



<b>Éditoriaux</b>	<b>Cas cliniques</b>
• <b>Renforcement de la lutte contre les violences conjugales: la loi du 4 avril 2006</b> M. Gagnon, C. Manouf, M. Decourteille, O. Jarde.....3	• <b>Esophageal involvement as an initial manifestation of Churg-Strauss syndrome</b> G. Ma, E.-M. Naszi, P. Cohen, O. Vignaux, A. Kivitzky, B. Christoforou et al. ....57
• <b>Il faut actualiser le dépistage de la trisomie 21 en France</b> N'Y a-t-il vraiment qu'une solution? B. Dingemans, C. Lebrun, C. Doche.....5	• <b>Rachialgies sans radiculite révélant une maladie de Lyme</b> A propos de deux cas S. Charney, M. Laxerai, V. Rieu.....61
<b>Articles originaux</b>	• <b>ictère rétroconjonctival et hydronéphrose</b> G. Chêne, P. Gimbergues, G. Le Boubédec, L. Poindeux, C. Bailly, J. Dauplat.....64
• <b>Myasthénie du sujet âgé: diagnostic, comorbidité et évolution</b> À propos de 45 cas T. Fraisse, P. Labauge, W. Camu, P. Arlaud, B. de Wazieres.....9	<b>Images en médecine</b>
• <b>Utilisation des médicaments achetés en ville par les patients hospitalisés</b> Quelles mesures correctives proposer? F. Federspiel, E. Caudron, R. Dabista, G. Rajzbaum, I. Bouyssoiu, D. Gaillard et al. ....15	• <b>L'anévrysme de pontage aortocoronaire veineux: une cause rare de masse médiastinale</b> D. Montani, T. Wagner, S. Ksaoxa, I. Honeré, J. Lacroix, D. Dusser.....67
• <b>Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins</b> Résultats de l'enquête européenne Prest-mixt M. Estryn-Behag, N. Duville, M.-L. Menini, D. Garerino, S. Le Foll, O. Le Nézet et al. ....21	<b>Correspondance</b>
• <b>Prise en charge des hyperéosinophilies sanguines dans une consultation de maladies tropicales</b> A. Peignani, C. Bernal, S. Peivrier, J.-F. Auclair, P. Bourée, F. Dutreuil.....37	• <b>Maladie de Fabry</b> I. Mahe, N. Belmatoug.....69
• <b>La thrombopénie en réanimation chirurgicale: incidence, analyse des facteurs de risque et impact sur le pronostic</b> Y. Assouad, A. Benkabbou, M. Allou, E. Moussood, A. El Hiji, R. Abouqol et al. ....43	<b>Actualités</b>
• <b>Les prescriptions d'antalgiques, d'anti-inflammatoires ou le nombre d'actes radiologiques sont des facteurs prédictifs d'un traitement par antidépresseur</b> Une étude des données de remboursements de la Caisse médicale régionale de Provence P. Vergeer, H. Clavaud, S. Bidaud, A. Pataponaris, L. Sauze.....50	• <b>Pour obtenir un vrai contrôle de la maladie asthmatique</b> P. Letorturier.....77
	• <b>Quand cœur et vaisseaux sont victimes de leur âge</b> P. Letorturier.....79
	<b>Instructions aux auteurs</b> .....71

This article was originally published in a journal published by Elsevier, and the attached copy is provided by Elsevier for the author's benefit and for the benefit of the author's institution, for non-commercial research and educational use including without limitation use in instruction at your institution, sending it to specific colleagues that you know, and providing a copy to your institution's administrator.

All other uses, reproduction and distribution, including without limitation commercial reprints, selling or licensing copies or access, or posting on open internet sites, your personal or institution's website or repository, are prohibited. For exceptions, permission may be sought for such use through Elsevier's permissions site at:

<http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>



## Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins

Résultats de l'enquête européenne Presst-Next

Madeleine Estryn-Behar<sup>1</sup>, Nathalie Duville<sup>2</sup>, Marie-Laurène Menini<sup>3</sup>, Donatella Camerino<sup>4</sup>, Serge Le Foll<sup>5</sup>, Olivier le Nézet<sup>6</sup>, Rachel Bocher<sup>7</sup>, Beatrice Van Der Heijden<sup>8</sup>, Paul Maurice Conway<sup>9</sup>, Hans-Martin Hasselhorn<sup>10</sup>, le Next-Study group

1. Service central de médecine du travail, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris (75)
2. Laboratoire Georges Friedmann, Paris I Panthéon Sorbonne / CNRS, Paris (75)
3. Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris (75)
4. Département de médecine du travail, Université de Milan, Milan, Italie
5. Hôpital Esquirol, Saint-Maurice (94)
6. Service central de médecine du travail, hôpital Hôtel-Dieu, Paris (75)
7. Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, Psychiatrie 5, Nantes (44)
8. Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milan, Italia
9. Maastricht School of Management, Maastricht, Pays-Bas ; Open University of the Netherlands, Heerlen, Pays-Bas ; University of Twente, Enschede, Pays-Bas
10. Département de Safety Engineering, Université de Wuppertal, Wuppertal, Allemagne

### Correspondance :

**Madeleine Estryn-Behar**, Service central de médecine du travail, Hôpital Hôtel-Dieu, Parvis Notre-Dame, 75004 Paris.  
Tél. : 01 42 34 88 17  
Fax : 01 42 34 85 20  
[madeleine.estrin-behar@sap.ap-hop-paris.fr](mailto:madeleine.estrin-behar@sap.ap-hop-paris.fr)

Reçu le 24 novembre 2005  
Accepté le 4 juillet 2006

### ■ Summary

#### Factors associated with violence against healthcare workers Results of the European Presst-Next study

**Introduction** > The respective roles of medical specialties and work organization on violent events against healthcare workers (HCW) in different countries was examined.

**Methods** > Using the results of the Presst-Next study, we analyzed data from 27 134 HCW in 7 European countries. Multivariate logistic analyses were conducted with SPSS 12 software.

**Results** > After adjustment for age, gender and other occupational risk factors, the factors indicating insufficient team work were highly associated with an increased risk of violent events. Dissatisfaction

### ■ Résumé

**Introduction** > Le rôle respectif de la spécialité médicale et de l'organisation du travail sur la survenue d'événements violents vis-à-vis des soignants a été analysé en Europe.

**Méthode** > L'enquête PRESS-Next a analysé 27 134 soignants de 7 pays européens. L'analyse descriptive a été suivie d'une analyse multivariée par régression logistique des facteurs liés aux épisodes violents.

**Résultats** > Après prise en compte de tous les autres facteurs inclus dans le modèle, les différents facteurs concernant l'insuffisance du travail d'équipe étaient prépondérants dans la déclaration d'exposition à des événements violents au moins mensuellement. L'insatisfaction du temps de chevauchement (OR = 1,35 ; IC 95 % 1,23-1,47), les difficultés, regroupées dans le score d'incertitude concernant les traitements (OR = 1,57 ; IC 95 % 1,44-1,71) et les interruptions fré-

with shift change (OR=1.35; 95%CI 1.23-1.47), uncertainty about treatment (OR=1.57; 95%CI 1.44-1.71), and frequent interruptions (OR=2.04; 95%CI 1.81-2.31) were linked to violent events, up to twice the number among HCW reporting better team work. Contradictory orders, dissatisfaction with psychological support, and harassment by superiors were all significantly associated with increased reporting of frequent violent events. We observed a positive gradient between violent events and job demand (time pressure) (OR=1.25 for an intermediate score and OR=1.55 for a high score, compared with a low score). Loneliness at work, certain work schedules, and physical load increased the risk. Nurses' aides were exposed to violent events more often (OR=1.57; 95%CI 1.38-1.79) than head nurses. Older HCW and those with more experience were less exposed. The highest risks were associated with working in psychiatric (OR=4.89; 95%CI 3.82-6.25) and emergency (OR=2.68; 95%CI 2.10-3.44) departments, compared with home care and day care. The excess risk was an additional 30% in geriatrics and long-stay departments. Significantly less risk was observed in pediatrics, obstetrics and gynecology departments (OR=0.70; 95%CI 0.56-0.88).

**Conclusion** > Team building requires time, and shift change is a key period. This time is far from nonproductive. Rather, its effective use reduces treatment errors, enhances quality of care, and reduces the frequency of violent events. It is crucial in every department.

quentes et perturbatrices (OR = 2,04 ; IC 95 % 1,81-2,31) étaient liées à une forte augmentation allant jusqu'au doublement de la fréquence de déclaration des événements violents. Les ordres contradictoires, le manque de soutien psychologique, la sensation d'être harcelé par les supérieurs augmentaient significativement la fréquence d'événements violents. Il y avait un gradient dans l'augmentation des événements violents avec l'augmentation du score de pression temporelle (OR = 1,25 pour une pression moyenne et OR = 1,55 pour une pression forte, par rapport à une faible pression temporelle). L'isolement du travail à certains horaires et la fatigue physique (postures pénibles) augmentaient le risque. Les soignants les moins qualifiés étaient plus exposés aux épisodes violents (OR = 1,57 ; IC 95 % 1,38-1,79 par rapport aux cadres). Les soignants plus âgés et plus expérimentés étaient moins exposés. L'exercice en psychiatrie dominait tous les facteurs de risque d'être l'objet d'épisodes violents (OR = 4,89 ; IC 95 % 3,82-6,25), soit près de 5 fois plus qu'en soins à domicile, consultations, hôpital de jour ou de semaine. Les services d'urgence étaient près de 3 fois plus concernés (OR = 2,68 ; IC-95 % 2,10-3,44). La gériatrie et le long séjour avaient un excès de risque de 30 % par rapport aux structures de soins à domicile, consultations, hôpital de jour ou de semaine. En revanche, les services de pédiatrie, obstétrique et gynécologie étaient significativement moins exposés (OR = 0,70 ; IC-95 % 0,56-0,88).

