, la prévention primaire, selon l'auteure, consiste à éviter, tout simplement, que le personnel de l'hôpital et le public se retrouvent dans des situations de conflit.

Elle préconise, notamment, un réaménagement des locaux de façon à limiter la proximité du personnel des individus potentiellement violents. Comme elle propose des améliorations des espaces prévus pour l'attente des usagers, pour les rendre plus agréables et plus confortables, en plus de l'instauration de postes d'accueil, bien en évidence et facilement accessibles.

Concernant les actions à entreprendre au niveau de l'organisation du travail, elle recommande, entre autres, d'instaurer un système de roulement, entre tous les éléments de l'équipe afin que ce ne soient pas, toujours les mêmes, qui se retrouvent dans les postes les plus pénibles ou les plus exposés, sans oublier de mettre l'accent sur l'optimisation de la circulation de l'information, aussi bien entre le personnel, qu'avec les usagers de soins, essentiellement, en ce qui concerne les délais prévus d'attente [50].

Quant à la prévention secondaire, elle s'attelle à apprendre au personnel, et à l'institution, à savoir réagir en cas d'accident de violence ; ceci, par le biais de la formation et de l'information qui doit, selon Boukourt, cibler aussi bien le personnel, que les usagers de soins.

Mais, par ailleurs, il faudrait pouvoir équiper le personnel de gadgets permettant de lancer, de façon discrète, des SOS, en cas de risque accru d'agression, doter le service de caméras de surveillance, qui auront un rôle dissuasif, sécuriser et renforcer les accès entre la zone prévue aux usagers, et celle où se déroulent les soins. Sans oublier l'importance de la formation du personnel à la détection des situations à haut risque, et les personnes susceptibles de passer à l'acte, et ensuite, à maîtriser la situation, d'abord en tentant un désamorçage, mais ensuite, à pouvoir maîtriser et immobiliser un individu devenu incontrôlable [50].

A ce propos, Manoukian et Masseboeuf, confirment l'apport grandissant de la formation, en disant : « Il est maintenant proposé aux soignants d'effectuer des formations leur permettant de reconnaître les indicateurs de violence comme la labilité émotionnelle, la

frustration, l'agitation, la mauvaise expérience passée, la douleur intense, la crainte, l'incompréhension, la perte de patience ... » [50].

Concernant la prévention tertiaire, elle a pour objectifs de prendre en charge les conséquences néfastes de ces violences externes, sur le personnel, et sur la qualité du travail dans le service. Elle consiste en un accompagnement, médical, psychologique, mais, aussi, judiciaire de la victime de violence, en encourageant voire en s'acquittant des déclarations de ces agressions auprès des autorités. L'importance de la déclaration de tous les incidents quel que soit leur gravité, tire son importance du fait, qu'elle sera capable de dresser la cartographie des zones à risque, d'établir une ébauche de portrait-robot du potentiel agresseur, d'identifier les postes de travail, mais aussi, les personnels plus vulnérables que les autres. Tous ces éléments permettant, in fine, de dessiner et de mettre en place un vrai plan de prévention de récurrence des cas de violence.

II.6.2. Mesures à appliquer en cas de violence à l'hôpital : Selon (l'Institut National de recherche et de sécurité : INRS, 2015)

En pratique, et en cas de survenue d'un accident de violence à l'égard d'un soignant, (l'INRS, 2015), préconise de mettre en œuvre, et de façon immédiate, les dispositions suivantes :

- Prévenir les secours/apporter les premiers secours
- Prévenir la direction
- Ne pas laisser un travailleur victime ou témoin d'un acte de violence seul durant les heures suivant l'incident
- Apporter rapidement une aide psychologique à la victime dans les heures et les jours qui suivent :
- Déclarer l'agression en accident du travail
- Aider la victime à effectuer les démarches légales et administratives
- Informer la commission d'hygiène et de sécurité
- Analyser l'agression en interne
- Réévaluer le risque et, si besoin, adopter de nouvelles mesures de prévention.

III. METHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une **étude transversale descriptive**

III.2. LIEU DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun de toutes les catégories.

III.3. DUREE ET PERIODE D'ETUDE

L'étude a duré 7 mois, allant du 1^e novembre 2021 au 31 mai 2022.

La période de collecte des données allait du 1^{er} Décembre 2021 au 31 Avril 2022.

III.4. POPULATION D'ETUDE

- **Population source**

Etaient concernés par l'étude, les personnels hospitaliers travaillant dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun.

- **Population cible**

Notre étude a concerné les personnels hospitaliers de tous les grades exerçant dans les services des urgences des hôpitaux de 2^e, 3^e et 4^e catégories du Cameroun.

- **Critères d'inclusion**

Était inclus dans l'étude, tout personnel hospitalier exerçant dans un service des urgences dans les formations sanitaires de 2^e, 3^e et 4^e catégories du Cameroun.

- **Critères d'exclusion**

Était exclus de l'étude tout personnel absent ou ayant refusé de participer à l'enquête.

- **Echantillonnage**

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire simple parmi les hôpitaux de 2^e, 3^e et 4^e catégories, afin de désigner des hôpitaux retenus pour l'enquête. Le tirage au sort a été effectué par une personne anonyme étrangère à l'étude dans une urne contenant tous les hôpitaux éligibles à l'enquête. Dans le service des urgences de l'hôpital enrôlé, tout le personnel était concerné par l'enquête.

III.5. PROCEDURE

Après la validation de notre protocole de recherche par notre Directeur de thèse, nous avons présenté une demande de clairance éthique auprès du Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine et Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Puis des demandes d'autorisation de recherche ont été adressées auprès des hôpitaux de notre échantillonnage.

Les descentes sur le terrain ont été faites par la suite afin de recueillir les données nécessaires à la recherche des facteurs favorisant la survenue des violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun qui ont été retenus par notre échantillonnage. Ces données ont été collectées à l'aide de la fiche de collecte de données, auprès des directeurs des hôpitaux concernés par l'enquête et du personnel soignant travaillant dans les services des urgences desdits hôpitaux (Annexes 1). Les personnels soignants rencontrés étaient : le médecin chef de service des urgences au cas où il existait, les médecins, les infirmiers, les agents de surfaces et les brancardiers travaillant dans le service des urgences.

III.6. ANALYSE DES DONNEES

Ces données ont été intégrées et analysées en utilisant le logiciel Epi Info 3.5.4.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés à travers les logiciels d'application Microsoft Word 2019.

III.7. VARIABLES ETUDIEES

Les variables étudiées étaient :

- Le profil des services de urgences des hôpitaux retenus
- Les formes de violence relevées
- Les facteurs favorisant la violence

III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES

III.8.1 Autorisations institutionnelles

Nous avons débuté par l'obtention de la clairance éthique du comité d'Éthique institutionnel de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Nous avons par la suite obtenu une autorisation de recherche du délégué régionale

de la santé publique et des directeurs des différents hôpitaux de notre étude et nous avons débuté notre étude.

III.8.2 Clairance éthique

Nous garantissons aussi la confidentialité des informations qui nous ont été fournies dans les fiches techniques de chaque hôpital participant. Les fiches de collecte des données ont été codifiées afin de garder l'anonymat des hôpitaux et ont été détruites à la fin de l'étude après validation des données. Ces informations ont été utilisées dans le seul but de l'étude et ont été introduites dans une base de données dont seuls nos encadreurs et nous ont eu accès.

