



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée en Ophtalmologie

Par

Claire ANTOINE

Le 17 février 2023

**Les situations d'agressivité et de violence au cours de l'exercice
professionnel des internes et assistants en ophtalmologie**

Membres du jury :

Mme la Professeure Karine ANGIOI-DUPREZ

Présidente du Jury et

Directrice de thèse

M. le Professeur Jean-Paul BERROD

Juge

M. le Docteur Grégory GROSS

Juge

Mme la Docteure Marie-Soline LUC

Juge

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER et Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3^e sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4^e sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^e sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville

(VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Présidente du Jury,

Madame la Professeure Karine ANGIOI-DUPREZ

Professeure des Universités, Praticienne Hospitalière en Ophtalmologie, CHRU Nancy.

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet et présider ce jury.

Nous sommes reconnaissants pour vos enseignements quotidiens et pour votre accompagnement dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous remercions également pour votre implication sans faille dans notre formation, pour votre ouverture d'esprit ainsi que pour votre écoute et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Paul BERROD

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Ophtalmologie, CHRU Nancy

Nous vous remercions pour l'enthousiasme que vous exprimez à nous partager vos connaissances.

Nous mesurons la chance que nous avons d'apprendre à vos côtés. Votre passion contagieuse de l'ophtalmologie fera de nous, je l'espère, des ophtalmologistes en quête de savoir tout au long de notre carrière.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

À notre Maître et Juge de thèse

Monsieur le Docteur Grégory GROSS

Praticien Hospitalier en Psychiatrie, CPN Nancy.

Nous vous remercions pour votre apport précieux tout au long des différentes sessions de simulation.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous espérons qu'il répondra à vos attentes.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

À notre Maitre et Juge de thèse

Madame la Docteure Marie-Soline LUC

Cheffe de Clinique des Universités – Assistante des Hôpitaux en ophtalmologie, CHRU Nancy

Nous te remercions pour ton accompagnement durant ce travail, ta disponibilité et ta patience.
Merci pour tes conseils justes et tes connaissances qui ont su redresser nombre de diagnostics.

Nous espérons que ce travail répondra à tes attentes.

Sois assurée de notre sincère reconnaissance.

À toute l'équipe du service d'Ophtalmologie du CHRU de Nancy,

Au Professeur Jean-Baptiste Conart, pour tes connaissances et ta pédagogie, toujours à la pointe de l'actualité rétinienne et des avancées les plus récentes. Merci également pour ta bonne humeur, ta disponibilité et ta patience. J'espère avoir la chance d'apprendre à tes côtés encore quelques semestres.

Au Docteur Maalouf, pour votre enseignement, et votre expertise en glaucome et en orbito-palpébral.

Au Docteur Julie Colné, pour ton énergie à toute épreuve, ta dextérité chirurgicale et pour ta patience au bloc (et tes musiques de Noël en janvier !) ; merci de m'avoir transmis les secrets de la pédiatrie.

Au Docteur Laure Malosse, pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas au CHU.

Aux Docteurs Mathilde Bertrand-Boiché et Estelle Neiter, merci pour votre expertise, votre disponibilité et votre douceur aussi bien avec nous qu'avec les patients, j'ai hâte de pouvoir travailler davantage avec vous à l'avenir.

Au Docteur Alix Ehrhardt, je n'ai malheureusement pas eu la chance d'apprendre longtemps à tes côtés, merci d'avoir été là pour nous quand nous étions de passage au CHU, ton grain de folie va nous manquer.

Au Docteur Anne-Claude Madkaud, pour ton perfectionnisme qui nous pousse à donner le meilleur de nous chaque jour, merci aussi pour ta douceur et tes célèbres consultations de pédiatrie en chanson.

Aux plus jeunes Docteurs : Zerine, Justine, Marie, et Chloé, je suis heureuse d'avoir été témoin de vos premiers pas en tant que chefs, c'est toujours un plaisir d'être avec vous en consultation.

Aux Infirmières, Jen, Amandine, Nadia, Angélique, Sylvie, Manu, Laetitia, merci pour votre aide au quotidien qu'on ne peut résumer en quelques mots mais qui nous est précieuse.

Aux orthoptistes Mildrey, Elisabeth, Agnès, Monia, Justine, Christelle, et à tous les élèves orthoptistes, pour votre collaboration et vos conseils avisés qui nous permettent d'avancer ensemble.

À nos secrétaires du CHU, pour leur gentillesse et leur disponibilité.

À toute l'équipe du bloc opératoire du CHU.

À toute l'équipe du service d'Ophtalmologie du CHR de Mercy,

Au Docteur Perone, merci pour votre enseignement expérimenté dans le domaine de la cornée et pour votre investissement dans notre formation chirurgicale.

Au Docteur Mohamed Zaidi, pour tes connaissances pointues, tes relectures orthographiques de nos dossiers tout aussi aiguisées et surtout pour ton bon gout en matière d'immobilier et de chaussures.

Au Docteur Louis Lhuillier, pour ta faculté à savoir gérer toutes les situations ubuesques de l'ophtalmologie.

Au Docteure Julie François, pour ta bonne humeur et tes conseils en pédiatrie.

Au Docteur Jean-Charles Vermion, pour ton calme à toute épreuve, ta dextérité chirurgicale et ton humour qui suit les chemins de Louis.

Au Docteurs Alice Nessler, pour ta gentillesse et ta disponibilité à nous éclairer quand nous étions perdus.

Au Docteure Sarah Stoebener, parce qu'avec toi on ne s'ennuie jamais, surtout les jeudi après-midi, merci d'avoir été une chef aussi sympathique et attentionnée.

Au Docteur Dimitri Chaussard, pour ton éloquence et ta plume distinguée.

À Isabelle et à Manu, notre infirmier star, véritable phénomène du service, merci pour ta bonne humeur et ton aide quotidienne.

Et à **Suzy et Eric**, et à **tous les élèves orthoptistes**, ça a été un plaisir de travailler à vos côtés.

Aux **secrétaires** et à toute l'équipe du **bloc opératoire** de Mercy.

À toute l'équipe du service d'Ophtalmologie du CH d'Épinal,

Au Docteur Abry, pour m'avoir accueillie dans votre service pour mon tout premier semestre en ophtalmologie. J'espère avoir le plaisir de revenir prochainement parmi vous.

Au Docteur Laroche, pour sa disponibilité et sa sympathie.

Au Docteur Anne-Laure Jeancolas, pour m'avoir appris avec patience mes premières leçons d'ophtalmologie et à qui je pense tous les jours en regardant des rétines.

Au Docteur Alexia, Tan pour ton sourire communicatif, et ta disponibilité dans mes (nombreux) moments de doutes diagnostics des débuts.

Aux infirmières, Émilie, Catherine, Rachel, et Nathalie, alias Nanaille, merci pour votre aide et votre bonne humeur.

À Philippe, orthoptiste, aux élèves orthoptistes, aux secrétaires et à toute l'équipe du bloc opératoire.

Au Docteur Aurélia Chaume et à toute l'équipe du cabinet, pour m'avoir accueilli au sein du cabinet, pour m'avoir fait confiance et pris le temps de me transmettre ce beau métier.

Au Docteur Nicolas Salaun et à toute l'équipe du cabinet, merci pour ce formidable semestre passé au sein de votre belle équipe, pour votre sens de l'organisation et du travail en groupe.

À toute l'équipe du service d'ORL de l'hôpital de Mercy, médecins, infirmières, et plus spécifiquement aux Docteurs Remy Grosjean, Hélène Eluecque, Cristian Stirbu, Sophie Kacha pour m'avoir accueilli dans votre spécialité avec bienveillance.

À l'équipe du Cuesim, et plus particulièrement à **Rosa Lopes** et **Hind Hani** pour leur investissement dans ce projet.

À toute l'équipe du CEDV et en particulier au **Docteur Caissial** et aux orthoptistes, **Zohra, Jeanne, Amélie, Sophie**, pour m'avoir appris tous les aspects du handicap visuel afin de mieux accompagner les patients au quotidien.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
INTRODUCTION GÉNÉRALE	20
I-DÉFINITIONS	21
1.1 Agressivité	21
1.2 Violence	21
1.3 Approche neurophysiologique	22
1.4 Approche en psychologie clinique	23
1.5 Les violences au sein de la société	25
II-ÉPIDÉMIOLOGIE	26
2.1 Évaluation	26
2.2 L'agressivité en milieu de soin en France	26
2.3 L'agressivité en milieu de soin à l'étranger	28
2.4. Impact sur la qualité de vie au travail	29
III-ARTICLE	30
Résumé	31
Abstract	32
Introduction	33
Matériel et méthodes	34
Design de l'étude	34
Analyse statistique	34
Résultats	35
Graphiques 1 et 2 : Fréquence rapportée des situations d'agressivité.....	39
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	40
Tableau 2 : Caractéristiques des agressions (1/2)	41
Tableau 3 : Caractéristiques des agressions (2/2)	42
Tableau 4 : Difficultés ressenties par les praticiens	43
Tableau 5 : Formation en simulation et en communication	44
Tableaux 6 et 7 : Comparaisons en sous-groupe selon le sexe et l'année de DES	45

Discussion	46
Conclusion	49
Bibliographie de l'article	50
Annexes de l'article	52
Annexe 1 : Questionnaire	52
Annexe 2 : Programme de la formation en communication	55
IV-RÉSULTATS SUBSIDIAIRES EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	56
V-PRÉVENTION	60
5.1 Prévention primaire : organisation, information du patient	60
5.2 Prévention secondaire : communication et médiation	62
5.2.1 La simulation médicale	62
5.2.2 Déroulement de la formation	62
5.2.3 Exemples d'enseignements tirés des debriefing	64
5.3 Prévention tertiaire	65
CONCLUSION GÉNÉRALE	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Études Spécialisés

IDE : Infirmier Diplômé d'État

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire National des Violences en Santé

OSM : Observatoire de la Sécurité des Médecins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Les situations d'agressivité au cours de l'exercice professionnel en ophtalmologie », est un sujet, qui au fil des conversations avec notre entourage professionnel, fait évoquer un certain nombre de récits et d'expériences diverses aux causes multiples.

Nous avons tous été témoins, acteurs ou victimes d'altercations avec des patients ou entre collègues. Mais souvent, il ne s'agit là que d'expériences personnelles, dont il est hasardeux de tirer des conclusions.

Ainsi, un interne de médecine générale ayant réalisé un semestre dans un service d'accueil des urgences de Lorraine me rapportait les propos formulés par le chef de service lors de l'accueil des internes en début de semestre. Ce dernier leur a conseillé de ne pas porter de badge avec leur nom et prénom clairement inscrit afin qu'ils ne soient pas facilement identifiables et qu'ils ne puissent pas être agressés en dehors du service. Un conseil qui semble contraire aux bonnes pratiques, de prime abord. Ce témoignage en dit long sur la résignation des professionnels de santé et le risque d'exposition à la violence des personnels soignants au SAU, déjà abondamment documenté dans la littérature dans ce secteur de soins (1) (2) (3) (4). Qu'en est-il en ophtalmologie ?

Le but de ce travail est de faire un état des lieux des situations d'agressivité vécues par les internes et assistants en ophtalmologie spécifiquement et d'essayer d'analyser leurs causes afin de mieux prévenir la survenue de ces événements.

I- DÉFINITIONS

1.1 Agressivité

Selon le rapport de l’OMS de 2002 sur la violence et la santé, l’agressivité est définie comme : « un comportement, une réaction psycho-physiologique préméditée ou impulsive d’hostilité envers une cible considérée comme une menace » (5).

1.2 Violence

Toujours selon le rapport de l’OMS de 2002, on entend par violence « l’usage délibéré ou la menace d’usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d’entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. » (5). « Elle couvre également toute une série d’actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. » (5).

On peut catégoriser les violences en milieu hospitalier comme il suit (6) :

- Les violences « externes » venant de patients et orientées vers un soignant, un autre patient ou l’institution en elle-même.
- A l’inverse, les violences « internes » viennent des soignants et sont orientées vers un autre soignant ou vers les patients.