**Conclusion** > Le travail d'équipe nécessite du temps, et la transmission orale joue un rôle central. Mais loin d'être un temps improductif, ce temps pour constituer des "collectifs de travail" soudés limite les erreurs, permet la cohérence des soins, l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents. Ceci est fondamental dans toutes les spécialités.

**D**es faits de violences ont été médiatisés dans les services publics de psychiatrie. D'autres services, comme les urgences ou la gériatrie, sont aussi concernés par des épisodes violents envers les soignants [1]. Ceci influe sur les possibilités de recrutement et de fidélisation des soignants [2, 3]. Sans avoir de comparaisons entre pays, l'augmentation de la violence dans les soins semble être un phénomène international, comme l'ont montré des publications australiennes [4-6], thaïlandaises [7], japonaises [8], suédoises [9], ou encore koweïtiennes [10, 11].

À l'hôpital, comme dans les autres métiers, la violence au travail peut prendre diverses formes comme l'agression verbale, le harcèlement, l'intimidation, les menaces et l'agression physique aussi bien que les comportements obscènes. L'enquête réalisée en 1996 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a montré que 16 % de la population active (147 millions de personnes) était expo-

sée à diverses formes de violence. Les actes de violence se manifestent principalement sous la forme psychologique (9 % de la population active), puis physique (4 %), et enfin, du harcèlement sexuel (2 %). (<http://www.fr.eurofound.ie/themes/health/violence.html>). Selon cette étude, les chiffres les plus élevés étaient observés dans les administrations publiques. La Fondation européenne insistait dans son rapport sur la pression liée au temps : « La pression qui est mise au sein de l'organisation par rapport aux performances des individus est certainement un facteur à explorer. L'intensité du travail augmente considérablement et peut être vue comme un facteur qui exacerbe la tension sur le lieu de travail. Les travailleurs qui travaillent à très vive allure et qui doivent respecter des délais très serrés sont plus sujets aux intimidations ».

La violence envers les soignants peut être perpétrée par les patients ou leur famille, mais aussi par d'autres soignants ou d'autres groupes professionnels. D'une façon générale, certaines

### Ce qui était connu

- **L'augmentation de la violence** dans les soins est un phénomène international.
- **Les services de psychiatrie, les urgences et les structures de gériatrie** sont les plus concernés.
- **L'influence de la manière personnalisée ou non de délivrer les soins**, la pression liée au temps, un faible soutien psychologique, un travail d'équipe insuffisant, un manque de partage des connaissances, un soutien inadéquat des supérieurs, une organisation inappropriée et un manque d'effectifs sont des facteurs liés aux épisodes violents selon des études sur de petits échantillons.

### Ce qu'apporte l'article

- **Le rôle de la cohérence d'un projet de soin**, élaboré par une équipe soudée, est très important dans la prévention des incidents violents.
- **Certaines modifications managériales** ont mis les soignants français parmi ceux les plus soumis aux situations délicates. Les soignants norvégiens et belges sont moins exposés.
- **Le travail d'équipe pluridisciplinaire** nécessite du temps, et la transmission orale joue un rôle central. Ce temps pour constituer des "collectifs de travail" soudés limite les erreurs, permet la cohérence des soins, l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents.
- **L'isolement du travail** à certains horaires et la fatigue physique (postures pénibles) augmentent le risque. Les équipements d'aide à la manutention et aux douches réduisent les gestes brusques qui font réagir les personnes âgées désorientées. Les soignants les moins qualifiés sont plus exposés aux épisodes violents. Les soignants plus âgés et plus expérimentés sont moins exposés.

formes d'organisations du travail sont plus concernées par les épisodes violents que d'autres, et ce dans toutes les spécialités. Un faible soutien psychologique, un travail d'équipe insuffisant, un manque de partage des connaissances, un soutien inadéquat des supérieurs, une organisation inappropriée et un manque d'effectifs sont des facteurs liés aux épisodes violents, selon les études citées précédemment.

Des études décrivent la fréquence des agressions physiques des soignants de psychiatrie [12]. Ces études ont mis en cause l'insuffisance du climat de sécurité intégrée à l'organisation des soins qui devrait inclure une réduction du stress professionnel et de la pression temporelle dans le travail. Un cercle vicieux de la violence a été décrit [13], le stress induit par l'exposition à la violence entraînant l'adoption de comportements propices à la récurrence de la violence. Le manque de

communication soignants-soignés a été montré dans 2 études [14, 15]. L'importance d'un fonctionnement d'équipe, avec une longue expérience du travail en commun, a été considérée comme un facteur clé pour pouvoir repérer les risques de situation de crise et les prévenir ou employer des techniques de désescalades [16, 17].

Des épisodes de violences survenant plusieurs fois par semaine ont été décrits dans les services d'urgences [5, 18, 19]. Les facteurs de risques évoqués étaient multiples. L'augmentation de la violence de la société entraîne un accroissement du nombre de patients avec des blessures. La colère, l'anxiété et la douleur, l'influence de l'alcool et de la drogue contribuent à la violence. L'attente, le manque d'explications par les soignants et les locaux inappropriés sont des facteurs déterminants du déclenchement de l'épisode violent.

Le troisième type de situation à risque est le travail dans les établissements de gériatrie et longs séjours. Les aides soignants de longs séjours ont même la plus forte incidence d'agression de tous les salariés des États-Unis [20]. L'analyse des comportements des soignants, par exemple lors des bains donnés à des patients atteints de maladie d'Alzheimer, a montré l'influence de la manière personnalisée ou non de délivrer les soins [7]. L'absence d'explications préalables des gestes, la pression temporelle et l'anxiété du soignant sont apparues comme déterminant dans la survenue d'une agression. Le développement d'une compétence spécifique des soignants dans des unités spécialisées réduit significativement le risque [21].

Outre les études portant sur les 3 secteurs précédents, on trouve des analyses de la fréquence des épisodes violents dans différentes spécialités comme la néonatalogie [22] ou la gynécologie-obstétrique [23].

Les facteurs de risque décrits dans ces études ont été observés sur de petits échantillons portant, à chaque fois, sur une seule spécialité et ne contrôlant pas les facteurs de confusion potentiels dans des analyses multivariées.

L'étude, *Next study (Nurses Early Exit)*, financée par la Commission européenne, avait pour objet d'identifier, dans les 10 pays participants, les modes organisationnels, les facteurs de santé et les conditions de travail liés à la satisfaction des soignants ou liés au souhait de quitter leur profession prématurément [24]. Le sigle *Presst*, utilisé en France, signifie : *P*romouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail. À partir de la base de données de l'enquête *Presst-Next*, réalisée entre 2002 et 2003 [25], ayant recueilli les réponses de près de 40 000 soignants de toutes spécialités, dans 10 pays européens, nous avons étudié les similitudes et les différences entre les facteurs qui contribuent à la survenue d'épisodes violents, dans différentes disciplines et dans différents pays. Nous avons analysé le poids respectif de chaque facteur et précisé si l'absence d'une équipe de soins soudée était ou non un facteur de risque majeur dans toutes les spécialités. Nous avons testé l'influence de la qualité des transmissions entre équipes successives, du soutien

psychologique, de l'impression de harcèlement des supérieurs, des ordres contradictoires, de la pression temporelle, des interruptions, et de l'incertitude concernant les traitements sur la déclaration d'événements violents fréquents.

## Méthodes

### Questionnaire européen

Le questionnaire des études Next et Presst comportait plus de 100 questions. Développé par un groupe d'experts des pays participants et se basant sur des résultats de recherches antérieures, il a fait l'objet d'un prétest dans 3 pays : Allemagne, Italie et France. Puis l'ensemble des pays participants, après concertation, a validé la version finale. Les pays participants étaient l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Norvège, la Pologne et la Slovaquie. Le questionnaire comprenait de nombreuses échelles, décrivant la situation professionnelle et la satisfaction au travail, qui avaient été validées dans des études antérieures. La description détaillée des échelles et de leurs résultats peut être trouvée dans le rapport de présentation [24]. Les premiers résultats d'ensemble sont sur les sites allemands et français ([www.next-study.net](http://www.next-study.net); [www.prest-next.fr](http://www.prest-next.fr)).

Pour étudier la violence, à partir de ce questionnaire qui n'était pas centré sur ce seul aspect, nous avons 2 questions simples.

- Dans votre travail, à quelle fréquence êtes vous confronté(e) à des patients agressifs ? Avec les réponses suivantes : "Jamais", "Rarement", "Parfois", "Souvent" et "Toujours". Pour l'analyse, nous avons regroupé les réponses jamais et rarement d'une part, et souvent et toujours d'autre part.