IV. RESULTATS

IV.1 Profil des services des urgences des hôpitaux enquêtés

IV.1.1. Nombre d'hôpitaux retenus

Les données ont été collectées dans 18 hôpitaux sur l'ensemble du territoire camerounais. Les hôpitaux enquêtés sont repartis dans les tableaux I et figure 1.

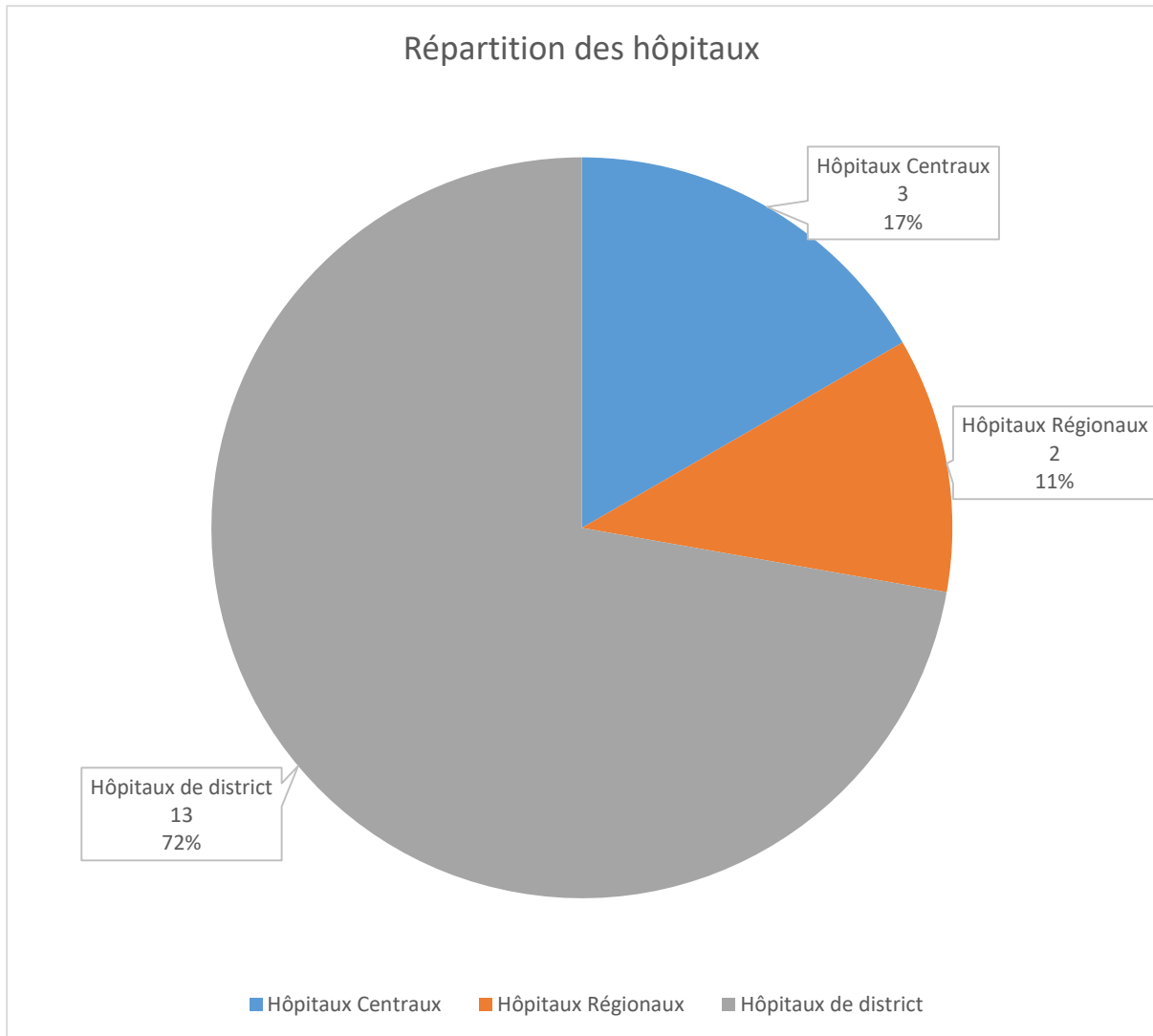


Figure 1 : Répartition des hôpitaux par catégorie

NB. Hôpitaux Centraux = Catégorie 2 (CAT2)

Hôpitaux Régionaux = Catégorie 3 (CAT3)

Hôpitaux de District = Catégorie 4 (CAT4)

Il s'agit de :

- **Hôpitaux centraux :**
 1. Hôpital Central de Yaoundé
 2. Hôpital Laquintinie de Douala
 3. Le centre hospitalier régional de Bafoussam
- **Hôpitaux régionaux :**
 1. Hôpital Régional de Garoua
 2. Hôpital de Régional de Bafoussam
- **Hôpitaux de District :**

1. Hôpital de District d’Efoulan
2. Hôpital de District de Biyem-Assi
3. Hôpital de District d’Olembe
4. Hôpital de District d’Obala
5. Hôpital de District de Mfou
6. Hôpital de District de Mbalmayo
7. Hôpital de District de Nylon
8. Hôpital de District de New-Bell
9. Hôpital de District de Deido
10. Hôpital de District de Bonassama
11. Hôpital de District de Logbaba
12. Hôpital de District de la Cité des Palmiers
13. Hôpital de District de Bangue

IV.1.2. Répartition géographique des hôpitaux retenus

La répartition géographique des hôpitaux retenus est représentée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition géographique des hôpitaux retenus

Région	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Total
Adamaoua	0	0	0	0
Centre	1	0	6	7
Est	0	0	0	0
Extrême-Nord	0	0	0	0
Littoral	1	0	7	8

Nord	0	1	0	1
Nord-Ouest	0	0	0	0
Ouest	1	1	0	2
Sud	0	0	0	0
Sud-Ouest	0	0	0	0
Total	3	5	13	18

IV.1.2. Description du service des urgences

Tous les hôpitaux de 2^e et 3^e catégories avaient un service des urgences logé dans son bâtiment propre équipé d'un matériel médico-chirurgical nécessaire à la prise en charge des malades. Quant aux 13 hôpitaux de 4^e catégorie, 3 disposent d'un bâtiment propre avec du matériel de petite chirurgie. Tous les autres 10 hôpitaux district, le service des urgences était logé dans une salle d'un bâtiment commun avec le reste de l'hôpital, sans aucun matériel médicochirurgical de prise en charge des malades.

a) Nombre de lits disponibles aux services des urgences

Le nombre de lits disponible dans les services des urgences différents hôpitaux retenus est représenté dans le tableau II.

Tableau II : Nombre de lits disponibles dans les services des urgences par catégorie

Catégories	Moyenne	Minimum	Maximum
Catégorie 2	14,33 ± 1,53	13	16

Catégorie 3	14 ± 8,49	8	20
Catégorie 4	5,62 ± 3,01	2	12

Nous remarquons que tous les hôpitaux des différentes catégories disposaient d'au moins 2 lits au service des urgences.

b) Salle de Déchoquage

Sur les 18 hôpitaux retenus, 8 hôpitaux disposaient d'un service des urgences possédant une salle de déchoquage fonctionnelle.