On note ici que la différence entre les notions d’agressivité et de violence réside principalement dans les conséquences qu’elles entraînent. L’agressivité est ici qualifiée « d’hostilité » sans que cela n’ait de conséquences néfastes, en revanche la violence est à risque d’en provoquer. Il existe donc un continuum entre les deux notions.

Cette nuance est difficile à quantifier au quotidien, car les individus témoins ou victimes de ces comportements n’auront pas la même réaction, et l’impact ne sera donc pas le même.

Selon Arnold BUSS, l'agressivité et la violence peuvent être caractérisées selon 3 dimensions (7) :

- Active ou passive
- Verbale ou physique
- Directe ou indirecte

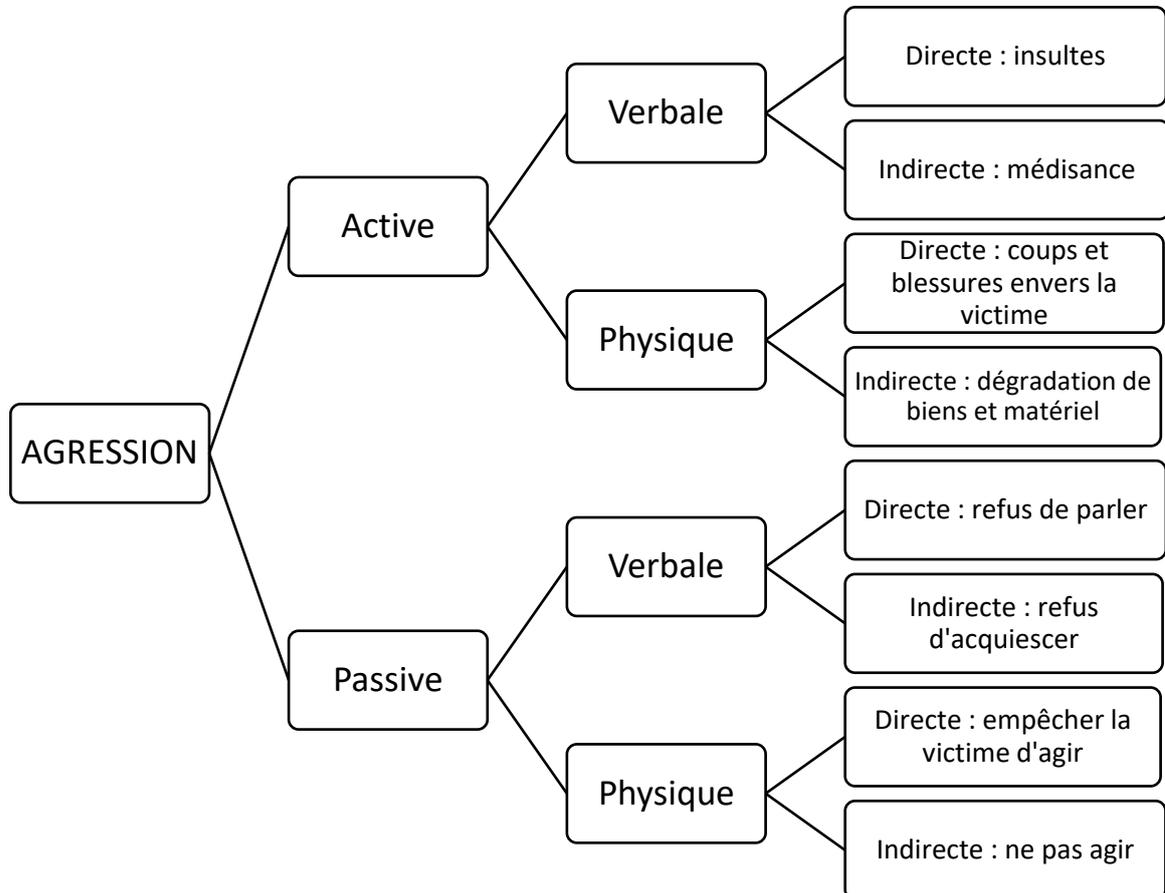


Figure 1 : Dimensions de l'agressivité et de la violence selon Arnold BUSS

1.3 Approche neurophysiologique

Les mécanismes neurophysiologiques impliqués dans les comportements agressifs ne sont à ce jour pas clairement élucidés.

Il serait réducteur d'associer tout comportement violent à un dysfonctionnement cérébral localisé. Néanmoins, l'anatomie fonctionnelle a montré que les lésions de certaines structures cérébrales sont directement liées à des comportements désinhibés, agressifs, ou

impulsifs, avec souvent une absence d'intentionnalité. Il s'agit des structures impliquées dans le contrôle des émotions.

Il existe 3 niveaux cérébraux engagés dans le contrôle des émotions et la planification des réactions :

- L'hypothalamus, qui régule l'homéostasie (glycémie, osmolarité, réponse au stress via l'axe corticotrope).
- Le système limbique, composé entre autres du septum, de l'amygdale et l'hippocampe, qui joue un rôle dans l'assimilation des émotions qui découlent des interactions sociales.
- Le cortex préfrontal, très étroitement connecté au cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur, qui est engagé dans l'absence d'impulsivité et qui est fortement influencé par l'environnement et les expériences vécues (éducation).

Au niveau du cortex préfrontal, l'hypothèse principale de la genèse des comportements agressifs repose sur un déséquilibre de la neurotransmission. Ainsi, le déficit en transport de la sérotonine et l'augmentation des concentrations locales en noradrénaline et dopamine pourraient majorer les comportements violents (8). Il existerait de nombreux mécanismes influençant directement ou indirectement le déficit en sérotonine, médiés par le GABA, les neuropeptides et les catécholamines.

L'interaction entre les gènes et l'environnement pourrait également avoir un rôle à jouer. Certains polymorphismes génétiques seraient protecteurs ou au contraire à risque vis-à-vis de l'apparition d'une agressivité, notamment en cas d'exposition à la violence et à l'insécurité pendant la période de maturation des structures corticales préfrontales durant l'enfance et l'adolescence.

Dans tous les cas, la neurobiologie de l'agressivité doit être considérée dans un contexte environnemental qui est propre à chaque individu et ne peut pas expliquer à elle seule tous les aspects de la violence.

1.4 Approches en psychologie clinique

La théorie behavioriste explique les comportements humains par l'observation de ces comportements et l'identification des facteurs environnementaux les influençant. Selon cette théorie, il existe un phénomène de renforcement ou punition exercé par l'environnement, qui

pousse, ou non, l'individu à reproduire le comportement violent en fonction du résultat obtenu par le passé. Il s'agit d'observer des événements objectifs afin d'expliquer le comportement du sujet.

L'approche cognitive, plus récente, s'inspire de la théorie behavioriste mais y associe des facteurs non observables objectivement, tels que les croyances, représentations et anticipations émises par la personne agressive et qui influencent également son comportement. Cette théorie semble plus complète pour tenter d'expliquer les comportements agressifs.

On peut ainsi classer différentes agressivités selon les causes apparentes à la survenue de cet état (9) :

- L'agressivité instrumentale : elle est un moyen d'action utilisé pour parvenir à un résultat donné. Schématiquement, elle permet à son auteur d'obtenir un but précis qu'il désire. Une fois le résultat obtenu, la personne retrouve son calme et arrête son comportement agressif. Un exemple commun serait l'agressivité exprimée par un patient pour obtenir la prescription d'un médicament ou d'un transport sanitaire.
- L'agressivité par frustration : elle se définit comme une réaction agressive à la suite d'une succession d'événements jugés désagréables pour la personne agressive. Par exemple : un patient parcourt 80 km dans les embouteillages pour se rendre à une consultation, rencontre des difficultés pour se garer à proximité du CHU, arrive dans le service, et se trouve averti que son rendez-vous a finalement été annulé par voie postale sans qu'il n'ait reçu de courrier.
- L'agressivité réactionnelle : il s'agit d'une réaction agressive à la suite d'une situation faisant écho à un événement de vie traumatique antérieur (humiliation, agression, accident, annonce d'un diagnostic mal vécu).
- L'agressivité pathologique : elle est liée à une pathologie somatique (syndrome confusionnel secondaire à une pathologie somatique aiguë) ou psychiatrique ou à la consommation de substances psychotropes (alcool, stupéfiants, médicaments).

1.5 Les violences au sein de la société

Au sein de la société, la violence prend différentes formes que l'on peut catégoriser en nombreux sous-groupes selon la gravité de leurs effets, l'intention qui a précédé l'action et les victimes ciblées. Les principales catégories sont les suivantes :

- Les guerres, génocides et actes terroristes.
- Les violences d'état regroupant les actes violents perpétrés par les états dictatoriaux et les répressions armées.
- La criminalité qui se définit par les contraventions, les délits et les crimes commis sur un territoire pendant une période donnée.
- Les violences domestiques que sont les violences conjugales et envers les enfants au sein d'un foyer.
- Les violences ciblées contre un groupe ou une communauté spécifique.
- Les violences interpersonnelles telles que le harcèlement scolaire ou au travail, les violences sur le lieu de travail ou dans l'espace public.

Les violences que nous avons voulu caractériser dans cette étude sont les violences interpersonnelles sur le lieu de travail en ophtalmologie.

II- ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1 Évaluation

Afin de caractériser les violences en milieu de soin, il est nécessaire de les préciser pour pouvoir les répertorier selon leur cible, leur expression et leurs conséquences et comparer les résultats à d'autres populations.

L'ONVS (Observatoire National des Violences en Santé) répertorie les déclarations spontanées des soignants et des patients concernant les situations d'agressivité et de violence vécues en milieu de soin. En s'inspirant du code pénal, l'ONVS a créé une échelle de gravité (Annexe 1) permettant de catégoriser les violences en niveaux 1 à 4 selon leurs cibles. Les niveaux 1 (insultes, chahut, vols sans effraction) et 2 (menaces, vols avec effraction) font référence aux violences verbales et vols, et les niveaux 3 (violences physiques, agressions sexuelles et dégradations de biens) et 4 (violences avec armes, viols) décrivent les violences physiques et les destructions de biens. Cette échelle constitue une base intéressante pour répertorier les événements a posteriori de leur survenue.

Une autre échelle d'observation (Annexe 2), à visée prédictive cette fois, est l'OAS (Overt Aggression Scale) de Yudofsky adaptée en français dans « l'échelle d'agressivité manifeste » par Côté et Poulin en 2003. Cette échelle est davantage adaptée aux structures de soins en psychiatrie.

2.2 L'agressivité en milieu de soins en France

En France, les données collectées par l'ONVS nous donnent des renseignements principalement dans les établissements de soins. Malheureusement les données sont peu comparables à notre questionnaire du fait du type de recueil. En effet l'ONVS répertorie et analyse les signalements spontanés ; il existe donc un biais de sélection majeur qui surestime les événements considérés comme « graves » de niveaux 3 et 4. Les événements considérés comme « mineurs » ayant tendance à être moins déclarés.

En 2021, l'ONVS a répertorié 33 169 signalements, c'est en augmentation progressive depuis 2015 (17 079 signalements cette année-là), mais il convient d'interpréter cette augmentation avec précaution, du fait de la notoriété croissante de cette structure ce qui majore les signalements spontanés par rapport aux années précédentes.

Les données de 2021 soulignent que pour 84% des signalements, la violence est dirigée contre les professionnels de santé parmi lesquels 46% sont des infirmiers, 46% des autres professionnels de santé, et 8% des médecins. Les signalements rapportent majoritairement (à 57%) des violences verbales de types insultes (niveau 1), puis à 26% des violences physiques de niveau 3 (violence volontaire, menace avec arme, agression sexuelle).

Concernant les motifs de violence, en 2021, 51,4% des cas concernaient un reproche relatif à une prise en charge, 21,2% le refus de soins, 8,5% le temps d'attente jugé excessif, 8,4% une alcoolisation ou une prise de drogue, 2,4% des cas un refus de prescription, 1,8% un diagnostic non accepté.