- À votre travail, êtes-vous l'objet de violence de la part des patients ou de leur famille ? Avec les réponses suivantes : "Jamais", "Très rarement", "Chaque mois", "Chaque semaine" et "Tous les jours". Pour l'analyse, nous avons regroupé les réponses jamais et très rarement d'une part, et chaque semaine et tous les jours d'autre part. La réponse chaque mois est restée séparée en une classe médiane pour les analyses descriptives. Pour les analyses multivariées nous avons cherché à expliquer la violence au moins mensuelle.

Nous avons utilisé des variables unitaires et 2 échelles : le score d'incertitude concernant les traitements et le score de pression temporelle dans le travail. Le score d'incertitude concernant les traitements regroupait les réponses à la question : « *Merci d'indiquer la fréquence des situations de stress suivantes* » avec 5 items : des informations inadéquates d'un médecin sur l'état d'un patient ; un médecin prescrivant ce qui semble un traitement inapproprié à un patient ; l'absence de médecin lors d'une urgence ; ne pas savoir ce que l'on peut dire à un patient ou à sa famille sur son état ou son traitement ; une incertitude sur le maniement ou le fonctionnement d'un équipement spécialisé. Les réponses sur

une échelle de 1 à 4 pouvaient varier de jamais à très fréquemment. Le score de pression temporelle dans le travail regroupait les réponses à 5 items :

- Avez-vous assez de temps pour parler aux patients ?
- À quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches ?
- Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez ?
- Devez-vous travailler très rapidement ?
- Votre charge de travail est-elle inégale de telle manière que vous accumuliez du retard ?

Les réponses sur une échelle de 1 à 5 pouvaient varier de presque jamais à toujours.

### Échantillon européen

Les 10 équipes européennes ont sélectionné des établissements de santé et médicosociaux, publics et privés, en fonction de leur représentation dans la structure du système de santé de leur pays. L'accord des employeurs et des organisations représentatives des salariées devait être obtenu. Différentes procédures de distribution des questionnaires anonymes ont été utilisées. La plus fréquente, employée en France, a été la livraison d'enveloppes fermées aux établissements qui les adressaient, par courrier, au domicile des personnes interrogées. Les enveloppes contenaient, avec le questionnaire, une enveloppe en T, prépayée, pour un retour direct à l'adresse de l'équipe de recherche. Le questionnaire a été envoyé, en Europe, à 77 681 soignants de toutes qualifications. Le taux de réponse global a été de 51,4 % soit 39 898 répondants.

### Échantillon français

La répartition de l'échantillon français des 5 376 soignants de 55 établissements, entre secteur public et privé, représentait bien la situation telle que décrite dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de soins) [26, 27]. Les établissements de soins psychiatriques avaient une place correspondant à la situation française [28].

### Sélection d'un sous-échantillon permettant de comparer la situation des différentes disciplines dans les différents pays

Le pourcentage d'interrogés et de répondants, selon les spécialités, différait selon les pays. L'importance accordée au secteur psychiatrique en France se matérialisait dans la proportion de l'échantillon : 13,2 % appartenaient au secteur psychiatrique contre 6,9 % en Slovaquie, 6,4 % au Royaume-Uni, 5,2 % en Allemagne, 4,6 % en Belgique, 2,6 % en Italie, 2,3 % en Norvège et moins de 2 % dans les autres pays étudiés. Comme la psychiatrie semblait particulièrement concernée par la violence, selon l'analyse de la littérature, nous

## Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins

n'avons pas pris en considération, pour des comparaisons entre disciplines, les échantillons finlandais, néerlandais et polonais dont le secteur psychiatrique était < 2 %.

Les croisements entre les différents facteurs de risque et la déclaration d'épisodes violents portaient sur 27 134 soignants (1 738 en hôpital de jour, consultations et soins à domicile, 4 432 en pédiatrie, obstétrique et gynécologie, 5 376 en soins intensifs ou blocs opératoires, 1 671 aux urgences, 5 342 en services de médecine ou de chirurgie, 3 445 en gériatrie et long séjour, 1 673 en psychiatrie et 3 457 dans des autres services).

Pour les analyses multivariées concernant le rôle propre de chacun des facteurs de risque d'exposition à des événements violents, après prise en compte simultanée des autres, nous n'avons pu inclure que 5 pays, car la Norvège et le Royaume-Uni n'avaient pas, dans leurs questionnaires, certai-

nes variables que nous avons incluses dans le modèle. L'analyse multivariée a porté sur 13 479 soignants ayant répondu à toutes les questions incluses dans le modèle.

L'étude descriptive des situations professionnelles, selon les services, portait sur 4 groupes de spécialités : les 3 spécialités les plus trouvées dans la littérature concernant les épisodes violents que nous avons comparées aux services de médecine et chirurgie. Cette description détaillée a porté sur 12 131 des 27 134 soignants de toutes les disciplines de ces 7 pays.

## Méthodes statistiques

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS 12.0. Le test de  $\chi^2$  de Pearson a été utilisé pour déterminer si les différences étaient significatives. Le seuil de significativité de 0,05 a été retenu. Nous avons analysé, thème par thème, le lien entre certains facteurs de risque professionnels et personnels et la

TABLEAU I

Fréquence des événements violents et de la confrontation à des patients agressifs selon les déclarations des soignants de différentes spécialités, dans 7 pays européens\*

Confrontation à la violence	BE	DE	FR	GB	IT	N	SLK
Ensemble des 8 groupes de spécialités**							
Jamais/rarement (%)	76,4	71,9	60,9	70,6	80,1	91,5	83,1
Chaque mois (%)	14,1	16,6	19,6	17,2	9,5	6,3	8,8
Chaque sem./jour (%)	9,5	11,5	19,5	12,3	10,4	2,1	8,1
Total	4191	3521	5299	2540	5413	2682	3221
Médecine ou chirurgie							
Jamais/rarement (%)	81,8	69,3	61,4	65,9	78,0	99,6	82,6
Chaque mois (%)	13,0	18,9	26,0	21,2	12,3	0,2	10,8
Chaque sem./jour (%)	5,2	11,8	12,5	12,9	9,7	0,2	6,6
Total	269	1053	1387	598	976	462	518
Gériatrie ou long séjour							
Jamais/rarement (%)	93,2	66,6	56,5	55,6	76,5	96,1	78,7
Chaque mois (%)	4,5	16,8	18,3	19,0	10,2	3,9	9,3
Chaque sem./jour (%)	2,3	16,6	25,1	25,5	13,3		12,0
Total	132	784	1134	216	255	229	623
Urgences							
Jamais/rarement (%)	64,4	55,6	17,8	29,1	46,3	94,9	70,3
Chaque mois (%)	21,9	20,2	19,3	29,1	13,9	4,5	13,5
Chaque sem./jour (%)	13,6	24,2	62,9	41,7	39,8	0,7	16,2
Total	374	124	259	103	231	447	111
Psychiatrie							
Jamais/rarement	75,9	52,0	41,1	35,0	62,1	89,8	54,0
Chaque mois	16,7	26,3	22,8	28,0	20,7	5,1	19,5
Chaque sem./jour	7,5	21,8	36,1	36,9	17,1	5,1	26,5
Total	174	179	693	157	140	59	226

\*  $p < 0,001$  pour toutes les comparaisons.

\*\* Les 8 groupes de spécialités étaient : soins à domicile-hôpital de jour-consultations ; pédiatrie-obstétrique-gynécologie ; soins intensifs aigus ; urgences ; médecine-chirurgie ; gériatrie-long séjour ; psychiatrie ; autres.

BE : Belgique ; DE : Allemagne ; FR : France ; GB : Royaume-Uni ; IT : Italie ; N : Norvège ; SLK : Slovaquie.

survenue d'événements violents au moins mensuelle. L'analyse multivariée, réalisée dans une deuxième étape de ce travail, a été une régression logistique binaire. Nous avons décrit pour chaque thème la fréquence de ces facteurs de risque par spécialité et dans chaque pays.

## Résultats

### Fréquence élevée des tensions avec les patients

Dans les 7 pays retenus, 11,3 % des soignants ont déclaré être l'objet de violence de la part des patients ou des familles au moins chaque semaine et 13,5 % chaque mois, soit 24,8 % au moins chaque mois (*tableau I*, et complément électronique). Mais ces chiffres étaient plus élevés en France, Royaume-Uni et Allemagne (respectivement 39,1, 29,9 et 28,1 % déclarent y être l'objet de violence chaque mois et plus). Ils étaient moins de 10 % à déclarer être l'objet de violence de la part des patients ou des familles au moins chaque mois en Norvège et moins de 20 % en Slovaquie et en Italie ( $p < 0,001$ ).

La violence mensuelle était déclarée par 27 % des soignants de médecine et chirurgie, alors qu'elle est signalée par 31,5 % de ceux de gériatrie et long séjour, par 39,7 % de ceux des services d'urgences et par 49,2 % de ceux de psychiatrie. La violence hebdomadaire était déclarée par 9,9 % des soignants de médecine et chirurgie, alors qu'elle était signalée par 17,3 % de ceux de gériatrie et long séjour, par 24,3 % de ceux des services d'urgences et par 27,5 % de ceux de psychiatrie.

Cette confrontation au moins mensuelle à la violence des patients ou des familles, en psychiatrie, concernait plus de la moitié des soignants en Royaume-Uni (65 %), en France (58,9 %) et un peu moins de la moitié en Allemagne et en Slovaquie (respectivement 48 et 46 %). En revanche, les soignants de psychiatrie étaient moins exposés en Norvège, Belgique et Italie (respectivement 10,2, 24,2 et 37,8 % déclaraient une exposition au moins mensuelle).