Tableau III : Service des urgences avec salle de déchoquage

Catégories	Hôpitaux avec salle de déchoquage	Sans salle de déchoquage	Effectifs
Catégorie 2	3	0	3
Catégorie 3	2	0	2
Catégorie 4	3	10	13
Total	8	10	18
Pourcentage	44,44%	55,56%	100%

Seuls 8 hôpitaux disposaient d'une salle de déchoquage fonctionnelle.

c) Personnel du service des urgences

Le nombre de personnel travaillant au service des urgences par spécialité est représenté par le tableau IV.

Tableau IV : Personnel en service dans les services des urgences

Personnel	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
Médecin spécialiste	4,33 ± 3,21	1,92 ± 6,05	1,92 ± 6,05

	00	00	00
Médecin Urgentiste			
Médecin Généraliste	4,00 ± 1,00	2,50 ± 0,71	2,23 ± 1,74
IADE	4,67 ± 3,51	1,50 ± 0,71	0,08 ± 0,28
IDE	11,33 ± 9,45	9,00 ± 5,66	5,00 ± 2,38
AS	4,67 ± 4,73	7,00 ± 4,24	5,85 ± 2,34
Agents de surfaces	4,33 ± 6,66	2,50 ± 0,71	0,46 ± 0,52
Brancardiers	9,00 ± 15,59	8,00 ± 8,49	0,46 ± 0,97
Ambulanciers	3,00 ± 4,36	2,00 ± 1,41	0,77 ± 2,78

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

AS : Aide-Soignant

Nous notons une absence de médecins urgentistes dans les différentes structures sanitaires visitées.

d) Pharmacie du service des urgences

Concernant l'approvisionnement en médicament aucun hôpital de notre échantillon ne dispose d'une pharmacie propre au service des urgences. Ils fonctionnent tous par kits d'urgences préconçus dont la composition varie d'un hôpital à un autre, et d'un kit à un autre dans le même hôpital.

e) Ambulances

Cinq hôpitaux sur les 18 disposaient d'une ambulance. Il s'agit principalement des hôpitaux de 2^e et 3^e catégories, et les ambulances en question étaient de type A (ambulances de transport des patients stables).

f) Nombre de passages

Le nombre de passage selon les hôpitaux est représenté dans le tableau V

Tableau V : Nombre de passages selon l'hôpital

Catégorie	Dénomination	Nombre de passage par mois
-----------	--------------	----------------------------

CAT 2	Hôpital Laquintinie de Douala	900 ± 150
	Hôpital Central de Yaoundé	515 ± 80
	Centre Hospitalier Régional de Bafoussam	30 ± 8
CAT 3	Hôpital Régional de Garoua	80 ± 15
	Hôpital Régional de Bafoussam	210 ± 89
CAT 4	H.D Deido	420 ± 32
	H.D Bonassama	387 ± 40
	H.D Logbaba	300 ± 72
	H.D Nylon	820 ± 33
	H.D Newbell	268 ± 72
	H.D Cité des Palmiers	428 ± 56
	H.D Bangue	Non fonctionnel
	H.D Efulan	850 ± 26
	H.D Biyem-Assi	678 ± 19
	H.D Olembe	Non fonctionnel
	H.D Obala	80 ± 12
H.D Mbalmayo	75 ± 21	
H.D Mfou	62 ± 8	

H.D : Hôpital de District

IV.2. Formes de violence révélées par le personnel hospitalier

Dans les différents hôpitaux retenus, 156 personnels soignants ont participé à l'enquête.

IV.2.1. Répartition du personnel ayant participé par hôpitaux

La répartition du personnel ayant participé à l'enquête par hôpitaux est représentée dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition du personnel ayant participé par hôpitaux

Catégories	Effectif (N=156)	Pourcentage (%)
Hôpitaux Centraux	46	29,49%
Hôpitaux Régionaux	40	25,64%
Hôpitaux de district	70	44,87%
Total	156	100,00%

Les hôpitaux de district sont les plus représentés.

IV.2.2. Répartition du personnel ayant participé par catégorie professionnelle

La répartition du personnel ayant participé à l'enquête par catégorie professionnelle est représentée dans le tableau VII.

Tableau VII : Répartition du personnel ayant participé par spécialité

Personnel	Effectif (N=156)	Pourcentage (%)
Médecins spécialistes	16	10,26%
Médecins généralistes	52	33,33%
Infirmiers	80	51,28%
Aides-soignants	8	5,13%
Total	156	100,00%

Les infirmiers représentent les personnels ayant le plus participé à l'enquête.

IV.2.3. Répartition du personnel ayant été victime de violence par catégorie professionnelle

Sur 156 personnels soignants ayant participé à l'enquête, 112 ont été victimes de violence, soit 71,80% du personnel ayant participé.

La répartition du personnel ayant été victime de violence est représentée dans la figure 2.

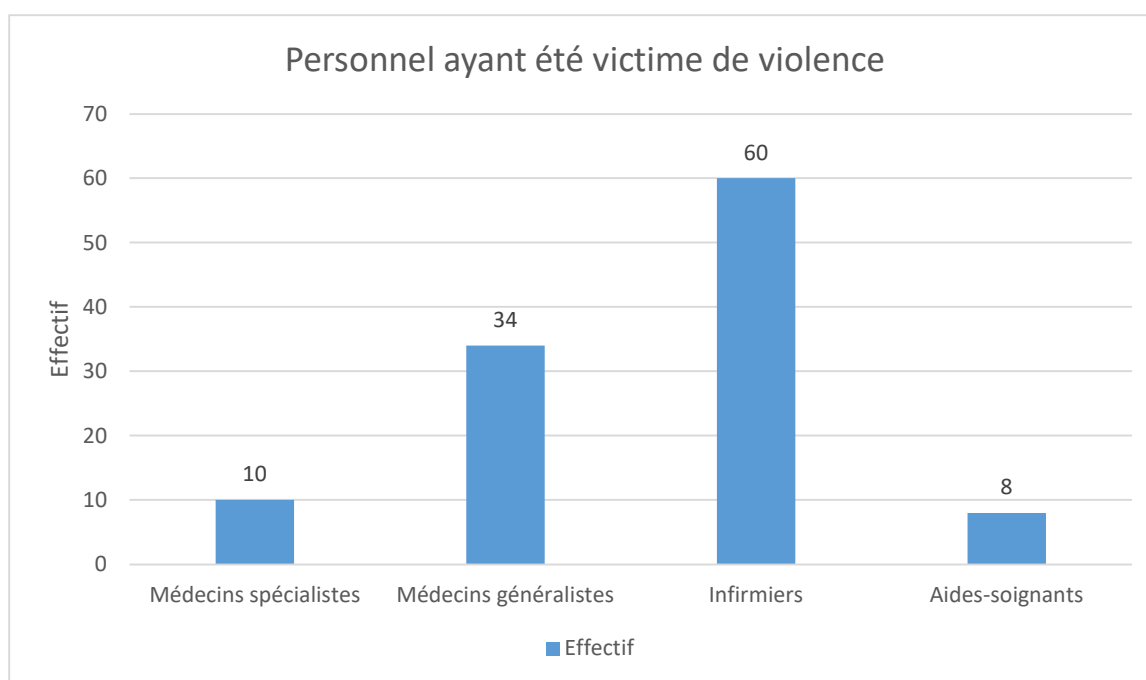


Figure 2 : Personnel ayant été victime de violence par catégorie professionnelle

IV.2.4. Formes de violences subies par le personnel soignant

Les différentes formes de violence subies par le personnel soignant sont représentées dans la figure 3.