33 Typologie des signalements d'atteintes aux personnes (avec indication du TPN*) par niveau de gravité (2020-2021)

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux personnes	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	injures, insultes et provocations sans menace	10 225	33%	6,5%	10 921	33%	5,6%
	Chahut, occupation des locaux	5 785	18%	4,5%	7 060	21%	4,4%
	Drogue / alcool	866	3%	0,3%	801	2%	0,3%
	Exhibition sexuelle	134	0,4%	0,2%	139	0,4%	0,2%
	S/TOTAL NIVEAU 1	17 010	54%	11,5%	18 921	57%	10,5%
2	Menace physique	3 215	10%	2,8%	3 560	11%	2,5%
	Menace de mort	1 064	3%	0,7%	1 249	4%	0,8%
	Violence involontaire	55	0%	0,1%	63	0%	0,1%
	Port d'arme	98	0,3%	0%	61	0,2%	0,0%
	S/TOTAL NIVEAU 2	4 432	14%	3,6%	4 933	15%	3,4%
3	Violence volontaire	8 654	28%	12,5%	7 970	24%	10,1%
	Menace avec arme	579	2%	0,7%	616	2%	0,7%
	Aggression sexuelle	190	0,6%	0,2%	203	0,6%	0,2%
	S/TOTAL NIVEAU 3	9 423	30%	13,4%	8 789	26%	10,9%
4	Violence avec arme	438	1%	0,6%	490	1%	0,6%
	Viol	27	0,1%	0,03%	19	0,1%	0,01%
	Séquestration	6	0%	0%	13	0%	0,01%
	Autre fait qualifié de crime	8	0,03%	0,01%	4	0,01%	0,01%
	Prise d'otage	4	0,01%	0%	0	0%	0%
S/TOTAL NIVEAU 4	483	1,5%	0,6%	526	1,6%	0,7%	
TOTAL	31 348	100%	29%	33 169	100%	25%	

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

* Total supérieur car plusieurs réponses possibles

** TPN : Trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur

Figure 2 : Tableaux des effectifs des signalements des atteintes aux personnes en 2020 et 2021 selon leurs niveaux de gravité, extrait du rapport de l'ONVS de 2022

Une autre structure française qui répertorie les événements violents, mais cette fois envers les médecins spécifiquement, est l'Observatoire de la Sécurité des Médecins (OSM), créé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). L'OSM recense également les déclarations spontanées et volontaires, mais majoritairement en médecine de ville, les médecins libéraux se tournant plus facilement vers le CNOM en cas de problème. Le biais de sélection est également majeur dans les rapports de l'OSM.

En 2021, 73% des agressions rapportées à l'OSM concernaient la médecine de ville (cabinet) et 19% des établissements de soins, dans 8% des cas le type d'exercice n'était pas précisé. Les agressions aux biens et personnes de niveaux 1-2 (insultes, menaces, et vols) représentaient en 2021, 80% des déclarations. Les incidents de niveaux 3-4 (violence physique et vandalisme) étaient de 20%. Les motifs de l'agressivité étaient à 37% lié à un reproche sur une prise en charge, à 17% lié à un refus de prescription, à 8% à un temps d'attente jugé excessif, à 11% à une falsification de documents. Trente-deux pour cent des incidents rapportés donnaient lieu à une plainte et 10% à une main courante.

Avant la réalisation de notre étude (décembre 2020 à mars 2021), les ophtalmologistes français faisaient partie des spécialistes rapportant le plus d'incidents de violence, juste après les médecins généralistes, dans les rapports successifs de l'OSM, entre 2014 et 2020. Dans le rapport 2021, la tendance s'est inversée et les médecins généralistes sont suivis en fréquence par les cardiologues (n=55) et les psychiatres (n=27) et ensuite par les ophtalmologistes (n=19).

2.3 L'agressivité en milieu de soins à l'étranger

Behnam et Al. ont mené une étude transversale (2) en 2009 aux Etats-Unis dans les services d'urgences de 65 hôpitaux tirés au sort à travers le pays retrouvait que 78% (IC 95% 73-83%) des professionnels interrogés rapportaient avoir connu une situation de violence au cours des 12 derniers mois. Les violences verbales représentaient 75% des cas rapportés et les violences physiques 21%. L'étude soulevait une problématique que nous connaissons peu en Europe concernant le port d'armes à feu, puisque près de la moitié des services d'urgence de l'étude (40%) avait mis en place une fouille des patients à l'entrée afin de détecter des éventuelles armes.

La même année, en Allemagne, Frantz et Al. ont conduit une étude (10) auprès de plus de 300 soignants en centre de soins psychiatriques et en maison d'accueil pour personnes polyhandicapées. Ils retrouvaient une prévalence des violences physiques de 70,7% au cours des 12 derniers mois. Le taux de réponses à cette étude était de 38,8% (n=123 réponses).

Les comparaisons entre les différents pays et différentes spécialités est délicate mais il est démontré que les services d'urgence et de psychiatrie sont nettement plus exposés aux

violences physiques envers les biens et les personnes par rapport aux autres spécialités (10) (11).

2.4 Impact sur la qualité de vie au travail

Madsen et al. ont montré dans une étude de cohorte danoise (12) reprenant des données collectées entre 1969 et 2010 sur plus de 900 000 patients, que l'exposition à la violence sur le lieu de travail était un facteur de risque indépendant (hazard ratio: 1.11, 95% CI: 1.06-1.16) de développer un syndrome dépressif par rapport aux personnes non exposées ou peu exposées.

Une autre étude réalisée par d'Aubarede et al. (13) dans un service d'urgences ophtalmologiques de Lyon en 2012, soulignait que la survenue fréquente de situations de violence avait un impact notable sur l'implication au travail, la relation avec les patients et la motivation des équipes.

III- ARTICLE

L'agressivité au cours de l'exercice professionnel en ophtalmologie : analyse descriptive d'un questionnaire adressé aux internes et assistants des régions Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté.

Auteurs : *Claire ANTOINE**, *Marie-Soline LUC**, *Grégory Gross.:*, *Thomas Schwitzer.:*, *Liza HETTAL†*, *Jean-Baptiste CONART**, *Karine ANGIOI-DUPREZ**

* Service d'ophtalmologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, France

∴ Centre Psychothérapeutique de Nancy, France

† CNRS UMR 168, Institut Curie, Université PSL, Sorbonne Université, Paris France

Titre courant : Agressivité et violence en pratique clinique ophtalmologique en France

Mots clefs : Agressivité, violence au travail, incivilités, prévention, simulation médicale.

English title: Aggressiveness and violence in daily ophthalmology practice: descriptive analysis about a survey send in population of young physicians in East of France

Short title: Aggressiveness and violence in ophthalmology practice in France

Keywords: Aggressiveness, workplace violence, antisocial behaviour, prevention, medical simulation.

Résumé :

Introduction – Les situations d’agressivité et de violence ressenties et vécues au cours de l’exercice professionnel apparaissent de plus en plus fréquentes au sein de la société mais restent peu documentées en ophtalmologie. L’objectif principal de cette étude était d’estimer la prévalence de ces situations au sein d’une population de jeunes praticiens et de les caractériser.

Matériels et méthodes – Il s’agit d’une étude déclarative, descriptive, transversale, multicentrique basée sur un questionnaire anonyme. Ce questionnaire a été soumis par mail à tous les internes et assistants en ophtalmologie des régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté entre décembre 2020 et mars 2021. Nous avons collecté les données socio-démographiques des répondants (genre, statut professionnel, année d’étude), la fréquence rapportée de survenue d’une agression ressentie et ses caractéristiques (lieu de survenue, auteur, type verbal ou physique, motif, ressenti et réactions dans les suites de l’événement).

Résultats – Le questionnaire a été adressé à 157 personnes (108 internes et 49 assistants). Le taux de réponse global était de 76,4% (n = 120, dont 55% de femmes et 45% d’hommes). Parmi les répondants 81,6% (IC: 74,7-88,6%) rapportaient avoir été confrontés au moins une fois à une situation d’agression. Cinquante et un pour cent des personnes interrogées ont déclarés que de tels événements se produisaient plusieurs fois par an. Ces situations survenaient à tous les stades de la formation, dès la première année d’internat dans 64,3% cas. Il s’agissait majoritairement d’une agression verbale (98,8%) par un patient et son entourage (73,5%) ou par un collègue (26%). L’événement avait lieu surtout dans les secteurs de consultation et d’urgences (39,5% et 37,8% respectivement). Les principaux reproches formulés portaient sur le temps d’attente (40%), et l’impression de manque de compétence ou d’une mauvaise prise en charge (26,8%). Cinquante-sept pour cent des personnes ayant été confrontées à ces situations y pensaient pendant une semaine ou plus, et 20,4% des personnes exposées ont ressenti un sentiment d’anxiété ou d’angoisse dans les suites de leur exercice professionnel.

Discussion – La prévalence des situations d’agressivité ressenties et subies était de 81,6% (IC: 74,7-88,6%) parmi les jeunes praticiens interrogés. Si elles restaient le plus souvent verbales et sans conséquences majeures, elles pouvaient entraîner une anxiété dans les suites de l’exercice. La littérature et la presse décrivent une augmentation du nombre d’agressions au cours de l’exercice professionnel médical. Ceci mérite d’être pris en compte et de préparer les étudiants en médecine à ce type de situations par une formation adaptée théorique et pratique dès le début de l’internat. La simulation médicale pourrait être un choix intéressant pour cette formation, comme celle proposée dans cet article et que nous avons essayé de mettre en place dans le centre de simulation médicale de notre université.

Conclusion – Les résultats de notre étude reflétaient une prévalence importante des agressions dans le cadre de l’exercice professionnel en ophtalmologie. Il paraît capital de former précocement les futurs praticiens pour les aider à faire face à ce type d’événements.

Abstract:

Introduction – Aggression and workplace violence in medical daily practice appear to increase but is still poorly documented in ophthalmology. The aim of this study was to estimate the frequency of these situations in a population of young physicians and characterize them.

Methods – We conducted a declarative, descriptive, cross-sectional, multi-center study based on an anonymous questionnaire. We submitted a questionnaire by email to all ophthalmology residents and fellows in the Grand Est and Bourgogne-Franche-Comté regions between December 2020 and March 2021. We characterized the anonymous participants (gender, work status, year of study), the reported frequency and the characteristics of the aggression (place of occurrence, perpetrators, verbal or physical type, reason given, feelings and reactions of the participant).

Results – A total of 157 people received the questionnaire (108 residents and 49 fellows). The overall response rate was 76,4% (n = 120, 55% female and 45% male) of whom 81,6% reported having faced aggression at least once. For 50,9% of participants the aggression happened several times a year. These situations occurred during all steps of residency training, starting from the 1st year in 64,3% of cases. It was mainly a verbal aggression (98,8%) by a patient or his relatives (73,5%). However, in 26% of cases, it was perpetrated by a colleague. The event took place mainly in the consultation and emergency areas (respectively 39,5% and 37,8%). The main complaints voiced by the perpetrator were about the waiting time (40%), and the feeling of lack of competence or improper medical care (26,8%). Fifty-seven percent of people who faced these situations think about it for at least a week and 20,4% of those exposed felt anxiety during work after the incident.

Discussion – These results highlighted that 81,6% (IC: 74,7-88,6%) of the interviewed young physicians have faced aggression and violence at work. Although these situations were mainly verbal aggressions without significant consequences, they sometimes lead to anxiety in the aftermath. Current literature and media describe an increase of violence during professional medical practice, emphasizing the needs to consider these situations and prepare medical students for them through appropriate theoretical and practical training, like medical simulation. This training could be held during initial training, just before the residency beginning.

Conclusion – We found high prevalence of verbal aggression during professional practice in ophthalmology. It seems essential to prepare future physicians early on to help them cope with this type of event.

INTRODUCTION

L'agressivité peut être définie, selon le rapport de l'OMS de 2002 (1) (2) comme « un comportement, une réaction psycho-physiologique préméditée ou impulsive d'hostilité envers une cible considérée comme une menace ». Elle peut aboutir à de la violence qui est caractérisée, toujours selon l'OMS, comme « une volonté de dominer ou contraindre par la force ou l'intimidation. »

Depuis le début des années 2000, il existe une prise de conscience progressive concernant les situations d'agressivité, de violence et de harcèlement sur le lieu de travail, notamment dans le domaine de la santé (3) (4) (5) (6).