Parmi les soignants travaillant dans les services d'urgences, les Français et les Anglais ont déclaré le plus être l'objet de violence, ils étaient même plus des 2/3 dans ce cas au moins mensuellement. À l'opposé, la violence était exceptionnellement signalée en Norvège (5,1 %) et par le tiers des soignants des urgences en Slovaquie et en Belgique.

Parmi les soignants travaillant en gériatrie et long séjour, les Français et les Anglais ont déclaré le plus être l'objet de violence. Ils étaient près de la moitié dans ce cas. À l'opposé, la violence a été exceptionnellement signalée en Norvège et en Belgique (3,9 et 6,8 % respectivement). Parmi les soignants de médecine ou chirurgies, un tiers déclaraient être mensuellement l'objet de violence en France, Royaume-Uni et Allemagne et moins de 20 % dans les autres pays, et même moins de 1 % en Norvège.

Ces résultats sont corroborés par la réponse à la question sur la fréquence de la confrontation à des patients agressifs. Cette confrontation était plus fréquente que celle concernant la violence. Mais ce gradient a été observé entre la médecine-chirurgie, la gériatrie, les urgences et la psychiatrie. La Norvège et la Belgique étaient, à nouveau, moins concernés dans toutes les spécialités.

Enfin, même s'ils étaient 68,4 % des soignants de psychiatrie en France, 70,9 % en Allemagne, 70,8 % au Royaume-Uni et 85,9 % en Slovaquie à être confrontés souvent à des patients agressifs, ils n'étaient que la moitié (respectivement 36,1, 21,8, 36,9 et 26,5 %) à déclarer être souvent l'objet de violence.

### Contribution éventuelle de certaines caractéristiques des conditions de travail à ces différences concernant l'exposition à la violence

#### Modalités du travail d'équipe

Sur l'ensemble des 8 groupes de spécialités, certaines modalités du travail d'équipe étaient significativement liées à davantage de déclarations d'événements violents au moins mensuels (*tableau II*, et complément électronique). Le temps de chevauchement entre équipes successives permet la continuité des soins et le transfert d'information, mais il joue aussi un rôle central dans le contexte social et émotionnel des soins. Les soignants insatisfaits du temps de chevauchement pour les transmissions déclaraient plus être l'objet de violences (34,6 % parmi les insatisfaits *versus* 20,8 % parmi ceux satisfaits de leurs transmissions). La complexité du travail est alors accrue, avec moins de possibilités d'expliquer les soins aux malades et plus de réactions violentes de leur part. Les facteurs de risque étaient une incertitude élevée concernant les traitements (36,7 % d'exposition à la violence *versus* 19,3 %) ou des ordres contradictoires (35,8 % d'exposition à la violence *versus* 19,6 %). Les interruptions fréquentes dans les tâches étaient à la fois liées au manque d'information ou de matériel à disposition et aux demandes impromptues des malades (38,6 % d'exposition à la violence pour ceux qui trouvaient ces interruptions très perturbatrices et 28,9 % pour ceux qui les trouvaient peu perturbatrices *versus* 14,7 % pour les soignants peu interrompus). L'ambiance de travail était aussi liée à plus de déclarations d'événements violents au moins mensuels : soignants insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail (30,8 % d'exposition à la violence *versus* 17,5 %) et soignants déclarant être harcelés par leurs supérieurs (46 % *versus* 22,9 %).

#### Pression temporelle et organisation des horaires de travail

Sur l'ensemble des 8 groupes de spécialités, la pression temporelle et certains horaires de travail étaient significativement liés à plus de déclarations d'événements violents au moins mensuels. Les soignants dont le score de pression temporelle était élevé déclaraient plus être exposés aux événements violents fréquents (32,3 *versus* 20,9 % pour ceux qui avaient un score

TABLEAU II

Facteurs de risque concernant la description d'épisodes violents fréquents par les soignants de 7 pays européens\*

	Événements violents déclarés au minimum mensuels (%)**	Odds ratios ajustés***	IC 95 %****
<b>Satisfaits du chevauchement pour les transmissions</b>			
Oui	20,8	1,00	
Non	34,6	1,35	1,23-1,47
<b>Score d'incertitude concernant les traitements</b>			
Faible	19,3	1,00	
Élevé	36,7	1,57	1,44-1,71
<b>Interruptions fréquentes</b>			
Non	14,7	1,00	
Oui, peu perturbatrices	28,9	1,66	1,49-1,86
Oui, très perturbatrices	38,6	2,04	1,81-2,31
<b>Ordres contradictoires</b>			
Jamais ou rarement	19,6	1,00	
Chaque semaine ou plus	35,8	1,28	1,17-1,40
<b>Satisfaits du soutien psychologique</b>			
Oui	17,5	1,00	
Non	30,8	1,25	1,14-1,38
<b>Harcèlement des supérieurs</b>			
Jamais ou rarement	22,9	1,00	
Mensuellement ou plus	46,0	1,94	1,70-2,21
<b>Score de pression temporelle</b>			
Faible	18,4	1,00	
Moyenne	20,9	1,25	1,06-1,47
Élevée	32,3	1,45	1,22-1,72
<b>Horaire</b>			
Journée horaire classique	14,1	1,00	
Journée autre	18,7	1,35	1,12-1,64
Nuit fixe	35,0	2,16	1,74-2,68
Alternant sans nuit	29,5	1,54	1,31-1,83
Alternant avec nuit	26,3	1,34	1,14-1,58
<b>Maintien de postures pénibles</b>			
0-5 par jour	22,8	1,00	
6-10 par jour	32,3	1,21	1,09-1,35
+ 10 par jour	41,5	1,62	1,45-1,80
<b>Grade</b>			
Cadres et autres soignants très qualifiés	23,5	1,00	
Infirmiers spécialisés	23,4	0,98	0,84-1,14
Infirmiers diplômés d'État	24,3	1,20	1,05-1,38
Aides soignants et autres	29,8	1,57	1,38-1,79
<b>Service</b>			
Soins à domicile-hôpital de jour-consultation	19,2	1,00	
Pédiatrie-obstétrique-gynéco	17,2	0,70	0,56-0,88
Soins intensifs aigus	19,2	0,82	0,66-1,02
Urgences	39,7	2,68	2,10-3,44
Médecine-chirurgie	26,9	0,91	0,74-1,13
Gériatrie-long séjour	31,5	1,32	1,05-1,65
Psychiatrie	49,2	4,89	3,82-6,25
Autre	17,3	0,67	0,53-0,85

\* Les 7 pays concernés sont la Belgique, l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni, l'Italie, la Norvège, la Slovaquie.

\*\* Analyse parmi les 27 134 soignants des 7 pays,  $p < 0,001$  pour tous.

\*\*\* Analyse parmi les 13 479 soignants ayant répondu à toutes les questions incluses dans le modèle d'analyse multivariée ; les résultats sont aussi ajustés sur le sexe, l'âge et la durée du travail hebdomadaire.

\*\*\*\* Intervalle de confiance à 95 % de certitude de l'odds ratio de chacun des facteurs de risque.  $p < 0,001$  pour tous sauf  $p < 0,05$  pour infirmiers diplômés d'état, pédiatrie-obstétrique, gériatrie-long séjour et ns pour infirmiers spécialisés, soins intensifs et médecine chirurgie. Pour chaque facteur, la valeur est calculée après prise en compte et contrôle de l'influence des autres facteurs de risque inclus dans le modèle d'analyse multivariée.

moyen et 18,4 % pour ceux qui avaient un score faible). Les soignants travaillant en horaire permanent de nuit ou en horaires alternant, sans nuit ou avec nuits, déclaraient plus être exposés aux événements violents (respectivement 35, 29,5 et 26,3 *versus* 14,1 % pour ceux travaillent en horaires de journée classique). Les soignants travaillant à temps partiel étaient moins concernés par les événements violents (18,8 *versus* 27 %).

### Conditions physiques de travail

Sur l'ensemble des 8 groupes de spécialités, le maintien de postures pénibles dans le travail était lié à plus de déclarations d'exposition à la violence (plus de 10 fois par jour 41,5 %, de 6 à 10 fois par jour 32,3 *versus* 22,8 % pour les soignants ne devant pas maintenir de postures pénibles ou au plus 5 fois par jour).

### Caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles étaient souvent mises en avant par les gestionnaires de ressources humaines pour expliquer la violence et ne peuvent être ignorées.

La part des moins de 30 ans représentait en moyenne 22 % pour les services d'urgences et 18,6 % pour ceux de médecine-chirurgie. Elle n'était que de 13 % en psychiatrie (tableau III, et complément électronique). L'Allemagne, la France et l'Italie avaient le plus faible pourcentage de jeunes soignants en psychiatrie.

Le pourcentage d'hommes était le plus élevé en psychiatrie suivie par les urgences (23 et 14,8 % contre 10,2 % en médecine-chirurgie et 8,2 % en gériatrie-long séjour). La proportion d'hommes dépassait 30 % pour l'Allemagne, la Royaume-Uni et l'Italie en psychiatrie et en Italie pour les services d'urgences.