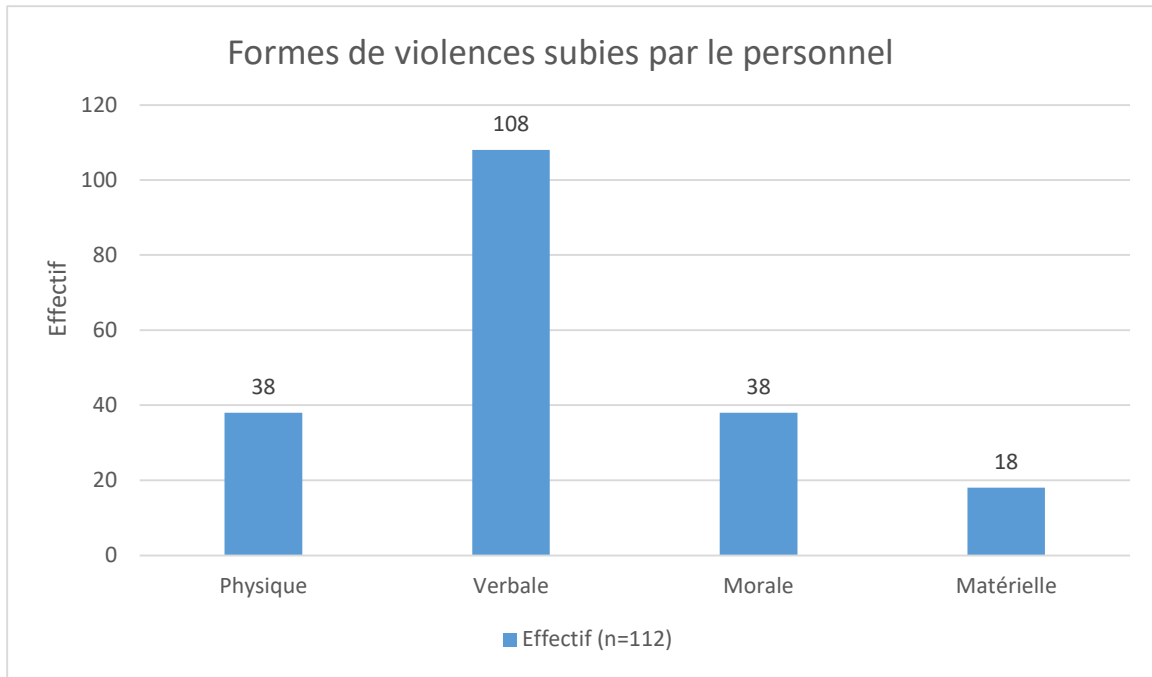


Figure 3 : Formes de violence subies par le personnel

La violence verbale était la plus fréquente.

IV.3. Facteurs favorisant les violences

Au cours de l'enquête, plusieurs facteurs de risque de violence ont été identifiés par le personnel soignant dans les services des urgences.

Ces différents facteurs sont répartis dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Les circonstances de survenue des violences identifiées par le personnel soignant

Facteurs de risque de violence	Effectif (n=112)	Pourcentage(%)
Epuisement professionnel	52	46,43 %
Absence du personnel	16	14,29 %
Locaux et moyens techniques inadaptés	32	28,57 %
Manque de communication des soignants	40	35,71 %
Incompréhension entre personnel et patient (Tuteur légal)	8	7,14 %
Délai d'attente long	24	21,43 %
Décès	6	5,36 %
Indisponibilité des médicaments aux urgences	4	3,57 %
Manque de moyens financiers	8	7,14 %
Tempérament nerveux des accompagnateurs	82	73,21%

Le tempérament nerveux des accompagnants (73,21%), l'épuisement professionnel (46,43 %) ainsi que le manque de communication des soignants (35,71 %) étaient les plus fréquents.

V. DISCUSSION

LIMITES DE L'ETUDE

Les limites rencontrées durant notre étude étaient :

- Nous n'avons pas pu interroger tous les personnels des services des urgences retenus car certains étaient absents lors de notre passage et d'autres refusaient de répondre à notre questionnaire.
- Le temps imparti pour notre descente sur le terrain était court.

V.1. Profil des services des urgences

V.1.1. Nombre d'hôpitaux enquêtés et répartition géographique

Notre étude s'est déroulée sur une période de quatre mois pendant lesquelles nous avons recruté dans 18 hôpitaux sur l'étendue du territoire camerounais. Soit 3 hôpitaux centraux, 2 hôpitaux régionaux et 13 hôpitaux de district. Nous n'avons pu avoir que 18 hôpitaux parce que les conditions de déplacement étaient difficiles. Et aussi, le temps dont nous disposions pour la descente sur le terrain étaient insuffisant. Nous nous sommes focalisés sur ces 3 catégories car ces catégories sont les plus fréquentées, et également parce que ces hôpitaux sont les plus atteints par la violence.

Par ailleurs, n'avons couvert que 4 régions du Cameroun. Les conditions de travail difficiles, l'insécurité dans certaines régions et le temps de collecte des données court ne nous ont pas permis de parcourir les autres régions du Cameroun.

V.1.2. Le service des urgences

Notre étude a démontré que les services des urgences étaient logés dans un bâtiment propre à lui dans 11 hôpitaux sur les 18 enquêtés. Ces bâtiments propres aux services des urgences avaient la configuration requise d'un service des urgences. Dans les autres hôpitaux, essentiellement les hôpitaux de district, le service des urgences était logé dans une salle d'un bâtiment abritant les autres services de l'hôpital. L'on remarque aussi une disparité dans la conception des services des urgences dans les hôpitaux camerounais de même catégorie. Selon les recommandations, le service des urgences étant la porte d'entrée de l'hôpital, porte ouverte sur la rue, il doit être suffisamment grand et sécurisé pour accueillir un flux important de patients et en continu [56].

V.1.3. Nombre de lits disponibles dans les services des urgences

Notre étude a révélé que le nombre moyen de lits dans les hôpitaux était de $14,63 \pm 1,53$ lits ; $14 \pm 8,49$ lits et $5,62 \pm 3,01$ lits dans les hôpitaux de 2^e, 3^e et 4^e catégorie respectivement.

L'existence des lits dans les services des urgences dans les hôpitaux de toutes les catégories inspectées, témoigne de la vitalité de ces services, du moins de la mise en observation des patients reçus. La disponibilité de ces lits d'accueil et de surveillance de courte durée est recommandée et retrouvée dans tous les hôpitaux visités dans la littérature [51,52,57].