Malgré tout, ces situations ont souvent tendance à être banalisées. En effet, l'hôpital et les structures de soins ayant vocation à accueillir des patients sans discrimination sur leur comportement, et à assurer la continuité des soins en cas d'urgence, il est communément admis que cette violence fait partie intégrante du quotidien des soignants (7).

Chaque année, l'observatoire de la sécurité des médecins, créé par le conseil national de l'ordre des médecins en 2002 et soutenu par l'Ipsos et, recense les déclarations spontanées des agressions dont ont été victimes les médecins français en médecine de ville ou en établissement de soins. Entre 2014 et 2020, les ophtalmologistes français faisaient partie des spécialistes rapportant le plus d'agressions (8). Néanmoins, il faut considérer ses données avec précaution car il existe un biais de sélection majeur, du fait du caractère déclaratif spontané des données, avec un risque de sous-déclaration des événements mineurs par rapport aux événements plus graves, comme l'avait souligné d'Aubarede et al. dans une étude conduite en 2012 à Lyon (9).

Nous avons voulu étayer ces données et réaliser un état des lieux sur un échantillon constitué des internes et des assistants en ophtalmologie. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence des situations d'agressivité ressenties et vécues sur le lieu de travail chez les internes et assistants en ophtalmologie du Grand-Est et de Bourgogne Franche-Comté. Les objectifs secondaires de cette étude étaient de caractériser ces situations (lieux, protagonistes, reproches formulés, réaction du professionnel) et d'obtenir leur avis sur l'intérêt de créer une formation spécifique axée sur la prévention primaire et secondaire de ces situations.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Design de l'étude

Nous avons créé un questionnaire de 32 items (annexe 1) sous forme d'un sondage en ligne (Google Forms®). Il était constitué de 3 parties, la première partie comportait 4 questions permettant de recueillir le sexe, l'année de début du DES et la ville d'exercice. Puis il était ensuite demandé au répondant s'il a déjà été confronté à une situation d'agressivité au cours de son exercice.

Si la réponse à cette dernière question était oui, le questionnaire se poursuivait par une seconde partie (questions 6 à 22) permettant de caractériser les situations vécues (fréquence, lieux, motif exprimé de l'agressivité, réaction, ressenti). Si le répondant déclarait de ne pas avoir vécu de situation d'agressivité alors le questionnaire se poursuivait automatiquement par la question 23, sans avoir à répondre aux questions 6 à 22.

La troisième partie du questionnaire (questions 23 à 32) portait sur la formation en simulation qu'avait reçu le répondant, et le souhait de voir se mettre en place une nouvelle formation par simulation sur la prise en charge des patients « agressifs ».

Le questionnaire a été soumis par mail aux internes et assistants des régions Grand Est et Bourgogne - Franche - Comté entre le 9 décembre 2020 et le 22 mars 2021. Ces deux régions comportent 5 CHU : Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg. Au total, 157 personnes ont été invitées à répondre de façon anonyme à ce questionnaire. Nous avons obtenu 123 réponses, parmi lesquelles, 3 doublons ont été repérés et exclus des analyses (répondants 15, 31 et 91). Au total, les réponses de 120 participants ont été analysées.

Analyses statistiques

Une analyse statistique descriptive des données recueillies a d'abord été réalisée (effectifs, pourcentages). La comparabilité de notre échantillon d'étude à la population source a été évaluée à l'aide d'un z-score. Nous avons ensuite procédé à une analyse statistique comparative en fonction du sexe du répondant et de son année d'étude pour les questions 6, 14 et 21 à l'aide du test du Chi² d'indépendance. Les tests effectués étaient bilatéraux, avec un seuil de significativité $p < 0,05$, sans correction pour les comparaisons multiples. Les analyses ont été effectuées sur Microsoft Excel, BiostaTGV et Mathcraker.

RÉSULTATS

Un échantillon représentatif de la population sondée.

Le taux de réponse au questionnaire était de 85,1% parmi les internes et de 57,4% parmi les assistants. Le taux de réponse global, internes et assistants confondus s'élevait à 76,4% (tableau 1). La comparaison des caractéristiques (sexe et année de DES) de l'échantillon et de la population source ne montre pas de différence significative (tableau 1).

Une importante prévalence des situations d'agressivité et de violence

Quatre-vingt-un pour cent des répondants rapportaient avoir déjà été confrontés à une situation d'agressivité ou de violence au cours de leur activité professionnelle (tableau 2). Pour 7,5% des personnes interrogées, cela survenait plusieurs fois par mois (graphique 1). Dix-huit pour cent des répondants exprimaient n'avoir jamais connu une telle situation.

Une exposition précoce aux situations d'agressivité et de violence

Ces situations se produisaient relativement tôt dans le cursus (graphique 2), si l'on exclut la période de l'externat, les personnes interrogées déclaraient majoritairement y être confrontées pour la première fois au cours de la première année d'internat (pour 64,3% d'entre eux) ou de la deuxième année d'internat (14,3% des cas), (tableau 2). Parmi les répondants qui exprimaient n'avoir jamais connu une situation d'agressivité, 45% étaient des internes en début de DES (1^{ère} et 2^e année). Les internes « expérimentés » (à partir de la 3^e année) et les assistants semblaient être confrontés à ces situations de façon plus fréquente que les internes en 1^{ère} et 2^e années de DES ($p=0,034$), (tableau 7).

Les secteurs de consultations et d'urgences sont les plus touchés

Ces situations survenaient principalement en consultation (39,5% des cas rapportés) et aux urgences (37,8%). Les situations dans un secteur d'hospitalisation ou au bloc opératoire, étaient minoritaires (respectivement 12,8% et 8,7% des cas rapportés) (tableau 2).

Un profil d'agresseur polymorphe

On peut classer les personnes agressives en deux catégories (10) : les professionnels et les personnes extérieures à la structure de soin. Les personnes extérieures (les patients et leur entourage) représentaient respectivement 43,7% et 29,8% des personnes agressives. Concernant les professionnels appartenant à la structure : il s'agissait de l'équipe médicale pour 17,7% des cas rapportés, et de l'équipe paramédicale pour 8,3% des cas.

Dans 50% des cas rapportés, au moins 2 personnes agressives se trouvaient face au praticien, contre un homme seul dans 39,8% des cas et une femme seule dans 10,1% des cas (tableau 2).

Une majorité de violence verbale

Concernant le mode d'expression des agressions (tableau 3), il s'agissait majoritairement de violence verbale (98,8% des cas décrits) s'exprimant par de l'impolitesse, de l'emportement, de la méchanceté, et de la colère. Les agressions physiques ont été rapportées dans 1,2% des cas. L'agression se déroulait le plus souvent en face à face (71,6% des cas), le distanciel (téléphone, lettre/mail) étant plus rare, respectivement 23,9% et 4,5% des cas.

Des reproches portant principalement sur le temps d'attente

Lorsque des reproches étaient formulés par les personnes agressives (tableau 3), le principal motif était le temps d'attente (40% des cas). L'impression ressentie d'une mauvaise prise en charge ou d'un manque de compétence représentait 26,8% des reproches formulés. La troisième catégorie de reproches en fréquence portait sur l'impression d'un manque d'expérience et le jeune âge des professionnels (17,3% des cas). Dans 6,3% des cas, le praticien rapportait ne pas savoir ce qui lui est reproché. D'autres motifs de reproches ont été rapportés dans la rubrique « autres », tels que le refus de prescription d'un bon de transport/arrêt de travail (2,1%), l'organisation du service (1,1%) du racisme envers le praticien (1,1%), ou l'anxiété liée à la maladie (1,1%).

Des difficultés à appréhender ces situations

Concernant la gestion de la situation de la part du professionnel, 59,2% des personnes exposées rapportaient avoir éprouvé des difficultés à gérer la situation (tableau 4). Il semble que les femmes étaient plus susceptibles de se sentir en difficulté face à ce type de situation ($p=0,001$), (tableaux 6 et 7). Néanmoins, les réactions les plus fréquentes ont été, d'après les praticiens, d'essayer de discuter, de reformuler et de réexpliquer ce qui semblait avoir été mal compris (28% des cas). Quatorze pour cent des personnes rapportaient avoir été prises de peur, de silence et de stupeur et 14% ont ressenti le besoin d'appeler un collègue pour les aider à gérer la situation. Dans 7,6% des cas, les praticiens déclaraient avoir été agressifs en retour et avoir perdu le contrôle de leur propre réaction.

Dans les suites, 57,1% des personnes exposées pensaient à ces situations pendant une semaine ou plus (tableau 4). La majeure partie (67,3%) des personnes confrontées à ces situations ressentait le besoin d'en parler, principalement à leur famille ou amis (56,4% des cas). Cette prise de parole, se faisait de façon moins importante vers un collègue (36,2%) ou un encadrant (7,4% des cas). Vingt pour cent des personnes ayant vécu ces situations ont ressenti de l'angoisse ou de l'anxiété dans les suites lors de leur exercice professionnel (tableau 4).

Peu de changement dans les pratiques professionnelles au décours

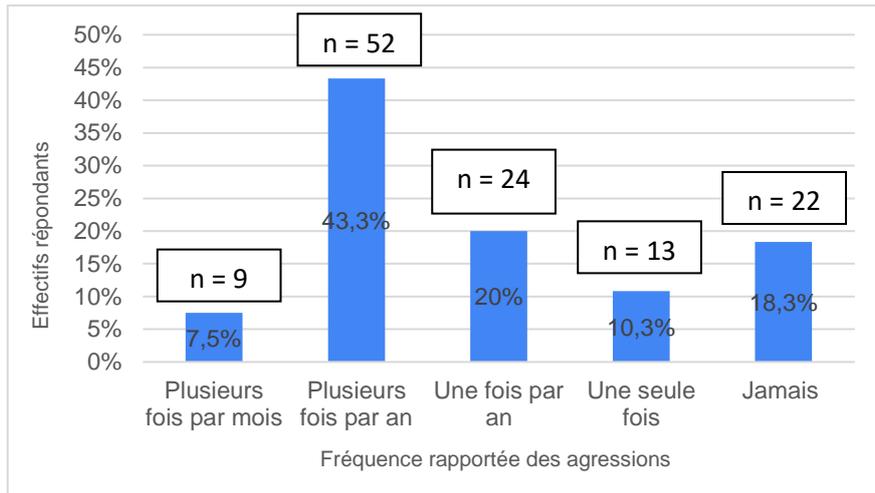
Pour 29,6% des personnes exposées, ces situations ont changé leur comportement et leur façon de s'exprimer face aux patients. Il semble que les internes en 1^{ère} et 2^e année des DES étaient plus susceptibles de changer leur comportement dans les suites de leur exercice ($p=0,021$), (tableau 7). Un champ d'expression libre permettait aux internes et assistants en question de décrire ce qui avait changé dans leur exercice : les réponses obtenues portaient sur une meilleure explication ou reformulation des informations médicales ($n=6$), sur une meilleure maîtrise de soi afin de ne pas se laisser emporter ($n=15$) et sur la possibilité de demander l'aide d'un collègue ou d'un sénior pour renforcer une prise en charge compliquée ($n=4$).