La spécificité de la psychiatrie se manifestait par le faible pourcentage de personnel peu ou pas qualifié. En France en psychiatrie, 17,3 % du personnel était peu ou pas qualifié contre 27,4 % en services d'urgences, 36,7 % en médecine-chirurgie et 68,5 % en gériatrie-long séjour. Le taux d'encadrement était supérieur en psychiatrie. Les petites équipes (5 à 10 soignants) de consultation, d'hôpital de jour, de soins à domicile, de soins en milieu carcéral, d'addictologie, etc. avaient, en général, un cadre de proximité ayant développé une spécificité dans l'animation des équipes, tout en participant aux soins. Cette répartition des grades était aussi observée dans les autres pays.

### Analyse multivariée

L'analyse multivariée concernait la déclaration d'une confrontation à des épisodes violents au travail sur le panel de toutes les spécialités. Il a été possible d'étudier le poids spécifique de chaque facteur de risque d'événements violents, sur l'échantillon européen de toutes les disciplines, en prenant en compte les autres facteurs professionnels et personnels, par une régression logistique multiple (tableau II, et complément électronique).

### Modalités du travail d'équipe

Après prise en compte de tous les autres facteurs inclus dans le modèle, les soignants exposés aux différents aspects de l'insuffisance du travail d'équipe avaient globalement une augmentation d'un quart des épisodes violents, pouvant aller jusqu'au doublement pour certains facteurs. L'insatisfaction du temps de chevauchement, qui ne permet pas assez de rencontres et de discussions, était déterminante dans l'existence des problèmes de mauvaise circulation de l'information (OR = 1,35 ; IC 95 % 1,23-1,47). Elle entraînait plus d'hésitation sur les réponses à apporter aux questions des patients ou d'incertitude sur le fonctionnement d'un équipement. Cet ensemble de difficultés, regroupées dans le score d'incertitude concernant les traitements, était lié à une augmentation de plus de 50 % de la fréquence des événements violents (OR = 1,57 ; IC 95 % 1,44-1,71). Les ordres contradictoires et le manque de soutien psychologique augmentaient, chacun, d'un quart le risque de survenue d'événements violents (OR = 1,28 et OR = 1,25 respectivement). Une mauvaise ambiance de travail allant jusqu'à la sensation d'être harcelé par les supérieurs était liée à presque 2 fois plus d'événements violents (OR = 1,94 ; IC 95 % 1,70-2,21). Les soignants fréquemment interrompus, mais qui ne déclaraient pas en être très perturbés dans leur travail, avaient un *odds ratio* de 1,66 (IC 95% 1,49-1,86). Les soignants qui se déclaraient très perturbés par ces interruptions étaient 2 fois plus confrontés à des événements violents au moins mensuellement (OR = 2,04 ; IC 95 % 1,81-2,31).

### Conditions temporelles et physiques du travail

Le score de pression temporelle reflète la précipitation et le manque de temps pour effectuer les soins au rythme du patient ou pour répondre à ses questions. Il existait un gradient dans l'augmentation des événements violents avec l'élévation du score de pression temporelle (OR = 1,25 pour une pression moyenne et OR = 1,55 pour une pression forte, par rapport à une faible pression temporelle).

Les horaires de journée étaient ceux où la concertation pluridisciplinaire était la plus importante, où l'incertitude sur les traitements et les réponses étaient moindres et où l'existence d'un "collectif de travail" était plus réelle. Les soignants travaillant uniquement de nuit avaient plus de risque que ceux de jour (OR = 2,04 ; IC 95 % 1,81-2,31). Ceux travaillant en horaires alternants avaient moins facilement la possibilité de travailler avec les mêmes collègues et avaient plus d'incertitudes (OR = 1,54 pour les horaires alternants sans nuit et OR = 1,34 pour les horaires alternants avec nuits).

Il y avait un gradient dans l'augmentation des événements violents avec l'augmentation de la fréquence du travail en postures pénibles (OR = 1,21 pour des postures pénibles 6 à 10 fois par jour et OR = 1,62 pour des postures pénibles plus de 10 fois par jour). Les gestes d'aide à la vie quotidienne

TABLEAU III  
Caractéristiques sociodémographiques des soignants de différentes spécialités, dans 7 pays européens\*

	BE	DE	FR	GB	IT	N	SLK	Total
<b>Pourcentage d'hommes</b>								
<b>Médecine-chirurgie</b>	1,1	15,3	6,5	6,5	23,7	0,9	1,1	10,2
<b>Gériatrie/long séjour</b>	4,5	13,2	8,2	5,0	18,8	6,5	1,6	8,5
<b>Urgences</b>	7,5	18,5	18,9	16,5	44,7	3,3	7,1	14,8
<b>Psychiatrie</b>	9,8	33,1	24,8	30,2	33,8	23,0	8,2	23,0
<b>Répartition des soignants par tranches d'âge (%)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>								
< 30 ans	16,3	25,2	16,8	21,1	12,0	16,2	22,3	18,6
30-45ans	58,9	54,6	53,9	51,1	67,4	43,8	54,8	55,9
> 45 ans	24,8	20,2	29,4	27,8	20,5	39,9	22,9	25,6
<b>Gériatrie ou long séjour</b>								
< 30 ans	7,6	16,6	17,3	14,9	16,7	8,8	16,6	15,9
30-45ans	48,5	50,1	49,5	42,1	63,5	50,0	48,2	50,0
> 45 ans	43,9	33,3	33,2	43,0	19,8	41,2	35,2	34,1
<b>Urgences</b>								
< 30 ans	23,5	13,8	24,0	23,3	11,2	27,3	24,8	22,0
30-45ans	54,2	56,9	56,2	56,3	73,3	42,1	57,8	55,1
> 45 ans	22,4	29,3	19,8	20,4	15,5	30,6	17,4	22,9
<b>Psychiatrie</b>								
< 30 ans	14,3	11,8	11,9	17,3	7,6	27,3	13,5	13,0
30-45ans	56,6	59,0	39,8	46,9	73,8	45,5	55,5	49,8
> 45 ans	29,1	29,2	48,4	35,8	18,6	27,3	31,0	37,2
<b>Répartition des soignants par grades (%)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>								
Cadres et autres soignants très qualifiés	8,9	19,9	5,6	18,7	8,6	7,7	10,9	11,3
Infirmiers spécialisés	49,4	6,6	,8	11,6	4,9		2,3	6,5
Infirmiers diplômés d'état	29,0	70,7	56,9	50,6	86,5	68,2	86,6	67,0
Aides soignants et autres moins qualifiés	12,6	2,9	36,7	19,1		24,0	0,2	15,2
<b>Gériatrie ou long séjour</b>								
Cadres et autres soignants très qualifiés	15,9	21,3	3,8	24,6	15,3	9,5	11,6	12,4
Infirmiers spécialisés	12,1	5,3	1,0	14,4	6,0		3,1	4,0
Infirmiers diplômés d'état	63,6	48,1	26,6	24,6	78,7	74,0	63,5	47,3
Aides soignants et autres moins qualifiés	8,3	25,3	68,5	36,4		16,5	21,9	36,4
<b>Urgences</b>								
Cadres et autres soignants très qualifiés	9,9	14,3	2,8	27,5	6,3	7,9	17,9	9,7
Infirmiers spécialisés	6,4	11,1	1,6	30,4	6,3		2,1	5,5
Infirmiers diplômés d'état	71,5	73,0	68,1	40,2	87,3	71,4	80,0	71,9
Aides soignants et autres moins qualifiés	12,2	1,6	27,4	2,0		20,7		12,9
<b>Psychiatrie</b>								
Cadres et autres soignants très qualifiés	17,6	27,7	11,5	30,3	11,8	8,2	10,6	15,5
Infirmiers spécialisés	20,5	17,5	2,9	11,0	13,2		0,5	7,8
Infirmiers diplômés d'état	50,6	48,2	68,3	40,7	75,0	75,4	86,8	64,7
Aides soignants et autres moins qualifiés	11,4	6,6	17,3	17,9		16,4	2,1	12,0

\* p < 0,001 pour toutes les comparaisons.

BE : Belgique ; DE : Allemagne ; FR : France ; GB : Royaume-Uni ; IT : Italie ; N : Norvège ; SLK : Slovaquie.

des malades pouvaient être générateurs de réactions violentes quand ils étaient faits rapidement, sans relation personnalisée, par des personnels éprouvant un sentiment de pénibilité de leurs conditions de travail.

### **Compétences, rôles et caractéristiques personnelles**

Les soignants les moins qualifiés étaient plus exposés aux épisodes violents (OR = 1,57 ; IC 95 % 1,38-1,79 par rapport aux cadres). Les infirmiers étaient plus exposés que les cadres (OR = 1,20 ; IC 95 % 1,05-1,38), alors que les infirmiers spécialisés ne différaient pas des cadres. Le temps de présence pour des soins directs était moindre pour les cadres et les infirmiers spécialisés travaillaient souvent auprès de malades anesthésiés. Les soignants plus âgés et plus expérimentés étaient moins exposés (OR = 0,79 pour les soignants de 30 à 45 ans et OR=0,70 pour les soignants de plus de 45 ans). Une fois tous les autres facteurs pris en considération, le sexe n'avait pas d'influence significative.