V.1.4. Salles de déchochage

Pour les hôpitaux de notre série, 8 hôpitaux soit 44,44% disposent d'une salle de déchochage fonctionnelle dans le service des urgences. La salle de déchochage est un élément essentiel dans la prise en charge des patients qui arrivent dans un état critique au service des urgences. Elle constitue une salle indispensable où sont orientées les victimes présentant une atteinte sévère d'une ou de plusieurs fonctions vitales. C'est dans cette salle que les soins vitaux de sauvetage se font. Elle conditionne dans la plupart des cas la suite des soins des patients gravement atteints. Le défaut de cette salle dans les 10 autres hôpitaux constitue une entrave certaine à la prise en charge urgente des malades. Cette situation dans les hôpitaux contraste avec les travaux de SIDI TRAORE en 2019 au Mali qui révèle l'existence des salles de déchochage de sa série [53]. Par ailleurs, la situation de nos hôpitaux ne semble pas s'arrimer aux nouvelles organisations et architectures hospitalières qui datent de 2008 [51].

V.1.5. Personnel du service des urgences

Dans notre série, nous avons rencontré dans les SAU : les médecins spécialistes, les médecins généralistes, tous faisant fonction de médecin urgentiste. Aucun médecin urgentiste n'a été identifié dans les hôpitaux retenus dans notre enquête. La non-existence des médecins urgentistes dans nos hôpitaux résulte probablement de l'inexistence d'une formation diplômante de ce type de personnel dans notre milieu. Seuls des séminaires sur la médecine d'urgence sont faits et les participants en ressortent souvent avec une attestation qui n'a certainement pas la valeur d'un diplôme. Et par la suite, ces derniers ne sont pas affectés et utilisés dans les services des urgences. La situation des personnels dans les services des urgences visités est contraire par rapport aux recommandations actuelles qui stipulent que la médecine d'urgence devrait être pratiquée par les médecins expérimentés dans la gestion des urgences [57,58].

V.1.6. Pharmacie du service des urgences

Durant notre étude nous avons observé qu'aucun hôpital ne disposait d'une pharmacie propre au service des urgences. Tous avaient des kits d'urgences dont la composition variait d'un hôpital à un autre. Ils étaient principalement composés de matériel pour voie veineuse périphérique, solutés de remplissage, antalgiques et de l'adrénaline. Selon les recommandations, chaque SAU doit se munir d'un chariot d'urgence qui facilite la prise en charge immédiate des défaillances vitales qui y arrivent [59,60].

V.1.7. Ambulance

Notre étude a révélé que 5 hôpitaux sur les 18 disposaient d'une ambulance de type A. Il s'agit principalement des hôpitaux de 2^e et 3^e catégories. Nous remarquons une faillite dans l'équipement des hôpitaux en cet outils pourtant nécessaire dans le fonctionnement d'un SAU. Ces résultats sont contraires aux données de la littérature qui stipulent que les ambulances sont nécessaires au fonctionnement des SAU [55].

V.1.8. Nombre de passage

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence que les structures sanitaires localisées autour de la ville de Douala comptabilisent les plus grandes affluences par mois dans les SAU par rapport aux autres formations sanitaires visitées (Tableau V). Cette situation est le fait de la forte densité élevée de la population de Douala [61].

V.2. Formes de violence révélées

Le personnel ayant été victime de violence dans les différents services des urgences des hôpitaux retenus était constitué : infirmiers (53,57%), les médecins spécialistes et généralistes (39,29%), et les aides-soignants (7,14%). Les agents de surface et les brancardiers avaient déclaré n'avoir pas été victime de violence. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le personnel soignant est celui qui est le plus en contact avec le patient, le garde malade et/ou la famille du malade. Ils sont chargés de l'accueil, l'orientation, des soins et de communication avec les malades et ceux qui les accompagnent. Ces résultats concordent avec le rapport de 2019 l'ONVS estimant que les infirmiers et médecins constituent le groupe de personnel soignant le plus exposé à la violence (56%) [49]. Ce résultat a été aussi observé par REMILI DONIA en Tunisie en 2018 [50].

En ce qui concerne les formes de violences subies par le personnel, la violence verbale était la plus fréquente (96,43%), suivie de la violence physique (33,93%), morale (33,93%) et

matérielle (16,07%). La prédominance de la violence verbale (menaces verbales, injures, dénigrement) s'explique par le fait que c'est la forme la plus utilisée dans notre société. Elle n'a pas besoin d'un matériel spécifique pour se manifester. Elle est à la portée de tout un chacun et peut se manifester en tout lieu et en tout temps, suite à un facteur déclenchant. Lorsqu'elle est exacerbée et/ou non contenue, la violence verbale dégénère souvent pour se transformer en violence physique. On assiste donc aux différentes rixes qui décorent les SAU de nos hôpitaux.. Ce résultat est similaire à celui l'étude menée par ONVS dans son rapport sur les violences en milieu hospitalier de 2019 qui a obtenu une violence verbale prédominante (50,77% du total des atteintes aux personnes) [49]. Et plus spécifiquement dans les services des urgences, l'ONVS indique que les agressions verbales représentent 82% et les agressions physiques représentent 18% [4]. Le résultat de notre enquête est également en accord avec une étude menée en Tunisie portant sur les violences et souffrances en milieu hospitalier en 2018, qui a révélé que les violences subies par les professionnels de la santé du point de vue de la fréquence était verbale, soit 37% [50].

V.3. Facteurs favorisant les violences

Parmi les facteurs favorisant les violences de notre étude (Tableau VIII), on distingue les facteurs liés aux malades et/ou les accompagnants, les facteurs liés aux personnels soignants et les facteurs liés à l'environnement de travail.

Concernant les facteurs liés aux malades et/ou les accompagnants à savoir : le tempérament nerveux des usagers (73,21%), manque de moyens financiers (7,14%), il s'agit ici des facteurs qui viennent s'ajouter au stress que subissent déjà le malade et sa famille devant la maladie. Dans notre société caractérisée par la pauvreté ambiante, l'absence de la couverture sanitaire universelle, il est évident que les malades et leurs familles soient stressés, inquiets et paniqués devant la maladie. C'est ce qui se traduit le plus souvent par ce caractère nerveux que les usagers laissent entrevoir. Cette situation devrait être comprise par les soignants qui devrait leur manifester une empathie. Mais au contraire, la surcharge de travail (46,43%), le manque de communication de la part des soignants (35,71%), le délai d'attente long (21,43%), l'absence du personnel (14,29%), et les incompréhensions (7,14%) tous facteurs humains liées aux personnels des urgences, viennent aggravés des situations déjà tendues. Il s'agit ici des facteurs relevant du savoir être des praticiens des SAU. Les facteurs liés à l'environnement de travail tels les locaux et moyens techniques inadaptés (28,57%), l'indisponibilité des médicaments aux urgences (3,57%) sont des facteurs institutionnels. L'aménagement et la conception des locaux,

la sécurité des lieux et du matériel, et l'organisation du travail devraient assurer l'accueil et la gestion de la fluidité des patients.