Une majorité en faveur d'une formation en communication

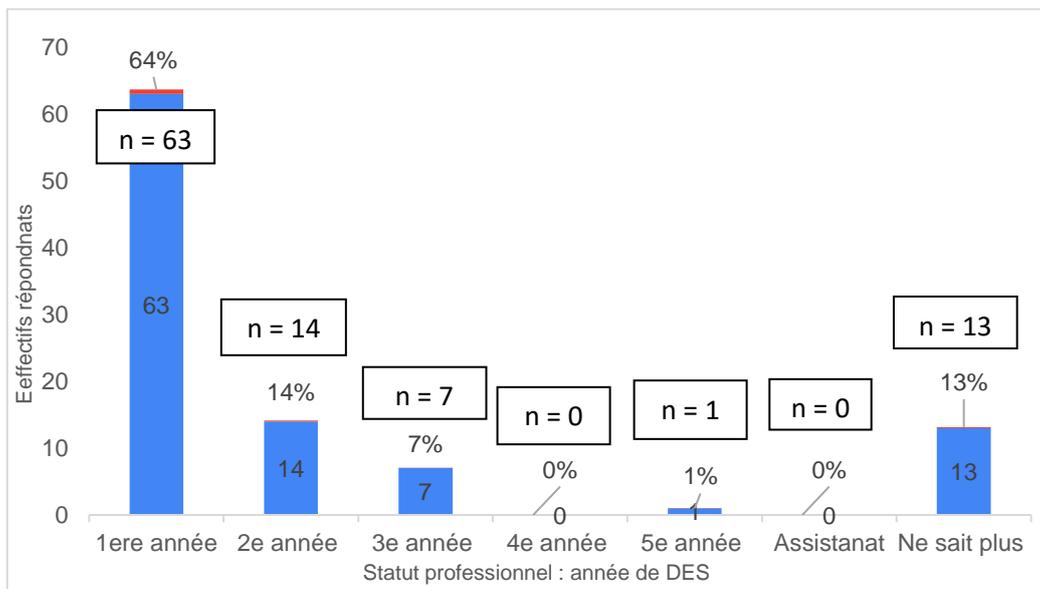
Sur le plan de la formation, 63,3% des personnes interrogées pensaient qu'une formation sur la prise en charge des patients agressifs était nécessaire (20,8% ne se prononcent pas, et 15,9% pensent que non), (tableau 5). Parmi les personnes en faveur de la mise en place d'une formation, 63,5% privilégiaient une formule interactive par des jeux de rôles ou la simulation, et 36,5% optaient pour une forme théorique. La période qui leur semblait la plus appropriée à sa réalisation, étaient pendant l'externat pour 38,7% des voix, le début de l'internat pour 33,7% des voix et pendant l'internat pour 27,6% des voix.

La simulation, une forme plébiscitée mais encore peu utilisée

D'une façon générale, 65,8% des personnes interrogées ont déjà eu au moins une formation en simulation (tableau 5), parmi lesquelles 55,9% étaient des formations médicales (situations cliniques) et 44,1% des formations chirurgicales (gestes techniques). Si l'on s'intéresse à la formation en communication avec les patients, 41,7% des répondants déclaraient en avoir reçu une, parmi lesquels 48,2% au cours de l'externat et 51,8% au cours de l'internat. Il s'agissait à 42,3% de cours théoriques, à 37,2% des jeux de rôles entre étudiants ou avec des enseignants, à 15,4% d'entretiens en centre de simulation médicale avec patients standardisés (acteurs) et à 5,1% d'entretiens avec des patients réels pendant des cours ou des séminaires.



Graphique 1 : Fréquence rapportée des situations d’agressivité et de violence vécues chez les jeunes praticiens en ophtalmologie de l’échantillon



Graphique 2 : Année de DES au cours de laquelle survenait la première situation d’agressivité

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants et de la population source

Caractéristiques	Répondants		Effectifs théoriques des deux régions au 1 ^{er} janvier 2021 (population source)		z-score
	Effectifs (n)	Fréquence (%)	Effectifs (n)	Fréquence (%)	
Genre					
Femme	66	55	80	51	p=0,503
Homme	54	45	77	49	
Année de DES					
1 ^{ère} et 2 ^e année	38	31,7	45	28,7	p=0,589
3 ^e 4 ^e et 5 ^e année	54	45	63	40,1	p=0,412
Assistants	28	23,3	49	31,2	p=0,147
Ville de DES					
Besançon	14	11,7	20	12,7	
Dijon	21	17,5	28	17,8	
Nancy	40	33,3	47	30	
Reims	19	15,8	27	17,2	
Strasbourg	21	17,5	35	22,3	
Non précisé	5	4,2	0	0	
Total	120		157		

P value = significatif si < 0,05

Tableau 2 : Caractéristiques des situations d'agressivité rapportées (1/2)

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Vécu d'une situation d'agressivité au cours de l'exercice professionnel en ophtalmologie		
Oui	98	81,6 IC : (74,7-88,6%)
Non	22	18,4 IC : (11,4-25,3%)
Fréquence rapportée des situations d'agressivité		
Jamais	22	18,3
Une seule fois	13	10,8
Une fois par an	24	20
Plusieurs fois par an	52	43,4
Plusieurs fois par mois	9	7,5
Niveau d'étude lors du 1^{er} événement		
1 ^{ère} année d'internat	63	64,3
2 ^e année d'internat	14	14,3
3 ^e année d'internat	7	7,1
4 ^e année d'internat	0	0
5 ^e année d'internat	1	1
Assistant	0	0
Ne sait plus	13	13,3
*Lieux de survenue :		
Urgences	65	37,8
Consultation	68	39,5
Service d'hospitalisation	22	12,8
Bloc opératoire	15	8,7
Autres : domicile (via message/téléphone)	2	1,2
*Personnes impliquées :		
Patient	79	43,7
Entourage du patient	54	29,8
Équipe médicale	32	17,7
Équipe paramédicale	15	8,3
Autre : ambulancier	1	0,5
Genre de la personne agressive :		
Femme	10	10,2
Homme	39	39,8
Plusieurs personnes : femme et homme	49	50

*Réponse à choix multiple
IC 95%

Tableau 3 : Caractéristiques des situations d'agressivité rapportées (2/2)

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
*Formes de l'agressivité		
Face à face	96	71,6
Téléphone	32	23,9
Lettre / courriel	6	4,5
Autre	0	0
*Caractéristiques de l'agressivité rapportée		
Impolitesse	69	20,2
Opposition	45	13,2
Emportement	70	20,5
Méchanceté	29	8,5
Colère	71	20,8
Violence verbale	53	15,5
Violence physique	4	1,2
Autre (précisez) : menace	1	0,1
*Reproche(s) formulé par la personne agressive		
Temps d'attente	76	40
Manque de compétence	22	11,5
Manque d'expérience	17	8,9
Âge	16	8,4
Manque d'explications	8	4,2
Mauvaise prise en charge	29	15,3
Ne sait pas	12	6,3
Autre (précisez) :		
- Refus de bon de transport / arrêt de travail	4	2,1
- Organisation du service	2	1,1
- Racisme envers le soignant	2	1,1
- Anxiété liée à la maladie	2	1,1

*Réponse à choix multiple

Tableau 4 : Difficultés ressenties par les praticiens face aux situations d'agressivité rapportées

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Difficulté ressentie :		
Oui	8	8,2
Plutôt oui	50	51
Plutôt non	31	31,6
Non	9	0,2
*Réaction du répondant :		
Peur	10	4
Silence, stupeur	27	10,8
Perte de contrôle	3	1,2
Agressivité	16	6,4
Appel d'un.e collègue	35	14
Discussion, explication, reformulation	70	28
Tentative d'apaisement	64	25,6
Ecoute, empathie	19	7,6
Autre (précisez) :		
- Rancœur, froideur	4	1,6
- Appel de la sécurité	2	0,8
Le répondant a repensé à cette situation		
Oui	84	85,7
Non	14	14,3
Si oui : pendant combien de temps		
Le jour même	28	33,3
1 semaine	26	31
Plus longtemps	30	35,7
Besoin d'en parler à quelqu'un		
Oui	66	67,3
Non	32	32,7
*Si oui : à qui ?		
Un ami	31	20,8
Un collègue	54	36,2
Un encadrant	11	7,4
Une personne de la famille	18	12,1
Le conjoint	35	23,5
Autre (précisez)	0	0
Sentiment d'anxiété ou d'angoisse par la suite		
Oui	4	4,1
Plutôt oui	16	16,3
Plutôt non	28	28,6
Non	50	51
Changement de comportement induit par l'événement		
Oui	6	6,1
Plutôt oui	23	23,5
Plutôt non	33	33,7
Non	36	36,7

*Réponse à choix multiple

Tableau 5 : Formation en simulation et sur la communication avec les patients

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Nécessité d'une formation sur la gestion de l'agressivité :		
Oui	76	63,3
Non	19	15,9
Ne sait pas	25	20,8
*Si oui ; sous quelle(s) forme(s)		
Théorique	50	36,5
Jeux de rôle / simulation	87	63,5
Autres (précisez)	0	
*Si oui ; à quel niveau d'étude		
Pendant l'externat	63	38,7
Avant le début de l'internat	55	33,7
Pendant l'internat	45	27,6
Le répondant a déjà reçu une formation en simulation :		
Oui	79	65,8
Non	41	34,2
*Si oui : le(s) type(s)		
Médicale	66	55,9
Chirurgicale	52	44,1
*Si oui : à quel niveau d'étude		
Externat	54	44,6
Internat	67	55,4
Le répondant a déjà eu des cours sur la communication avec les patients		
Oui	50	41,7
Non	70	58,3
*Si oui : sous quelle(s) forme(s)		
Cours théoriques	33	42,3
Simulation avec des acteurs	12	15,4
Jeux de rôle entre étudiant/enseignants	29	37,2
Entretiens avec des patients réels	4	5,1
*Si oui : à quel niveau d'étude		
Externat	54	48,2
Internat	58	51,8

*Réponse à choix multiple

Tableau 6 : Comparaison par groupes selon le sexe

	Femmes	Hommes	
	Effectifs	Effectifs	Chi-2
	(n)	(n)	
Fréquence rapportée			
Jamais ou une seule fois	17	18	p=0,363
Une fois par an ou plus	49	36	
Difficultés ressenties			
Oui ou plutôt oui	41	17	p=0,001
Non ou plutôt non	13	27	
Changement induit par l'événement			
Oui ou plutôt oui	18	11	p=0,368
Non ou plutôt non	36	33	

P value = significatif si < 0,05

Tableau 7 : Comparaison par groupes selon l'année des DES

	« Jeunes internes » : 1^{ère} et 2^e année	Internes à partir de la 3^e année et assistants	
	Effectifs	Effectifs	Chi-2
	(n)	(n)	
Fréquence rapportée			
Jamais ou une seule fois	16	19	p=0,034
Une fois par an ou plus	22	63	
Difficultés ressenties			
Oui ou plutôt oui	11	47	p=0,011
Non ou plutôt non	17	23	
Changement induit par l'événement			
Oui ou plutôt oui	13	16	p= 0,021
Non ou plutôt non	15	54	

P value = significatif si < 0,05

DISCUSSION

Au sein de la société, les violences interpersonnelles sur le lieu de travail et dans l'espace public sont peu documentées car elles posent un problème méthodologique important du fait de leur caractère multiforme. La plupart des données disponibles le sont dans le domaine de la santé et de l'entreprise (3) (11). Cette étude avait pour but de fournir des données sur les phénomènes de violences vécus lors de la pratique ophtalmologique par les jeunes praticiens.

Les résultats ont permis de mettre en évidence que 81,6% (IC : 74,7-88,6%) des jeunes praticiens interrogés (n=120) ont déjà été confrontés à une situation d'agressivité, et que cela se produit précocement au cours de leur carrière. Pour 70,9% (IC 95% 62,7 – 79,0%) des répondants cela s'est produit au cours de l'année précédente. Cela est inférieur aux données de la littérature pour les soignants des services d'urgence qui retrouve une incidence de 78% (IC 95% 73-83%) (12) au cours de l'année précédente. Quel que soit le sexe du répondant, il n'y a pas de différence dans la fréquence rapportée des agressions dans notre échantillon ($p=0,363$) (Tableau 6).

Il s'agit principalement de violence verbale (98,8%) exprimée par les patients ou leur entourage pendant une consultation programmée ou d'urgence. Ces résultats sont en cohérence avec l'étude de d'Aubarede et al. (9) réalisée en service d'ophtalmologie. En revanche on note que le taux d'agression physique rapporté est bien inférieur à celui décrit dans d'autres spécialités comme la médecine d'urgence, la psychiatrie ou la gériatrie qui varie, selon les études, entre 20 et 70% au cours des 12 derniers mois (6) (12) (7) (13) (11) (14).

La définition de « situation d'agressivité » n'a pas été définie au moment de la soumission du questionnaire. En effet nous avons pris le parti de ne pas le faire, il appartenait aux professionnels de juger eux-mêmes du caractère agressif ou non en fonction de leur ressenti des situations vécues. Il s'agit donc d'agressivité vécue ou ressentie sur la base de données déclaratives. Nous avons néanmoins caractérisé les situations au travers de questions fermées dans la suite du questionnaire.