### **Le travail en psychiatrie : facteur de risque prédominant**

L'exercice en psychiatrie dominait tous les facteurs de risque d'être l'objet d'épisodes violents (OR = 4,89 ; IC-95 % 3,82-6,25), soit près de 5 fois plus qu'en soins à domicile, consultations, hôpital de jour ou de semaine. Les services d'urgences étaient près de 3 fois plus concernés que ces derniers (OR = 2,68 ; IC-95 % 2,10-3,44). La gériatrie et le long séjour avaient un excès de risque de 30 % par rapport aux structures de soins à domicile, consultations, hôpital de jour ou de semaine. En revanche, les services de pédiatrie, obstétrique et gynécologie étaient significativement moins exposés (OR = 0,70 ; IC-95 % 0,56-0,88).

### **Caractéristiques des conditions de travail**

Les caractéristiques des conditions de travail les plus liées à la survenue d'événements violents étaient moins présentes dans les pays où la violence était déclarée le moins souvent et ce dans toutes les spécialités.

### **Modalités du travail d'équipe**

Les déclarations des soignants norvégiens et belges travaillant en médecine-chirurgie ou en psychiatrie montraient toujours moins d'exposition aux différents aspects de l'insuffisance du travail d'équipe, alors que les soignants allemands, français et italiens étaient dans une situation nettement plus difficile (*tableau IV*, et complément électronique). Cette opposition entre les 2 groupes de pays se retrouvait aussi bien pour la satisfaction des transmissions entre équipes successives et l'incertitude concernant les traitements, que pour les interruptions fréquentes, le soutien psychologique et le harcèlement des supérieurs. Pour la situation décrite par les soignants travaillant en services d'urgences et en gériatrie ou long séjour, la situation de la Belgique se rapprochait pour certains items de la situation du groupe de

pays où les soignants étaient plus en difficulté. En revanche, les soignants allemands déclaraient travailler dans de meilleures conditions pour certains items. La situation de la France et de l'Italie était toujours la plus difficile.

### **Pression temporelle et organisation des horaires de travail**

Le score global de pression temporelle dans le travail était moins fréquemment élevé en psychiatrie qu'en médecine-chirurgie, aux urgences et en gériatrie (17,9 % de l'ensemble *versus* 43,9, 45,7 et 41 % respectivement) (*tableau V*, et complément électronique). Ce score était moins souvent élevé pour les soignants norvégiens de toutes les disciplines et les soignants belges de médecine-chirurgie et de psychiatrie.

Les soignants étaient moins de 20 % à pouvoir travailler en journée classique, c'est-à-dire en phase avec les horaires de la plupart de la population générale et de leurs enfants. Les soignants de psychiatrie avaient un peu plus d'horaires de journée classique, du fait du développement du travail extra-hospitalier. Les horaires de nuit étaient plus souvent concentrés sur une équipe fixe en France, les autres pays ayant plus recours au travail en équipes alternantes avec nuits.

### **Conditions physiques de travail**

Dans l'ensemble, 35,9 % des soignants en psychiatrie étaient insatisfaits de leurs conditions physiques de travail, contre 50,6 % en service d'urgences, 53,9 % en gériatrie et 54,6 % en médecine-chirurgie (*tableau V*, et complément électronique). Les soignants de Belgique, Norvège et Royaume Uni déclaraient leur travail moins pénible physiquement que ceux de France, Italie, Slovaquie et Allemagne.

## **Discussion**

La violence, qui peut avoir des conséquences dramatiques, peut et doit être prévenue en milieu de soins. L'analyse prenant en compte les différents facteurs de risques personnels et professionnels a fait apparaître comme prioritaire le rôle de la cohérence d'un projet de soin, élaboré par une équipe soudée, dans la prévention des incidents violents. Nous avons observé, comme d'autres auteurs, mais à une plus grande échelle, l'exposition plus importante à la violence des soignants de psychiatrie, des urgences et de gériatrie et long séjour en lien avec les troubles de la population accueillie. En revanche, si ce gradient existait dans tous les pays, son importance était très limitée en Norvège ou en Belgique. En France et au Royaume-Uni, où la violence était plus souvent constatée en médecine et chirurgie, elle était déclarée 3 à 4 fois plus fréquemment en psychiatrie et aux urgences. La situation des soignants allemands se rapprochait des français et des belges dans les services de psychiatrie et d'urgences, mais en gériatrie et long séjour, ils étaient dans une situation moins difficile. Les infirmiers allemands ont un diplôme spécifique pour travailler en gériatrie. Leur compétence

TABLEAU IV

Fréquence des modalités du travail d'équipe selon les déclarations des soignants de différentes spécialités, dans 7 pays européens\*

	BE	DE	FR	GB	IT	N	SLK	Total
<b>Soignants insatisfaits des transmissions entre équipes successives (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	50,4	63,0	66,2	28,5	59,1	28,6	26,8	52,3
Gériatrie ou long séjour	26,9	60,3	54,3	36,9	47,3	23,1	13,4	43,8
Urgences	56,8	49,6	63,0	18,0	50,4	34,6	26,9	46,4
<b>Incertitude fréquente concernant les traitements (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	41,7	58,2	51,1	42,3	49,3	8,8	34,0	45,4
Gériatrie ou long séjour	38,5	43,4	41,1	38,6	44,9	17,8	26,5	37,4
Urgences	64,3	41,1	34,0	25,0	39,6	23,2	30,0	38,6
Psychiatrie	38,1	38,2	33,9	21,8	40,2	27,3	27,1	33,1
<b>Interruptions fréquentes dans le travail (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	81,4	93,9	85,6		84,3		41,9	81,7
Gériatrie ou long séjour	78,2	83,7	72,3		78,3		34,7	68,1
Urgences	88,2	91,9	91,5		76,6		36,6	81,7
Psychiatrie	82,1	78,9	70,7		73,4		45,3	69,4
<b>Ordres contradictoires fréquents pour le travail (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	37,5	38,3	37,9		46,1	11,4	26,9	35,9
Gériatrie ou long séjour	27,1	26,6	21,6		38,7	15,2	19,0	23,5
Urgences	43,1	43,1	37,8		47,5	22,0	24,3	35,5
Psychiatrie	27,7	26,3	26,0		42,4	26,7	18,8	26,7
<b>Soignants insatisfaits du soutien psychologique (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	51,0	63,4	71,8	41,7	78,3	22,3	69,7	62,3
Gériatrie ou long séjour	49,2	64,7	66,9	40,7	78,2	22,6	54,4	59,6
Urgences	55,2	66,1	69,0	49,5	82,8	20,6	57,8	52,5
Psychiatrie	48,9	53,1	57,2	27,3	64,6	21,4	60,4	52,8
<b>Soignants parlant de harcèlement des supérieurs (%)</b>								
Médecine ou chirurgie	8,2	9,2	10,2	11,7	7,5	2,6	5,8	8,5
Gériatrie ou long séjour	6,2	12,1	12,8	16,0	7,3	2,6	8,8	10,7
Urgences	6,7	18,7	10,8	19,4	3,9	2,9	8,8	7,8
Psychiatrie	6,1	6,1	8,3	6,2	8,5	3,3	2,7	6,7

\* p &lt; 0,001 pour toutes les comparaisons.

BE : Belgique ; DE : Allemagne ; FR : France ; GB : Royaume-Uni ; IT : Italie ; N : Norvège ; SLK : Slovaquie.

spécifique peut certainement les aider à mieux accompagner les besoins des personnes âgées et à mieux s'adapter aux besoins des personnes atteintes de démence.

Des facteurs de risque ont été un peu moins observés en psychiatrie. Ceci peut être mis en lien avec la meilleure entraide des collègues et des cadres, la plus grande ancienneté des soignants, leur expérience du travail institutionnel aux antipodes du nouveau management flexible [29-31]. La satisfaction du temps de chevauchement entre 2 équipes, pour assurer les transmissions orales, était bien meilleure en psychiatrie en France et en Allemagne que dans les autres disciplines. Cette satisfaction différait peu selon les disciplines au Royaume-Uni et en Slovaquie. Il semble que des réorganisations, visant à réduire les temps qualifiés de "non productifs" par les gestionnaires, ont été implantées déjà fortement, en France et en

Allemagne, dans les services de soins généraux. Mais les soignants de psychiatrie de ces 2 pays ont plus résisté à ce mouvement, faisant valoir les traditions de la psychiatrie institutionnelle et plus largement les nécessités d'une cohésion d'équipe pour une prise en charge des patients en souffrance psychique, dans un domaine où les zones d'incertitude concernant les conduites à tenir sont très fortes [32-34]. En psychiatrie, l'évolutivité des états cliniques, l'intrication des problématiques sociales et relationnelles, les demandes massives et récurrentes des patients concernant leur situation, nécessitent des échanges d'information fréquents entre soignants pour adapter les décisions et les choix de prise en charge. La durée de présence des médecins psychiatres est aussi plus longue que celle des membres de la direction qui ont un turnover rapide, et des préoccupations différentes. Ils ont pu, dans cer-

TABLEAU V

Fréquence des conditions temporelles et physiques du travail, selon les déclarations des soignants de différentes spécialités, dans 7 pays européens\*