Nos résultats se rapprochent de ceux rencontrés dans la littérature. En effet, l'ONVS dans le rapport de 2019 regroupe certains facteurs responsables des violences dans les structures hospitalières, notamment : Les facteurs humains (les relations soignants-soignés-entourage, les relations hiérarchiques, les relations entre collègues), les facteurs institutionnels et organisationnels (l'organisation du travail, des services, des structures et des unités, l'affectation des personnels et leur formation initiale ou continue, la coordination des soins, la communication durant les transmissions), et les facteurs architecturaux (l'aménagement et la conception des locaux, la sécurité des lieux et du matériel, l'accueil et la gestion de la fluidité des patients) [4]. Banang en 2018, dans son étude menée à l'Hôpital Général de Douala sur les violences en milieu hospitalier, a montré que les facteurs favorisant les violences étaient principalement les facteurs institutionnels et organisationnels [49].

CONCLUSION

Au terme de notre étude qui avait pour objectif général de déterminer, selon les personnels hospitaliers, les facteurs qui favorisent les violences dans les services des urgences, nous pouvons dire que les violences sont fréquentes dans les services des urgences des hôpitaux

du Cameroun. Il en ressort que tous les hôpitaux enquêtés disposaient d'un SAU. Ces SAU étaient équipés d'au moins un lit pour la réception des malades. 8 disposaient d'une salle de déchoquage. Les personnels rencontrés étaient les médecins, les infirmiers diplômés d'état, les brancardiers, les ambulanciers et les agents de surface. 4 formes de violence ont été révélées. Il s'agissait entre autre des violences verbales, des violences physiques, des violences morales et des violences matérielles ; avec une prédominance des violences verbales. Plusieurs facteurs ont été identifiés par les personnels comme favorisant les violences dans les SAU. Il s'agissait principalement de l'épuisement professionnel, du manque de communication de la part des personnels soignants, des locaux et moyens techniques inadaptés et du délai d'attente long des patients.

RECOMMANDATIONS

A la lumière de ces résultats, nous recommandons humblement :

Au Ministère de la Santé Publique :

- Mettre à la disposition des praticiens des moyens leur permettant de ne pas compromettre la qualité des soins.

A la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I :

- Encourager une étude de plus grande ampleur qui inclura aussi le point de vue des patients et/ou des gardes malades.

Aux directeurs des hôpitaux :

- Assurer une bonne circulation de l'information et un système transparent de communication avec les patients, leur famille et les accompagnants et clarifier les procédures avec lesquelles les usagers ne sont pas familiers.

REFERENCES

REFERENCES

1. KRUG G., DAHLBERG L., MERCY J. Rapport mondial sur la violence et la santé de Genève 2002 3-4
2. LAVOIE F., CARTER G., DANZL D. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med.* 1988 17:1227-33.
3. FERNANDES C., BOUTHILLETTE F., RABOUD J. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999 161 :1245-8.
4. Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de l'offre de soin. Rapport annuel ONVS 2020: 4-5
5. BELAYACHI J., BERRECHID K., AMLAIKY F. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol.* 2010 5-27.
6. BELARIF H. Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier (Cas des infirmiers du centre hospitalier provincial de Beni Mellal). INAS. 2002- 2004.
7. FAVARO M. Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail, proposition d'un modèle-cadre pour comprendre et intervenir. INRS, France. 2014.
8. JEAN-LOUIS LE RUN. Les mécanismes psychologiques de la violence. *Enfances & Psy.* 2012 : 23- 34.
9. JACQUES POSTEL. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique ; sous la direction de Paris. Larousse. 1993 : 630.
10. CHAPPEL ET MARTINO V. La violence au travail. Organisation internationale de travail, Genève. 2000 : 26
11. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS, 2002 : 44.
12. Bureau international du Travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la Santé, Internationale des Services publics. Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé Genève, Bureau international du Travail. 2002 : 37.
13. CUYPERS D., DEBREYNE V., BRUSSELEERS S. Manuel pour un programme de prévention de l'agression en milieu hospitalier. Garder la

- tête froide ça rafraichit ! Stop à l'agression dans les hôpitaux. Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Service Public Fédéral Intérieur. 2008 : 53.
14. AVRIL G., BEAU V., MARTIGNOLLES J. Violence et travail. SFTG Paris- nord, compte rendu de soirée. 2001
 15. LASFARGUES G. Données de la littérature scientifique sur la violence au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2006 ; Vol 67 : 271-274.
 16. BOUKORTT C. Violence exogène à l'hôpital et effets sur le personnel de santé. Thèse de doctorat. Sciences Médicales. Université d'Alger 2016.
 17. BOUDJAOUI N., LEHMISSI M. L'infirmier et la violence aux urgences. Mémoire de Master en sciences infirmières. Département des sciences infirmières. Faculté de médecine Université Abd Arrahmane Mira. Bejaia. Algérie 2017.
 18. GEOFFROY M. Quelles violences à l'hôpital ? Soins cadres. Masson SAS. 2012 : 14-16.
 19. BARREAU P. Violence à l'hôpital. Soins cadres- n° 84. 2012
 20. DELAMOUR D. et Marcelli. La parole aux urgences : le temps de s'entendre. Perspectives Psy. EDK, EDP Sciences. 2010 : 63.
 21. COUPEAU A. La violence et sa répercussion sur la relation soignant/soigné. Thèse de doctorat. Centre hospitalier du Mans. 2014
 22. WINIGER, G. Les besoins et les stratégies des infirmières face à la violence des patients en psychiatrie et aux urgences. Thèse de doctorat. Filière soins infirmiers. Haute Ecole de Santé, Fribourg. 2011
 23. DEJOURS C. Conjuré la violence. Travail, violence et santé. Paris, Editions Payot et Rivages. 2007
 24. GOURNAY M., VASSETT T., REAGEASSE A. La violence en milieu hospitalier : un risque professionnel ? Enquête en Basse-Normandie. Fédération Française de Santé au Travail. 2002.
 25. BOULA G. Les dispositifs symboliques générateurs de violence dans les situations de soins. Genève : édition Aldo Campana. 2016.
 26. Association des infirmières et infirmiers du Canada : AIIC. (1997). L'offre future d'infirmières. 1997. Repéré à : https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cna_history_book_f.pdf

27. Eurofound. The Netherlands: Social climate at work important to workers. 2010. [http : //www.eurofound.europa.eu/ewco/2010/05/NL1005019I.htm](http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2010/05/NL1005019I.htm).
28. GBEZO E. Agressivité et violences au travail : comment y faire face. Issy-les-Moulineaux : ESF. 2000.
29. GBEZO E. Les soignants face à la violence. Editions Lamarre, 2e édition.2011.
30. PALAZZOLO J. Chambre d'isolement et contention psychiatrie. Paris : Masson. 2002.
31. KARLI P. L'homme agressif. Strasbourg : Editions Odile Jacob. 1987.
32. Eurofound. Violence physique et psychologique sur le lieu de travail. Luxembourg 2013 : Office des publications de l'Union européenne. Repéré à : [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1381fr .pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1381fr.pdf)
33. POUPARD, ET BARAT C. Rapport annuel 2014 de l'observatoire national des violences en milieu de santé. Repéré à : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf
34. KAISION M., CAMUS D., & COSSY Y. (2004). Violence en psychiatrie. Une recherche prospective au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte. (DUPA). 2004 : 1-26.
35. FALCY E. & GSTEIGER M. Prévenir la violence en psychiatrie : tout en considérant son « élan de vie » dans la relation. Programme de formation bachelor en soins infirmiers. 2012.
36. SCHUWEY-HAYOZ A. & NEEDHAM I. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. Recherche en soins infirmiers. 2006 : 108-114
37. CALMES S. Les urgences : un lieu de stress et de soins. Mémoire de fin d'étude. Université Lorraine. Soins infirmiers, Metz-Thionville. 2007.
38. WATZLAWICK P. Une logique de la communication, Seuil, 1970.
39. MASLOW A. A Theory of Human Motivation. Psychological Review, 1943 : 50.
40. CLAVILIER R. Honte et culpabilité. France : Aurillac. 2017.