Pour tenter d'expliquer les comportements agressifs, on peut adopter un point de vue neurophysiologique qui émet l'hypothèse d'un déficit local en sérotonine au niveau des structures cérébrales impliquées dans le contrôle des émotions, dont le cortex préfrontal fait partie (15). Néanmoins l'environnement, (9) les représentations et les expériences passées

exercent une action importante à ne pas négliger dans la genèse de ces comportements. On peut alors classer l'agressivité selon différents types : instrumentale (pour obtenir un but précis), par frustration (liée à des événements jugés insupportables), réactionnelle (faisant écho à un événement passé), ou pathologique (prise de psychotropes ou syndrome confusionnel) (16).

Si l'on s'attarde sur les auteurs d'agressivité, on note que dans 73,5% des cas, il s'agit du patient ou de ses accompagnateurs. Dans 40% des cas, le reproche formulé portait sur le temps d'attente jugé excessif et dans 17,3% des cas sur l'âge du soignant et l'impression d'un manque d'expérience. On note que les motifs médicaux sont minoritaires.

Dans 26% des cas, c'est l'équipe médicale ou paramédicale qui est rapportée être en cause. Les violences entre collègues et envers les étudiants en santé n'ont pas été approfondies ici. Même si le phénomène est difficile à définir (17) et quantifier, certaines études montrent qu'il ne doit pas être sous-estimé (18), (19) et que des caractéristiques comme l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle sont des facteurs de risque d'exposition (20).

Cinquante-sept pour cent des jeunes praticiens exposés repensent à ces situations pendant au moins 1 semaine. De plus, une part non négligeable des praticiens exposés (20%) déclarent avoir été anxieux dans les suites de leur exercice et 29,6% admettent avoir changé leur comportement face aux patients. Comme le préconise la littérature (7) et notamment le rapport 2020 (4) de l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS), ces résultats nous ont poussé à réfléchir à intégrer à la formation initiale des internes en ophtalmologie, une formation (annexe 2) d'aide à la prise en charge des situations d'agressivité verbale et physique.

Les premières sessions ont eu lieu en décembre 2021 à l'hôpital Virtuel de la faculté de Médecine de Nancy. Chaque session regroupait 6 internes de 1^{er} et 3^e semestre d'ophtalmologie qui ont pu s'exercer à gérer une patiente agressive selon un scénario écrit à l'avance et qui était joué par une IDE en réanimation, formatrice en simulation. L'expérience de simulation était ensuite suivie d'un débriefing commun avec tout le groupe ce qui permettait de trouver collectivement les clefs pour apprendre à gérer un patient agressif, avec l'aide d'un psychiatre et des médecins seniors en ophtalmologie présents pendant la journée.

Il serait intéressant d'évaluer ultérieurement l'efficacité de cette formation d'aide à la désescalade de la violence avec un questionnaire sur l'évolution de la pratique et du ressenti.

Une revue réalisée en 2020 par l'organisation Cochrane (21) et regroupant 9 études contrôlées, proposant des programmes de prévention auprès de 1688 professionnels de santé, montre qu'il est difficile d'évaluer l'impact de ce genre de formation en termes de réduction

pure de l'incidence des violences et qu'il est nécessaire de poursuivre l'évaluation de ces formations par d'autres études et d'autres critères de jugement.

D'après l'étude de Touzet et al. réalisée en 2015 (22), et ciblée sur un service d'urgences ophtalmologiques à Lyon, d'autres interventions de type organisationnelles pourraient réduire l'incidence des agressions et incivilités et permettrait de limiter une escalade de la violence. Dans cette étude il s'agissait de la mise en place d'un programme de prévention des violences, par optimisation des signalétiques dans le service et une meilleure information au patient, combiné à un algorithme de tri des patients pour réduire les temps d'attente.

Parmi les principales limites de notre étude, on constate que l'effectif total (120 personnes) est limité, et que le biais de sélection est à prendre en compte si l'on considère que les personnes non exposées à ces situations n'ont pas trouvé d'intérêt à y répondre. À l'inverse, le taux de réponse global de 76,4% est une force pour l'interprétation de nos résultats.

L'agressivité dans la sphère professionnelle peut s'exprimer via différents vecteurs, un des vecteurs qui n'a pas été appréhendé par notre questionnaire est internet. Depuis le début de la pandémie de COVID-19 le phénomène est exacerbé (23) (24), et l'anonymat laisse la possibilité aux auteurs d'exprimer leur agressivité avec une certaine impunité. Plusieurs sociétés savantes médicales européennes et américaines ont d'ailleurs publié des recommandations de bonne pratique sur internet et les réseaux sociaux, afin de se prémunir de ces attaques, de protéger sa vie privée et de conserver une « e-réputation » de qualité (25).

CONCLUSION

Dans cette étude épidémiologique descriptive, multicentrique, nous avons observé que le risque d'être confronté à une agressivité de la part de patients ou de son entourage professionnel est réel, et qu'il survient tôt dans le parcours professionnel. Il apparaît donc important de réfléchir aux moyens de prévention et de gestion de ces situations que nous pouvons mettre en place. La formation en simulation pourrait être un levier d'action important, le but étant de trouver des clefs pour savoir désamorcer ces situations et in fine mieux les gérer et mieux les vivre.

BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE

1. Organisation mondiale de la santé - 2002 - Rapport mondial sur la violence et la santé.pdf [Internet]. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
2. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. août 2007;61(8):676-80.
3. Madsen IEH, Svane-Petersen AC, Holm A, Burr H, Framke E, Melchior M, et al. Work-related violence and depressive disorder among 955,573 employees followed for 6.99 million person-years. The Danish Work Life Course Cohort study: Work-related violence and depression. *J Affect Disord*. 1 juin 2021;288:136-44.
4. rapport_onvs_2020_donnees_2019_vd_2021-03-11.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2020_donnees_2019_vd_2021-03-11.pdf
5. Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohara K, et al. Work-related Aggression and Violence Committed by Patients and Its Psychological Influence on Doctors. *J Occup Health*. 2011;53(5):356-64.
6. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*. 25 févr 2010;10:51.
7. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med*. 2020;66(3):149-54.
8. cnom_obervatoire_de_la_securite_2020.pdf [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/17i6xps/cnom_obervatoire_de_la_securite_2020.pdf
9. d'Aubarede C, Sarnin P, Cornut PL, Touzet S, Duclos A, Burillon C, et al. Impacts of users' antisocial behaviors in an ophthalmologic emergency department--a qualitative study. *J Occup Health*. 2016;58(1):96-106.
10. Gbézo BE. Situations de violence en milieu hospitalier. In: *Les soignants face à la violence*. 2e édition. Editions LAMARRE; 2011.
11. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 1 déc 2019;76(12):927-37.
12. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med*. mai 2011;40(5):565-79.
13. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter*. 2019;170(2):e110-23.

14. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 août 2021;18(16):8459.
15. Hamon M. Neurobiologie de l'impulsivité, de l'agressivité et de la violence – Neurobiology of impulsiveness, aggressiveness and violence.
16. Scarpa A, Raine A. Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am*. juin 1997;20(2):375-94.
17. Markman JD, Soeprono TM, Combs HL, Cosgrove EM. Medical student mistreatment: understanding « public humiliation ». *Med Educ Online*. déc 2019;24(1):1615367.
18. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley MD. Learning About Medical Student Mistreatment From Responses to the Medical School Graduation Questionnaire. *Acad Med*. mai 2014;89(5):705-11.
19. Silver HK, Glickman AD. Medical Student Abuse: Incidence, Severity, and Significance. *JAMA*. 26 janv 1990;263(4):527-32.
20. Hill KA, Samuels EA, Gross CP, Desai MM, Sitkin Zelin N, Latimore D, et al. Assessment of the Prevalence of Medical Student Mistreatment by Sex, Race/Ethnicity, and Sexual Orientation. *JAMA Intern Med*. 1 mai 2020;180(5):653-65.
21. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [cité 8 janv 2022];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011860.pub2/full?highlightAbstract=violenc%7Cworkplace%7Cviolence%7Cworkplac>
22. Touzet S, Occelli P, Denis A, Cornut PL, Fassier JB, Pogam MAL, et al. Impact of a comprehensive prevention programme aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a French ophthalmic emergency department: an interrupted time-series study. *BMJ Open*. 1 sept 2019;9(9):e031054.
23. Larkin H. Navigating Attacks Against Health Care Workers in the COVID-19 Era. *JAMA*. 11 mai 2021;325(18):1822-4.
24. Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, Barbosu M, Sharma S, Panko T, et al. Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*. 30 déc 2020;10(12):e046620.
25. Galland J, Mandereau M, Campagne J. Utilisation avisée des réseaux sociaux pour la gestion de la e-réputation des médecins internistes français — proposition de recommandations. *Rev Médecine Interne*. févr 2020;41(2):118-22.

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

ANNEXES DE L'ARTICLE

Annexe 1

Questionnaire sur les situations d'agressivité au cours de l'exercice professionnel

Ce questionnaire a pour objectif de réaliser un état des lieux sur les situations d'agressivité vécues au cours de l'exercice professionnel des assistant.e.s et internes en DES d'ophtalmologie, et d'étudier le ressenti face à ces situations.

- Question à choix multiple
- Question à choix unique

I) A propos de vous :

- 1) Actuellement, en quel semestre êtes-vous ?
 - 1er - 2^e
 - 3e - 4^e
 - 5e - 6^e
 - 7e - 8^e
 - 9e - 10^e
 - Assistant.e
- 2) Vous êtes :
 - Une femme
 - Un homme
- 3) Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre externat ? (Réponse libre)
- 4) Dans quelle faculté réalisez-vous votre DES / post-DES ? (Réponse libre)

- Plusieurs fois par an
 - Plusieurs fois par mois
- 7) En quel semestre étiez-vous lors de la première fois ?
 - 1er - 2^e
 - 3e - 4^e
 - 5e - 6^e
 - 7e - 8^e
 - 9e - 10^e
 - Assistant.e
 - Je ne sais plus
 - 8) Où se sont déroulées ces situations ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
 - Aux urgences
 - En consultation
 - Dans un service d'hospitalisation
 - Au bloc opératoire
 - Autre : ...

II) A propos des situations d'agressivité rencontrées :

- 5) Avez-vous déjà été confronté.e dans votre pratique professionnelle à une situation d'agressivité ?
 - Oui
 - Non (passage à la partie « Formation » automatique)
- 6) À quelle fréquence y avez-vous été confronté.e ?
 - Une seule fois
 - Une fois par an

- 9) Avec qui ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
 - Patient.e.s
 - Entourage des patient.e.s
 - Equipe médicale
 - Equipe paramédicale
 - Autre : ...
- 10) Indiquez le genre de la personne agressive
 - Femme
 - Homme
 - Plusieurs personnes (femmes et hommes)

- 11) Sous quelles formes se sont manifestées ces situations d'agressivité ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- En face à face
 - Au téléphone
 - Par lettre / mail
 - Autre : ...
- 12) Comment pourriez-vous décrire ces situations d'agressivité ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Impolitesse
 - Opposition
 - Emportement
 - Méchanceté
 - Colère
 - Violence verbale
 - Violence physique
 - Autre : ...
- 13) Que vous était-il reproché ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Manque de compétence
 - Temps d'attente
 - Manque d'expérience
 - Votre âge
 - Manque d'explications
 - Mauvaise prise en charge
 - Je ne sais pas
 - Autre : ...
- 14) Vous êtes-vous senti.e en difficulté ?
- Non
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui
- 15) Comment avez-vous réagi ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Peur
 - Silence, stupeur
 - Perte de contrôle
 - Agressivité
 - Appel d'un.e collègue
 - Discussion, explications, reformulations
 - Tentative d'apaisement
 - Ecoute, empathie
 - Autre : ...
- 16) Avez-vous repensé à ces situations par la suite ?
- Oui
 - Non
- 17) Si oui : pendant combien de temps ?
- Le jour même
 - 1 semaine
 - Plus longtemps
- 18) Avez-vous ressenti le besoin d'en parler à quelqu'un ?
- Oui
 - Non
- 19) Si oui, à qui ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Un.e ami.e
 - Un.e collègue
 - Un.e encadrant.e
 - Une personne de votre famille
 - Votre conjoint.e
 - Autre : ...
- 20) Ces événements ont-ils généré un sentiment d'anxiété ou d'angoisse dans les suites de votre exercice ?
- Non
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui
- 21) Ces événements ont-t-ils changé votre comportement dans les situations cliniques, votre façon de vous adresser aux patient.e.s ?
- Non
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui
- 22) Si oui / plutôt oui, précisez brièvement en quoi votre comportement ou votre façon de vous adresser aux patient.e.s a changé (50 mots maximum)