	BE	DE	FR	GB	IT	N	SLK	Total
<b>Pression temporelle élevée (%)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>	32,3	51,9	39,3	46,0	47,5	21,0	56,8	43,9
<b>Gériatrie ou long séjour</b>	42,9	57,2	44,5	28,6	41,7	24,7	24,0	41,0
<b>Urgences</b>	50,4	58,1	43,6	61,8	43,0	31,6	69,6	45,7
<b>Psychiatrie</b>	33,1	16,7	9,7	19,1	14,2	40,4	27,3	17,9
<b>Fréquence du travail aux différents horaires (%)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>								
Journée classique	8,7	6,9	13,2		7,2	11,7	9,7	9,7
Journée irrégulière (tôt ou tard le soir)	2,7	7,4	9,5		11,3	8,4	13,7	9,4
Nuit fixe	9,1	8,3	19,0		0,1	2,0		8,2
Alternant sans nuit	19,4	24,5	47,6		8,1	16,6	0,9	24,2
Alternant avec nuits	60,1	53,0	10,7		73,2	61,3	75,7	48,5
<b>Gériatrie ou long séjour</b>								
Journée classique	35,3	6,7	14,2		19,2	13,8	11,1	13,0
Journée irrégulière (tôt ou tard le soir)	18,8	13,0	6,7		10,2	11,2	13,8	10,7
Nuit fixe	0,8	10,0	11,5			6,3	0,2	7,1
Alternant sans nuit	39,8	37,6	58,7		15,4	13,8	4,7	35,1
Alternant avec nuits	5,3	32,7	8,9		55,3	54,9	70,3	34,0
<b>Urgences</b>								
Journée classique	4,8	18,5	4,6		4,3	19,3	5,5	10,0
Journée irrégulière (tôt ou tard le soir)	5,4	12,1	15,8		6,0	12,0	10,1	10,0
Nuit fixe	6,7	6,5	19,2			2,7		6,2
Alternant sans nuit	23,6	18,5	36,9		6,9	11,3		17,7
Alternant avec nuits	59,5	44,4	23,5		82,8	54,6	84,4	56,1
<b>Psychiatrie</b>								
Journée classique	28,6	5,6	38,5		17,0	31,1	14,6	27,3
Journée irrégulière (tôt ou tard le soir)	5,5	11,8	5,3		9,2	8,2	15,0	8,1
Nuit fixe	7,1	3,9	9,7			1,6		5,9
Alternant sans nuit	30,8	20,2	33,5		12,1	6,6	0,4	23,3
Alternant avec nuits	28,0	58,4	13,1		61,7	52,5	70,0	35,3
<b>Fréquence de l'insatisfaction des conditions physiques de travail (% de soignants fréquemment interrompus)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>	39,1	58,5	59,9	40,9	58,2	30,8	70,7	54,6
<b>Gériatrie ou long séjour</b>	29,8	58,2	61,9	34,9	52,1	25,9	56,6	53,9
<b>Urgences</b>	49,9	45,6	60,7	41,6	70,7	36,9	56,4	50,6
<b>Psychiatrie</b>	35,9	13,8	34,3	30,4	48,6	44,6	52,2	35,9
<b>Fréquence de postures pénibles (% de soignants avec + de 5 postures pénibles par jour)</b>								
<b>Médecine ou chirurgie</b>	29,3	59,7	39,1	37,2	42,8		30,1	42,8
<b>Gériatrie ou long séjour</b>	19,8	56,7	43,0	34,4	33,9		34,7	42,7
<b>Urgences</b>	42,2	53,0	56,1	42,0	45,5		34,3	46,3
<b>Psychiatrie</b>	29,3	10,8	11,2	9,5	8,5		12,4	13,0

\* p &lt; 0,001 pour toutes les comparaisons.

BE : Belgique ; DE : Allemagne ; FR : France ; GB : Royaume-Uni ; IT : Italie ; N : Norvège ; SLK : Slovaquie.

tains cas, maintenir les acquis de travail d'équipe et de réunions de la "psychiatre institutionnelle". Les soignants de psychiatrie se déclarent un peu moins harcelés que les soignants des autres services. Soit les soignants de psychiatrie savent

mieux définir ce terme et l'emploient avec plus de circonspection, soit le plus grand temps consacré aux échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire permet moins de harcèlement en psychiatrie.

La confrontation à la violence des patients plus d'une fois par mois pour la moitié des soignants des services de psychiatrie français a montré la forte exposition à la violence de ce secteur. Cette fréquence avait été soulignée dans les études précédentes. La déclaration, dans différents pays nordiques, en est faite par jusqu'à 73 % des soignants de psychiatrie [35]. Mais la plupart des études réalisées avant cette date constataient plutôt ces incidents violents déclarés par un peu plus du tiers des soignants de psychiatrie [36, 37].

Le raccourcissement des durées de séjour, l'augmentation des files actives, la répartition qui tend à s'organiser entre un secteur privé qui prend en charge les pathologies dépressives et un secteur public qui, lui, s'occupe des troubles délirants aigus, conduit à une concentration bien plus importante de patients lourds, instables, potentiellement dangereux ou vécus comme tels, dans les services de psychiatrie ainsi qu'aux urgences [38].

Nous avons pu montrer le rôle de la cohérence d'un projet de soin, élaboré par une équipe soudée, dans la prévention des incidents violents. Une corrélation positive entre le nombre d'incidents violents et le nombre de journées de recours aux infirmiers des agences d'intérim ainsi qu'une corrélation négative avec l'effectif infirmier permanent présent ou le recours aux heures supplémentaires ont été mises en évidence en psychiatrie [39, 40].

Dans les autres disciplines, et même progressivement en psychiatrie, l'organisation du travail tend à évoluer au service de la gestion et moins du soin. Dans ce contexte, l'impuissance du soignant fait écho au désarroi du patient qui s'alimentent l'un l'autre. L'insuffisance des transmissions orales conduit à plus d'incertitude sur ce que l'on peut dire au patient ou à sa famille sur son état ou son traitement. Les soignants déclaraient dans ce contexte davantage d'incertitude sur les traitements à prodiguer, et ce d'autant plus que les affectations tendent à être flexibles. La réduction des discussions pluridisciplinaires sur les protocoles, et sur l'adaptation des soins à la personne soignée conduisent à un nombre plus important d'ordres contradictoires qui augmentent l'incertitude des soignants et le temps perdu pour des soins efficaces. Les interruptions dans les tâches en cours sont très souvent liées à ce manque de transmission des informations. Il est en effet souvent nécessaire de retourner au poste de soins pour rechercher une information ou un matériel imprévu, lorsque le soignant est déjà auprès du malade, ce qui entrave le développement d'une écoute et d'une relation d'aide. Le patient qui se sent négligé ou insécurisé par des attitudes contradictoires ou des informations incertaines a davantage recours à des réactions violentes pour se faire prendre en compte.

La question de la violence dont peuvent être victimes les soignants est un sujet de préoccupation dans de nombreux pays. Le *US department of labor Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) a publié en 1998 un guide pour la sécurité des soignants [41, 42]. L'Assistance publique hôpitaux de Paris a publié un guide en 2000 [43]. Mais s'il est important de soutenir

et d'accompagner les victimes dans leurs démarches, il est surtout nécessaire de mieux prendre en compte, dans l'organisation du travail, les constats des principales études qui convergent avec celle-ci. Toutes les études ont insisté sur le rôle de l'expérience comme facteur de protection [44-46]. Les mécanismes d'escalade de la violence peuvent être interrompus par une meilleure prise de conscience d'équipe, une meilleure communication et l'utilisation de techniques de désescalade [47-49], avec une meilleure anticipation des améliorations possibles de la satisfaction des patients. Privitera *et al.* [17] ont conclu leur étude en insistant sur la nécessité de temps pour construire des équipes soudées, ayant une habitude de communication approfondie. Les tendances actuelles à la diminution des effectifs soignants face à une diminution des durées de séjour des patients peuvent accroître la possibilité de violence des patients suivis en psychiatrie en extra-hospitalier [47]. Tout concourt à affirmer que, certes, travail en psychiatrie implique de recevoir des patients dont les troubles peuvent s'exprimer sous la forme de la violence. Mais ce constat n'implique pas une fatalité de la violence, car elle peut être minorée ou majorée selon l'attention portée à la personne et selon l'environnement spatial et organisationnel.

Les soignants fatigués par la pénibilité physique du travail réussissent moins à avoir les gestes délicats et la voix douce qui rassurent. Certains pays comme la Norvège, le Royaume-Uni et la Belgique ont plus investi dans les équipements de manutention manuelle ou spécifique pour le bain ou la douche de personnes très dépendantes. Ceci contribue à leur permettre de mettre leur compétence en œuvre dans la relation avec des patients difficiles au lieu de se centrer sur l'application, plus ou moins efficace, de techniques de manutention manuelles.

Les analyses concernant les accidents violents ont montré l'existence d'un pic caractéristique de début de soirée [19, 50]. Le départ des visites, l'arrêt des activités spécifiques et l'arrivée de la nuit sont des moments générateurs d'angoisse pour les patients. Leur prise en charge est réalisée par des soignants moins avertis si la transmission est brève, avec des ressources médicales plus limitées, une marge d'autonomie plus restreinte ou mal définie ainsi qu'une équipe moins nombreuse et plus isolée. Or, face à la quantité de travail, dans un contexte de réduction des durées moyennes de séjour en services de soins aigus, l'angoisse des malades peut plus facilement dégénérer. Il ne faut pas négliger le fait que les nouvelles directives législatives et réglementaires afférentes aux droits des malades et aux obligations des structures de soins en matière d'information et de recherche du consentement peuvent laisser place à la juridiciarisation et aux conflits avec les usagers amplifiant le risque médico-légal.