41. CINTAS C. Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend : le cas d'un hôpital psychiatrique. Nouvelle revue de psychosociologie. 2007 : 213-231.
42. DEJOURS C. Travail et usure mentale : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris : Bayard Éditions.1993.
43. REMILI D. Le suicide par auto immolation chez les chômeurs tunisiens en post révolution. Quand l'envie de travailler l'emporte sur l'envie de vivre. Tunis : Editions Arabesques. 2016.
44. DEJOURS C. Conjurer la violence : Travail, violence et santé. Paris : Ed petite bibliothèque. Payot. 2012.
45. DEBOUT M. Travail, violence et environnement. Avis et rapport du conseil économique et social. Paris : Les éditions des journaux officiels. 1999.
46. LHUILIER D. Travail, management et santé psychique. Connexions. 2009 : 85-101.
47. DESSORS D. Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. Archives des maladies professionnelles. 1995 : 176-180.
48. CARPENTIER-ROY M. Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier. 1995.
49. BANANG E. Violences en milieu hospitalier : Approche par la démarche qualité à l'Hôpital Général de Douala, Institut Supérieur Africain d'Enseignement Managérial et Technologique 2018
50. REMILI D. Violences et souffrances en milieu hospitalier : le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis. Thèse de Doctorat en Médecine. Université des lettres, arts et sciences sociales - Tunis I. Faculté des sciences humaines et sociales 2019.
51. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles. Ministère des solidarités et de la santé France 2019 : 33-87
52. NISKA R., Catherine W. Emergency Response Planning in Hospitals, United States. Advanced Data from Vital and Health Statistics 2003-04 ; 391: 1-2

53. SIDI T. Prise en charge des afflux massifs dans le Service d'Accueil des Urgences du C.H.U Gabriel Toure. Thèse de Doctorat en Médecine. Université Des Sciences, Des Techniques Et Des Technologies De Bamako 2019
54. BAKER D., Telion C. Multiple casualty incidents: The prehospital role of the anesthesiologist in Europe. *Anesthesiol. Clin.* 2007; 25 :179-88.
55. DE LORENZO R. Mass gathering medicine. *Prehospital and disaster medicine*, 1997; 12(1): 68-71.
56. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles. Ministère des solidarités et de la santé France 2019 : 33-87
57. Simon N., ELKHARRAT D., PASTEYER J. Organisation des services des urgences. *Les Urgences* 3^e édition 1997 :53-54]
58. Guide de gestion de l'unité d'urgence. Association des hôpitaux du Québec 2000 ; ISBN 2-550-36914-9 : 1-72
59. Chariot d'urgence et matériel de suppléance en réanimation. Collège des enseignants de médecine intensive et réanimation 2005 : 671-9. [63-ch57-595-604-9782294755163-copie \(ce-mir.fr\)](https://www.ce-mir.fr/595-604-9782294755163-copie)
60. Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières Conférence d'expert 2004. *Réanimation* 2005 ; 14 : 671-9. <http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0512-Réanimation-Vol14-N8-p671> 679.pdf
61. Populations cibles Ministère de la Santé Publique 2022.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de collecte des données

IDENTIFICATION		
	Nom de l'Hôpital	
	Catégorie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^e ▪ 2^e ▪ 3^e ▪ 4^e ▪ Autres
IDENTIFICATION DU PERSONNEL		
	Age	
	Sexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculin ▪ Féminin
	Grade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin généraliste ▪ Médecin spécialiste ▪ Infirmier ▪ Aide-soignant ▪ Technicien de surface ▪ Brancardier ▪ Autre (préciser) :
STRUCTURATION ET ORGANISATION DES URGENCES		
	Logement du SAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bâtiment propre ▪ Bâtiment commun ▪ Autres :
	Nombre de lit disponible	
	Salle de déchoquage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non
	Médicaments disponibles au SAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non <p>Lesquels ?</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
	Personnels du SAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins Spécialistes : _____ ▪ Médecins urgentistes : _____ ▪ Médecins généralistes : _____ ▪ IADE : _____ ▪ IDE : _____ ▪ AS : _____ ▪ Agents de surfaces : _____ ▪ Brancardiers : _____ ▪ Ambulanciers : _____ ▪ Autres : _____
	Ambulance au SAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non
FONCTIONNEMENT DU SAU		
	Nombre de passage par mois	_____
EN CE QUI CONCERNE LA VIOLENCE AU SAU		

Avez-vous été victime de violence dans l'exercice de votre métier ?	<ul style="list-style-type: none">▪ Oui▪ Non
Quelle (s) était (étaient) la nature de cette (ces) violence (s)	<ul style="list-style-type: none">▪ Physique▪ Morale▪ Verbale▪ Matérielle (vol, dégradations)
Indiquez les raisons de cette (ces) violence (s)	<ul style="list-style-type: none">▪ Surcharge de travail▪ Absence du personnel soignant▪ Manque de communication▪ Locaux et moyens techniques inadaptés▪ Délai d'attente long▪ Autre (préciser) :
Suggestions et commentaires	

Description du service des urgences (par l'enquêteur)

Bâtiments :

Salle d'accueil et d'orientation :

Nombre de salles d'observation :

Salle de déchoquage :

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES

COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224

Email: decanatfmsb@hotmail.com

Ref. : N° 08 /UY1/FMSB/VERC/CSD



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

28 AVR 2022

CLAIRANCE ÉTHIQUE

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme: MENYE TOMO PAUL KEVIN

Matricule: 14M008

Travaillant sous la direction de :

- Pr OWONO ETOUNDI Paul
- Dr AMENGLÉ Ludovic Albert

Concernant le projet de recherche intitulé : **FACTEURS FAVORISANT LES VIOLENCES DANS LES SERVICES DES URGENCES DES HOPITAUX DE YAOUNDE**

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées.

En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRÉSIDENT DU COMITE ETHIQUE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

N° 0198-9 /AR/MINSANTE/SG/DRSPC

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
CENTRE REGIONAL DELEGATION

Yaoundé, le 08 FEB 2022

LE DELEGUE REGIONAL

A

M. MENYE TOMO Paul Kevin

-Investigateur principal, Tél: 693 644 521-

Objet: Autorisation de collecte de données.

Monsieur,

En date du 20 janvier 2022, vous m'avez adressé une correspondance relative à l'autorisation de mise en œuvre du projet de recherche intitulé : « Facteurs favorisant les violences dans les services des urgences des Hôpitaux du Cameroun ».