III) Formation

- 23) Pensez-vous qu'une formation spécifique soit nécessaire dans ce domaine ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- 24) Si oui : à quel niveau d'études ?
(Plusieurs choix possibles)
- Pendant l'externat
 - Avant le début de l'internat
 - Pendant l'internat
- 25) Si oui : sous quelle forme ? (Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Théorique
 - Jeux de rôle / simulation
 - Autre : ...
- 26) Avez-vous déjà eu des formations en simulation ?
- Oui
 - Non
- 27) Si oui, de quel type ? (Plusieurs choix possibles)
- Médicale (situation clinique)
 - Chirurgicale (geste technique)
- 28) Si oui, à quel stade de votre formation ? (Plusieurs choix possibles)
- Externat
 - Internat
- 29) Avez-vous déjà eu des cours sur le savoir être ou la communication avec les patients ?
- Oui
 - Non
- 30) Si oui, à quel stade de votre formation ? (Plusieurs choix possibles)
- Externat
 - Internat
- 31) Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?
(Plusieurs choix possibles, si autre : précisez)
- Cours Théoriques
 - Jeux de rôle entre étudiants ou avec des enseignants
 - Des entretiens avec des patients réels pendant des cours ou des séminaires
 - Des entretiens en centre de simulation médicale avec patients standardisés (acteurs)
 - Autre : ...
- 32) Vous pouvez décrire ici brièvement votre expérience la plus marquante ou

la plus fréquente d'agressivité à laquelle vous avez été confronté.e
(Réponse libre : 250 mots maximum).

Annexe 2

Programme de la journée de formation destinée aux internes en ophtalmologie

Lieu : Hôpital Virtuel de la faculté de médecine de Nancy

Participants : Groupe de 6 internes en 1^{er} et 3^e semestres, Pr Angioi (cheffe de service en ophtalmologie), Dr Luc (ophtalmologue), Mme Lopez (IDE en réanimation, formatrice en simulation), Dr Gross (psychiatre)

Matin :

- Accueil : présentation, objectifs de la journée
- Mise en situation : un participant à la fois, les étudiants ne peuvent pas s'observer entre eux, ainsi la découverte de la situation se fait en temps réel à chaque passage d'un nouvel étudiant : chaque interne est confronté à une situation d'agressivité face à une patiente qu'il est en train de prendre en charge aux urgences ophtalmologique pour une pathologie bénigne (durée 5-6 minutes par participant).
- Debriefing en groupe : explications sur les points positifs et bien réalisés lors des simulations, puis amener le groupe à réfléchir à l'amélioration des étapes plus difficiles. On commence par poser les bases d'une communication « réussie » lors d'une consultation habituelle, puis on réfléchit aux clefs pour s'adapter aux situations qui dégènèrent, en évitant une escalade de la violence.

Après-midi :

- Mise en situation : cas progressif en 6 parties : chaque participant, chacun son tour, fait avancer la situation et peut observer ce que les étudiants passés avant lui et après lui ont fait face à une patiente qui consulte aux urgences ophtalmologiques pour une pathologie grave nécessitant une prise en charge en hospitalisation en urgence (durée : 30 minutes).
- Debriefing en groupe : on évalue que les points évoqués le matin sont repris et intégrés dans la simulation, en y ajoutant des éléments visant à se protéger en cas d'agression physique.
- Tour de table : prise de parole sur les expériences vécues si les participants le souhaitent.

IV- RÉSULTATS SUBSIDIAIRES EN GYNÉCOLOGIE – OBSTÉTRIQUE

Nous avons soumis le même questionnaire que celui de notre article aux internes et assistants en gynécologie obstétrique du CHU de Nancy pour comparaison. Nous avons obtenu 25 réponses sur un effectif total de 52 internes et assistants.

Le taux de réponse global était de 48%, soit un taux beaucoup moins important que celui obtenu parmi les jeunes praticiens en ophtalmologie.

Quatre-vingt-quatre pour cent des personnes interrogées déclaraient avoir déjà été confrontées à une situation d'agressivité ou de violence dans leur travail (n=21), et 68% rapportaient y être confrontées une fois par an ou plus (n=17) (tableau 8). Pour 66,7% (n=14) des personnes exposées, cela se produisait dès la première année d'internat.

Il s'agissait à 97,5% de violences verbales et à 2,5% de violences physiques (tableau 9).

Les deux principaux reproches formulés portaient sur le temps d'attente (29,2% des cas) et l'impression ressentie d'une mauvaise prise en charge (29,2% des cas) (tableau 9).

Cinquante-sept pour cent des personnes exposées avaient déclaré s'être senti en difficultés pour gérer la situation (tableau 10) et 76% des répondants estimaient nécessaire de mettre en place une formation pour apprendre à gérer l'agressivité (tableau 11).

Ces résultats semblent similaires à ceux obtenus en ophtalmologie mais les faibles effectifs des réponses ne nous permettent malheureusement pas de les comparer de façon fiable.

Les quelques différences qui semblent se dessiner s'expliquent par les différences de pratique entre l'ophtalmologie et la gynécologie. Ainsi sur le lieu de survenue, cela se produit plus fréquemment en secteur d'hospitalisation (22%) pour les gynécologues que pour les ophtalmologistes (12,8%). L'autre différence notable est le sexe de la personne agressive. En effet les gynécologues ont rapporté plus de situations impliquant des femmes (42,8%) que les ophtalmologistes (10%).

Tableau 8 : Prévalence et caractéristiques des situations d'agressivité parmi les gynécologues-obstétriciens

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Vécu d'une situation d'agressivité au cours de l'exercice professionnel en ophtalmologie		
Oui	21	84
Non	4	16
Fréquence rapportée des situations d'agressivité		
Jamais	4	16
Une seule fois	4	16
Une fois par an	2	8
Plusieurs fois par an	12	48
Plusieurs fois par mois	3	12
Niveau d'étude lors du 1^{er} événement		
1 ^{ère} année d'internat	14	66,7
2 ^e année d'internat	4	19
3 ^e année d'internat	0	
4 ^e année d'internat	0	
5 ^e année d'internat	0	
Assistant	0	
Ne sait plus	3	14,3
*Lieux de survenue :		
Urgences	19	38
Consultation	6	12
Service d'hospitalisation	11	22
Bloc opératoire	8	16
En salle de naissance	6	12
Autres	0	
*Personnes impliquées :		
Patient	19	38,8
Entourage du patient	16	32,7
Equipe médicale	8	16,3
Equipe paramédicale	6	12,2
Autre	0	
Genre de la personne agressive : lors de la première fois		
Femme	9	42,8
Homme	8	38,1
Plusieurs personnes : femme et homme	4	19,1

*Réponse à choix multiple

Tableau 9 : Formes d'agressivité et reproche(s) formulé(s) par la personne agressive

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
*Formes de l'agressivité		
Face à face	21	61,8
Téléphone	10	29,4
Lettre / courriel	2	5,9
Autre : via les réseaux sociaux	1	2,9
*Caractéristiques de l'agressivité rapportée		
Impolitesse	14	17,3
Opposition	14	17,3
Emportement	16	19,8
Méchanceté	7	8,6
Colère	13	16
Violence verbale	15	18,5
Violence physique	2	2,5
Autre (précisez)	0	
*Reproche(s) formulé par la personne agressive		
Temps d'attente	14	29,2
Manque de compétence	6	12,5
Manque d'expérience	6	12,5
Âge	1	2,1
Manque d'explications	1	2,1
Mauvaise prise en charge	14	29,2
Ne sait pas	5	10,3
Autre (précisez) : « prise en charge par un homme »	1	2,1

*Réponse à choix multiple

Tableau 10 : Difficultés ressenties par les gynécologues-obstétriciens face aux situations d'agressivité rapportées

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Difficulté ressentie :		
Oui	3	14,2
Plutôt oui	9	42,9
Plutôt non	9	42,9
Non	0	
Sentiment d'anxiété ou d'angoisse par la suite		
Oui	1	4,8
Plutôt oui	4	19
Plutôt non	7	33,3
Non	9	42,9

Tableau 11 : Formation en simulation et sur la communication avec les patients parmi les gynécologues-obstétriciens

	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Nécessité d'une formation sur la gestion de l'agressivité :		
Oui	19	76
Non	5	20
Ne sait pas	1	4
*Si oui ; sous quelle(s) forme(s)		
Théorique	7	26,9
Jeux de rôle / simulation	19	73,1
Autres (précisez)	0	
Le répondant a déjà eu des cours sur la communication avec les patients		
Oui	12	48
Non	13	52

*Réponse à choix multiple

V- PRÉVENTION

Du fait de son caractère polymorphe, il n'y a pas de solution simple ou unique au problème de l'agressivité et des violences en milieu de soin.

L'étude de d'Aubarede et Al. menée en 2012 conclut qu'il serait réducteur d'affirmer que les causes de la violence en milieu de soin sont limitées aux patients eux-mêmes. Cette étude a, au contraire, mis en évidence qu'il s'agissait d'un ensemble de facteurs liés non seulement aux patients, mais aussi à l'organisation des structures de soins (locaux, procédures administratives lourdes et complexes), et également à l'attitude des soignants face à l'agressivité.

Le rapport OMS de 2002 sur la violence et la santé rapporte que « les programmes privilégiant les compétences sociales et relationnelles offrent également des perspectives prometteuses du point de vue de la diminution de la violence interpersonnelle ». (5)

5.1 Prévention primaire : organisation, information du patient

La prévention primaire a pour but d'éviter la survenue de situations d'agressivité. Nous avons vu que le reproche le plus fréquemment formulé par les patients agressifs portait sur le temps d'attente lors des consultations programmées et d'urgences ophtalmologiques.

Les temps d'attente peuvent être réduits en optimisant le parcours du patient. Cela passe par plusieurs leviers :

- Une répartition efficace des consultations en fonction de leur niveau d'urgence et des moyens disponibles sur les différents créneaux de la semaine. Cela peut se faire par un filtrage grâce à un algorithme de tri en amont des consultations, en fonction du motif de recours.
- Une réduction des procédures administratives lourdes et peu efficaces.
- L'algorithme doit être utilisé par un personnel formé (IDE et secrétaires) et peut permettre de gagner du temps sur l'orientation du patient et les éventuels soins et gestes à programmer avant la consultation (par exemple : dilatations pupillaires en ophtalmologie).

- Un agencement des locaux, afin qu'ils soient adaptés aux personnes à mobilité réduite, aux déficients visuels et auditifs.
- Une meilleure efficacité dans la demande des examens complémentaires qui allongent le temps d'attente.
- Une meilleure gestion du temps médical disponible en réduisant les tâches administratives au maximum afin de privilégier la prise en charge du patient.

L'information sur le déroulement d'une consultation, sur les différents temps ou étapes de l'examen et sur les types de professionnels de santé du parcours de soin permettent au patient de comprendre le fonctionnement du service et contribue également à réduire le ressenti d'attente. Cette information doit être disponible à chaque étape du parcours du patient. Elle doit être lisible, facilement accessible et compréhensible, d'autant plus dans un contexte de handicap visuel et physique que présentent fréquemment nos patients.

L'information doit être aussi proposée en amont de la consultation, via un site internet, un serveur vocal, et les convocations écrites adressées par voie postale au patient.

Le personnel doit avoir un comportement respectueux, empathique et adapté à l'accueil des patients. Cela passe aussi bien par le langage verbal que par l'attitude corporelle et la posture.

Les salles d'attente doivent être suffisamment grandes, fonctionnelles, et le patient doit pouvoir, une fois de plus, y trouver une information claire sur son parcours de soins et sur les différents professionnels qui l'accompagnent. Cela permet un gain de temps également aux professionnels de santé en leur évitant de répéter les mêmes informations de multiples fois dans une journée.