Les différentes fonctions des transmissions entre équipes successives ont reçu une forte attention. Mais la réduction du temps qui leur est imparti continue à être un objectif institutionnel, en France. Pourtant, leur insuffisance conduit à un stress et à une souffrance au travail accrus. D'une part, les

tâches informationnelles qui sont réalisées pendant cette période ont pour but de transférer des informations nécessaires pour que l'équipe suivante puisse réaliser le travail efficacement [51]. D'autre part, la transmission orale peut être un forum pour la cohésion du groupe et peut promouvoir le développement de la "familiarité", dans le sens de proximité amicale, et l'initiation des novices au sein du groupe [52]. Cette transmission fournit l'occasion d'un transfert des responsabilités avec soulagement émotionnel. Enfin, la transmission orale peut conduire à un *débriefing* émotionnel dans un cadre de soutien des pairs [53]. Le travail d'équipe nécessite du temps, et la transmission orale joue un rôle central. Mais loin d'être un temps improductif, ce temps pour constituer des "collectifs de travail" soudés limite les erreurs, permet la cohé-

rence des soins, l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents. Ce temps pour consolider les équipes doit être promu, malgré les pressions actuelles pour une intensification, supposée, de la productivité et pour la mobilité des soignants sur plusieurs services. Il est indispensable pour protéger la santé mentale des soignants et préserver leur désir et leur plaisir de soigner.

**Conflits d'intérêts :** aucun

**Remerciements :** L'étude Next a été initiée par SALTSA (*Joint Programme for Working Life Research in Europe*) et financée par l'Union européenne dans le 5<sup>e</sup> Programme cadre. Key action n° 6.3. The population and disabilities. (QLK6-CT-2001-00475). Elle a été soutenue par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'Association Notre-Dame de Bon-Secours Paris et l'Institut national de veille sanitaire.



**Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* ([www.masson.fr/revues/pm](http://www.masson.fr/revues/pm)) et au doi.**

• Les tableaux de l'article dans leur intégralité.

## Références

- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS *et al.* An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004; 61: 495-503.
- Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag.* 2002; 10: 13-20.
- Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nurs Health Sci.* 2005; 7: 57-65.
- Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthc Manag.* 2004; 49: 377-90 (discussion 391-2).
- Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs.* 2004; 12: 67-73.
- Hegney D, Plank A, Parker V. Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: a self-reported study. *Int J Nurs Pract.* 2003; 9: 261-8.
- Somboontanont W, Sloane PD, Floyd FJ, Holditch-Davis D, Hogue CC, Mitchell CM. Assaultive behavior in Alzheimer's disease: identifying immediate antecedents during bathing. *J Gerontol Nurs.* 2004 Sep; 30(9): 22-9 (quiz 55-6).
- Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatr Serv.* 2001; 52: 232-4.
- Astrom S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman BI. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scand J Caring Sci.* 2002; 16: 66-72.
- Atawneh FA, Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA, Al-Farah MH. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs.* 2003; 12(2): 102-7 (Jan 23-Feb 12).
- Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39: 469-78.
- Calabro K, Baraniuk S. Organizational factors related to safety in a psychiatric hospital: employee perceptions. *AAOHN J.* 2003; 51: 425-32.
- Whittington R, Wykes T. An observational study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1994; 1: 85-92.
- Omerov M, Edman G, Wistedt B. Violence and threats of violence within psychiatric care—a comparison of staff and patient experience of the same incident. *Nord J Psychiatry.* 2004; 58: 363-9.
- Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs.* 2005; 50: 469-78.
- Trenoweth S. Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *J Adv Nurs.* 2003; 42: 278-87.
- Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X, Groman A. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occup Med (Lond).* 2005; 55: 480-6 (Epub 2005 May 27).
- Lynch J, Appelboam R, McQuillan PJ. Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Anaesthesia.* 2003; 58: 893-9.
- Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *Med J Aust.* 2005; 183: 362-5.
- Gates D, Fitzwater E, Succop P. Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs Res.* 2005; 54: 119-27.
- Morgan DG, Stewart NJ, D'Arcy C, Forbes D, Lawson J. Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005; 12: 347-58.
- Early MR. Recognizing and managing violence in the NICU. *Neonatal Netw.* 2004; 23: 31-4.
- Uzan M, Gozlan C, Di Lorio E. Violence against hospital staff: possible solutions. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2005; 34(1 Suppl): S54-61.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH, and the Next-Study group. Working conditions and intent to leave the profession among

- nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7. Stockholm: National Institute for Working Life; 2003.
- 25 Estryn-Behar M, Le Nézet O, Duville N et le comité de suivi de l'étude Presst, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession, Résultats de l'étude Presst-Next, Brochure diffusée lors du colloque national de restitution des résultats de l'études Presst-Next le 1<sup>er</sup> juin 2005. Et Estryn-Behar M, Caillard JF, Le Nézet O, Charton-Promeyrat C, Heurteux P, Ben-Brik E. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant Etude Presst-Next, Partie 1, janvier 2004. Disponibles sur [www.prest-next.fr](http://www.prest-next.fr).
- 26 Thomson E. Statistique annuelle des établissements de santé 1999, Document de travail, série statistiques, 2001, 27, DREES, Ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- 27 Sicart D. Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2001 – Répertoire ADELI. Document de travail, série statistiques, 2001, 21, DREES, Ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- 28 Cases C, Saline E. Statistiques en psychiatrie en France, données de cadrage in Psychiatrie et santé mentale. Rev Fr Aff Soc. 2004; 1: 181-99.
- 29 Allemandou B. "Peut-on évoluer en psychiatrie?", Recherche – Pratiques professionnelles. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. 1990; 3: 69-84.
- 30 Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Éditions de Minuit; 1968.
- 31 Guillim A, Boisguérin B, Parayre C. L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements? Etudes et résultats. Paris: n° 48, DRESS, Ministère de l'Emploi et de la solidarité; 2000.
- 32 Loubière A. Demain la psychiatrie. Paris: Éditions Multiples; 1994.
- 33 Estryn-Béhar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital – Reconnaissance, analyse et prévention. Paris: Estem; 1997.
- 34 Pinaud H, Duville N, Roy I, Segre M. Place et rôle des salariés et de leurs représentants dans le processus de réduction du temps de travail. Approche comparative transversale, Étude CNRS/Ministère du travail (Fonds social européen)/CFDT, 2001-2004, Volet Santé-Hôpitaux psychiatriques, 2004.
- 35 Toomingas A, Bach E, Bast-Pettersen R, Lindström K. Research in the Nordic countries on occupational health for health care personnel – present and recommendations for the future. In: Hagberg M, Hofmann F, Stosel U, Westlander G. Occupational health for health care workers, Ecomed, Germany, 2<sup>nd</sup> Congress, 1995, p. 42-8.
- 36 Basque LO, Merhinge J. Nurses' experience with dangerous behaviour : implication for training. J Contin Educ Nurs. 1980; 11: 47-51.
- 37 Royal College of Nursing. Violence and community nursing staff. Advice for managers. 1994.
- 38 Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs OMS <http://www.who.int/whr/2001/fr/>.
- 39 Fineberg NA, James DV, Shah AK. Agency nurses and violence in a psychiatric ward. Lancet. 1988; 1: 474.
- 40 Shah AK, Piachaud J. Violence, nursing and inpatient psychiatry. Lancet. 1988; 1: 940.
- 41 US Department of Labor Occupational safety and health Administration (OSHA) 1998. [www.osha.gov](http://www.osha.gov).
- 42 Department of Veteran's Affairs. Office of Occupational Safety and Health Official Letter 00S-97-7 Violence in Psychiatric Settings. <http://www1va.gov/vasafety/page.cfm?pg=213>.
- 43 Ben-brik E, Benkétira JL, Caillard JF, Dantchev N, Florentin A, Richard-Piauger M *et al*. Violences de patients, d'accompagnants, de visiteurs. Comment soutenir les personnels qui en sont victimes? Guide à l'usage des directions et des responsables de services. Assistance publique hôpitaux de Paris; 2004 (p. 26).
- 44 Bernstein HA. Survey of threats and assaults directed toward psychotherapists. Am J Psychother. 1981; 35: 542-9.
- 45 Hodgkinson P, Hillis T, Russell D. Assaults on staff in a psychiatric hospital. Nurs Times. 1984; 80: 44-6.
- 46 Carmel H, Hunter M. Staff injuries from patient attack: five-year data. American Academy of Psychiatric Law. 1993; 21: 485-93.
- 47 Tucker ME. Violence in psychiatric units. Systematic approach needed to protect staff. Clinical Psychiatry news. 2003; 31: 67.
- 48 Fishkind A. Calming agitation with words, no drugs. 10 Commandments for safety. Current Psychiatry. 2002; 1: 32-9.
- 49 Snyder III W. Hospital downsizing and increased frequency of assault on staff. Hosp Community Psychiatry. 1994; 45: 378-80.
- 50 Monceau M. Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité. Montréal: Gaétan Morin; 1998.
- 51 McKenna LG. Improving the nursing handover report. Prof Nurse. 1997; 12: 637-9.
- 52 Hopkinson JB. The hidden benefit : the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospitals. J Clin Nurs. 2002; 11: 168-75.
- 53 Payne S, Hardley M, Coleman P. Interactions between nurses during handover in elderly care. J Adv Nurs. 2000; 32: 277-85.

Author's