Au vu de l'intérêt que revêt le sujet pour la management des services des urgences au Cameroun et de la clairance éthique qui accompagne votre demande, je ne formule aucune objection à ce que vous procédiez à la collecte de données nécessaires dans les formations sanitaires de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories ciblées dans la région du Centre, en collaboration avec les responsables desdites structures.

Veillez accepter, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération./-

Ampliations :

- CRERSH-Ce

LE DELEGUE REGIONAL,
Dr MOUSSI Charlotte
MD - MPH

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
.....
Paix - Travail - Patrie
.....
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
.....
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE
.....
DISTRICT DE SANTE D'EFOULAN
.....
HOPITAL DE DISTRICT D'EFOULAN
.....



REPUBLIC OF CAMEROON
.....
Peace-Work-Fatherland
.....
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
.....
CENTER REGIONAL DELEGATION
.....
EFOULAN HEALTH DISTRICT
.....
EFOULAN DISTRICT HOSPITAL
.....

N° 00253/AR/MSP/DRSPC/DSYIII/HDE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné *Dr LOMBO LOMBO Landry, Directeur de l'Hôpital de District d'Efoulan certifie* qu'une autorisation administrative de recherche portant sur le thème : « Facteurs favorisant les violences dans les services des urgences des hôpitaux du Cameroun », est accordée à Monsieur MENYE TOMO Paul Kévin, étudiante en thèse de Doctorat à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

L'éthique et la confidentialité sont à respecter ;

Au terme de ce travail, une copie sera déposée à la bibliothèque de l'Hôpital de District d'Efoulan.

Yaoundé, 18 FEB 2022



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
.....
Paix - Travail - Patrie
.....
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
.....
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE
.....
DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-ASSI
.....
HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI
.....
BP : 31 350 Yaoundé .Tél./Fax 22.31.64.05



REPUBLIC OF CAMEROON
.....
Peace-Work-Fatherland
.....
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
.....
CENTER REGIONAL DELEGATION
.....
BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT
.....
BIYEM-ASSI DISTRICT HOSPITAL
.....
E-mail:hospital_biyemassi@yahoo.fr

N° 1337 /AR/MINSANTE/DRSPC/DSBA/HDDBA.

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital de District de Biyem-Assi à Yaoundé soussigné, donne autorisation de recherche à monsieur MENYE TOMO Paul Kevin, étudiant en 7^{ème} année de médecine générale, à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, dont l'étude porte sur : « *Facteurs favorisant les violences dans les services des Urgences des Hôpitaux du Cameroun* ».

En foi de quoi la présente autorisation est établie et lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé, le

02 MARS 2022



Le Directeur

Daniel Ekoua
Cardiologue

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
HÔPITAL DE DISTRICT DE MBALMAYO
MBALMAYO DISTRICT HOSPITAL
Tél : 22 28 14 58 BP : 147



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
REPUBLIC OF CAMEROON
PAIX – TRAVAIL – PATRIE
PEACE – WORK – FATHERLAND

N° 338 AR/MINSANTE/DRSPC/DSM/HDMBYO

AUTORISATION DE RECHERCHE

Monsieur **MENYE TOMO Paul Kévin**, étudiant en 7^{ème} année de Doctorat en Médecine à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales à l'Université de Yaoundé I (FMSB-UYI) ; est autorisé à mener une recherche à l'Hôpital de District de Mbalmayo sur le thème : « **FACTEURS FAVORISANT LES VIOLENCES DANS LES SERVICES DES URGENCES DES HOPITAUX DU CAMEROUN** ».

Ces travaux qui s'effectueront au sein de l'Hôpital de District de Mbalmayo seront dirigés par le **Prof. OWONO ETOUNDI Paul**.

L'étudiant s'engage à remercier l'Hôpital de District de Mbalmayo dans sa thèse et à déposer un exemplaire de ladite thèse au secrétariat de la direction.

En foi de quoi, la présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Mbalmayo, le **0.6. AVR. 2022**

Le Directeur

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE
DISTRICT DE SANTE D'OBALA
HOPITAL DE DISTRICT D'OBALA



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
CENTER REGIONAL DELEGATION
OBALA HEALTH DISTRICT
OBALA DISTRICT HOSPITAL

N° 103
N° AR/MSP/DORS/PC/D/SOHDO

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Dr. BOUTING MAYAKA Georges**, Directeur de l'Hôpital de District d'Obala, marque mon accord à Monsieur **MENYE TOMO Paul Kevin**, Etudiant en 7eme Année de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I , pour ses Recherches à l'Hôpital de District d'Obala sur le Thème: « **Facteurs Favorisant les Violences dans les Services des Urgences des Hôpitaux du Cameroun** ».

L'Intéressé est tenu au strict respect du règlement intérieur de l'Hôpital.

En foi de quoi, la présente Autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Obala, le **11 MARS 2022**



Le Directeur



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

DISTRICT DE SANTE DE DJOUNGOLU

HOPITAL DE DISTRICT D'OLEMBE
BP 4028 YAOUNDE,



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CENTRE REGIONAL DELEGATION

HEALTH DISTRICT OF DJOUNGOLU

OLEMBE DISTRICT HOSPITAL

Ref. 32 AR/MINSANTE/DRSPC/DSD/HDDjo

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Directeur de l'Hôpital de District de Djoungolo - Olembé**, donne autorisation de recherche à Mr MENYE TOMO Paul Kevin, Etudiant en 7^{ème} année Médecine Générale à l'Université de Yaoundé I.

Le sujet de recherche étant : « Facteurs favorisant les violences dans les services des urgences des Hôpitaux du Cameroun » dirigé par le Professeur OWONO ETOUNDI Paul. Cette recherche s'effectuera au mois de Mars 2022.

Fait à Yaoundé, le 15 MARS 2022



Le Directeur

Prof. André Embura Eballe

23 Mars 2022

MENYE TOMO PAUL KEVIN

MATRICULE : 14M008

NIVEAU : 7^e année de Médecine Générale

FMSB/UYI

TEL : +237693644521

EMAIL : kevmenye95@yahoo.fr



A
Monsieur le Directeur de
l'Hôpital de District de Mfou

Objet : Demande d'autorisation de recherche.

Monsieur le Directeur,

Je viens respectueusement auprès de votre haute bienveillance, solliciter une autorisation de recherche dans votre établissement dans le cadre d'une étude intitulée << **FACTEURS FAVORISANT LES VIOLENCES DANS LES SERVICES DES URGENCES DES HOPITAUX DU CAMEROUN** >>. L'étude sera supervisée par le **Pr OWONO ETOUNDI Paul**, Médecin Anesthésiste Réanimateur à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Je suis en effet étudiant en 7^{ème} année à la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I. Je compte mener une étude transversale descriptive avec pour objectif de rechercher les facteurs favorisant les violences dans nos hôpitaux, en vue de l'obtention d'un diplôme de doctorat en médecine. Ci-joint copie du protocole de recherche élaboré à cette fin.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

P.J. : 2

- Autorisation du Délégué Régionale
- Protocole de recherche



MENYE TOMO PAUL KEVIN