Enfin l'accessibilité aux toilettes, ou à une aide humaine clairement identifiée en cas de besoin est également primordiale.

5.2 Prévention secondaire : communication, médiation

5.2.1 La simulation médicale

La prévention secondaire dans ce type de situation est axée sur la communication avec la personne agressive afin d'entamer une désescalade de la violence.

L'enseignement des 2^e et 3^e cycles en faculté de médecine, met de plus en plus l'accent sur la simulation médicale afin de passer d'un contrôle de connaissances médicales théoriques à une mise en pratique clinique. Ainsi, depuis une dizaine d'années, l'effectif horaire de ces ateliers pratiques basés sur la simulation a augmenté. Parallèlement, il existe une augmentation des cours sur la communication avec les patients, mais ceux-ci restent souvent théoriques et facultatifs, sur volontariat des étudiants.

D'après David Gaba, médecin anesthésiste à Stanford, et père fondateur de la « simulation médicale », il s'agit d'une « technique pour remplacer ou amplifier des expériences réelles par des expériences guidées qui évoquent ou reproduisent des aspects substantiels du monde réel de manière interactive. ». Appliquée à la gestion des individus agressifs et violents, la simulation permet :

- D'acquérir et de perfectionner ses compétences communicationnelles.
- De réfléchir sur ces propres pratiques et de réaliser une introspection.

Comme mentionné dans la discussion de l'article, et à la suite de ces résultats du questionnaire, nous avons voulu mettre en place une formation basée sur la simulation médicale via l'infrastructure de l'hôpital virtuel de la faculté de médecine de Nancy.

5.2.2 Déroulement de la formation

Cette formation se tient sur une journée complète, par groupe de 6 internes d'ophtalmologie en 1^{ère} année de DES. Les formateurs présents lors des premières sessions étaient :

- Mme Lopez, IDE en réanimation au CHU de Nancy et formatrice en simulation

- Dr Gross, praticien hospitalier en psychiatrie au CPN de Nancy
- Pr Angioi, cheffe de service d'ophtalmologie au CHU de Nancy
- Dr Luc, assistante-cheffe de clinique en ophtalmologie au CHU de Nancy.

Au début de la journée, les objectifs pédagogiques sont énoncés ; les rôles des différents formateurs et l'environnement de simulation sont expliqués. L'accent est mis sur la confidentialité des séances et sur la bienveillance entre participants et formateurs.

Il est impératif que les participants se sentent en confiance afin qu'ils participent activement et qu'ils puissent en tirer un maximum d'enseignement. C'est le concept de « sécurité psychologique » propre à une simulation réussie.

Chaque demi-journée de formation était composée de 3 étapes axées autour d'un scénario défini à l'avance qui n'est pas connu des internes au moment où celui-ci débute.

La première étape est le **pré-briefing**. Avant le début de la simulation, les étudiants sont avertis des détails logistiques permettant d'entrer dans l'exercice tel que : leur rôle, le lieu, le contexte et les événements qui viennent de se dérouler dans le service et l'accès aux outils techniques comme le téléphone. Par exemple : « Vous êtes un interne en ophtalmologie en zone de consultations d'urgences, en fin de matinée ; la salle d'attente est pleine et les patients manifestent leur mécontentement. Vous commencez à prendre en charge une patiente que vous appelez en salle d'attente. ».

Puis vient l'étape du **scénario** et de la simulation à proprement parler. La conception pédagogique du scénario doit prendre en compte différents paramètres tels que :

- La vraisemblance : le scénario doit correspondre à une situation clinique plausible et relativement fréquente.
- La temporalité : le temps de simulation doit être relativement court mais efficient.
- La standardisation : le scénario doit être le même pour chaque étudiant, avec une bonne reproductibilité afin que les expériences soient similaires.

Les étudiants participent les uns à la suite des autres à ces mises en situation sans pouvoir observer les autres internes. Les formateurs, en revanche, peuvent analyser les réactions du participant face au patient agressif à travers une vitre sans tain et un système de vidéo-enregistrement. L'intérêt est de noter avec bienveillance les points positifs et les points plus difficiles à gérer qui pourront alimenter le débriefing par la suite.

Enfin vient la dernière étape du **débriefing**. Une fois chaque interne passé, une « réunion-bilan » en groupe peut commencer. Il s'agit d'une partie primordiale qui permet de rebondir sur les difficultés rencontrées. Les formateurs présents accompagnent ce débriefing sans effacer la réflexion du groupe qui doit être spontanément privilégiée. C'est un temps d'échange qui se déroule en 3 phases :

- Réaction : réalisation d'un tour de table rapide sur le ressenti instantané à la sortie de la simulation.
- Analyse des comportements.
- Application au quotidien et synthèse finale.



Photo 1 à gauche : Debriefing avec un groupe d'internes au décours d'un exercice de simulation

Photo 2 à droite : Une interne en ophtalmologie face à une patiente agressive interprétée par une formatrice lors d'un exercice de simulation

5.2.3 Exemples d'enseignements tirés des débriefings

Les points soulevés pendant ces débriefings portent sur le temps à accorder en début de consultation à se présenter et à assurer l'identitovigilance des patients.

En cas de colère ou d'agressivité, il a été souligné qu'il était nécessaire de prendre le temps de laisser le patient s'exprimer et d'employer le « silence thérapeutique » afin de laisser le temps au patient de verbaliser ses sentiments.

Valider les émotions, reformuler le problème exprimé en employant un ton adapté et calme permet d'éviter une escalade de la violence. Cela passe aussi par le fait d'adapter son comportement non verbal (tenue, position) aux circonstances et à l'écoute du patient.

En cas de logorrhée, laisser le patient s'exprimer un temps peut permettre de gagner du temps par la suite. On peut résumer cela par l'expression « perdre du temps pour en gagner », juste avant de recentrer le discours en utilisant des questions fermées. Il faut garder à l'esprit qu'une information clef pour le diagnostic peut être noyée dans une logorrhée.

Au cours des différentes sessions que nous avons réalisées, nous avons pu constater que la gestion du stress, des émotions et de la perte de contrôle liée à la confrontation avec une personne agressive n'était pas chose aisée.

5.3 Prévention tertiaire

À ce jour, la prévention tertiaire est fort heureusement un besoin anecdotique en ophtalmologie. Elle intervient lorsque le dialogue est impossible, que le danger est imminent ou au décours de l'événement pour en limiter ses conséquences.

Dans d'autres spécialités ou secteurs de consultations comme au SAU, en psychiatrie ou en centre de soin en milieu pénitencier, elle repose sur :

- L'aménagement des salles de consultation pour que le professionnel de santé ne puisse être bloqué par le patient pour accéder à la sortie. Concrètement, le soignant doit être situé au plus proche de la porte (afin de pouvoir échapper facilement à une agression physique).
- Des salles de consultation suffisamment grandes afin que le soignant puisse anticiper une violence physique débutante et s'en dégager facilement.
- Un accès à une pédale / un interrupteur d'appel d'urgence qui prévient l'équipe de sécurité qu'un incident est en cours et qu'il faut intervenir rapidement.
- Une équipe de sécurité disponible en cas de besoin.
- Des traitements médicamenteux d'urgence en cas d'agressivité pathologique (neuroleptiques).
- Des services de vidéo-surveillance des couloirs et lieux d'attente.
- L'accès à un soutien psychologique au décours d'un événement violent traumatisant.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude descriptive réalisée auprès d'une population d'internes et assistants en ophtalmologie permet de soulever une problématique qui apparaît comme fréquente en ophtalmologie, comme pour d'autres spécialités médicales et chirurgicales.

Parmi les professionnels interrogés, 81,6% (IC : 74,7-88,6%) rapportaient avoir déjà été confronté au moins une fois à une situation d'agressivité et de violence de la part d'un patient (43,7% des cas rapportés), de l'entourage d'un patient (29,8%) ou d'un collègue (36,5%). Pour 64,3% des personnes ayant dû gérer ces situations d'agressivité, cela se produisait dès la première année d'internat. Qu'ils aient été confrontés ou non à ces situations, les répondants étaient 63,3% à penser qu'une formation dans ce domaine était nécessaire.

La qualité des soins est intimement liée à la qualité de vie au travail et à la communication entre les équipes soignantes et les patients. Si on analyse précisément ces situations d'agressivité, on peut mettre en place des moyens de préventions ciblés comme nous avons essayé de le faire via les séances de simulation dans l'hôpital virtuel de la faculté de médecine de Nancy.

Il serait intéressant d'évaluer par la suite si ces moyens de prévention primaires et secondaires ont un impact significatif sur le quotidien des internes et assistants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J.* 1 janv 2004;7(2):27-37.
2. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med.* mai 2011;40(5):565-79.
3. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* oct 2006;31(3):331-7.
4. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis - Nikathil - 2017 - *Emergency Medicine Australasia* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1742-6723.12761>
5. Organisation mondiale de la santé, éditeur. *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
6. Gbézo BE. Situations de violence en milieu hospitalier. In: *Les soignants face à la violence.* 2e édition. Editions LAMARRE; 2011.
7. Buss AH. *The Psychology of Aggression.* Wiley; 1961. 328 p.
8. Hamon M. Neurobiologie de l'impulsivité, de l'agressivité et de la violence – *Neurobiology of impulsiveness, aggressiveness and violence.*
9. Scarpa A, Raine A. Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am.* juin 1997;20(2):375-94.
10. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res.* 25 févr 2010;10:51.
11. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 1 déc 2019;76(12):927-37.
12. Madsen IEH, Svane-Petersen AC, Holm A, Burr H, Framke E, Melchior M, et al. Work-related violence and depressive disorder among 955,573 employees followed for 6.99 million person-years. The Danish Work Life Course Cohort study: Work-related violence and depression. *J Affect Disord.* 1 juin 2021;288:136-44.
13. d'Aubarede C, Sarnin P, Cornut PL, Touzet S, Duclos A, Burillon C, et al. Impacts of users' antisocial behaviors in an ophthalmologic emergency department--a qualitative study. *J Occup Health.* 2016;58(1):96-106.

ANNEXES

Annexe 1

Échelle de gravité des signalements de l'ONVS

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveau de gravité

Les atteintes aux personnes :

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

Les atteintes aux biens :

- Niveau 1 : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- Niveau 2 : vols avec effraction
- Niveau 3 : dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.)

Annexe 2

Échelle d'agression manifeste (OAS : Overt Aggression scale)

ÉCHELLE D'AGRESSION MANIFESTE (OAS)

Grille saisie

Identification		
Nom du patient _____		Nom de l'évaluateur _____
Date : ____/____/____	Durée de : <input type="checkbox"/> 0 à 15 minutes	
Heure de début ____ h ____	<input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes	
	<input type="checkbox"/> 30 à 60 minutes	
	<input type="checkbox"/> Plus d'une heure	
	<input type="checkbox"/> _____ nombre d'heures	
Quart de travail : <input type="checkbox"/> Jour	Lieu : <input type="checkbox"/> chambre du patient	<input type="checkbox"/> douche
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> corridor, salle commune	<input type="checkbox"/> salle d'isolement
<input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> cuisine	<input type="checkbox"/> autre _____
COMPORTEMENT AGRESSIF (Faire au moins un choix dans chacune des 5 catégories)		
Agression verbale _____ Fait du grand bruit, crie avec colère _____ Hurler des insultes personnelles mineures ex : tu es stupide _____ Blasphème violemment, utilise un langage grossier lorsqu'en colère, fait des menaces modérées face aux autres ou à soi-même _____ Fait des menaces claires de violence à l'égard des autres ou soi-même (je vais te tuer) _____ Aucune des précédentes	Agression physique contre soi _____ Se gratte ou s'égratigne la peau, se tire les cheveux (sans blessure ou avec blessure mineure) _____ Se frappe la tête, donne des coups sur des objets (se fait mal sans blessure sérieuse) _____ Lacération ou contusions mineures, brûlures mineures _____ Automutilation sérieuse : se fait de graves lacérations, se mord au sang, lésions internes, fractures, perte de conscience, s'arrache les dents, avale des Rx, strangulation _____ Aucune des précédentes	
Agressivité non verbale envers autrui _____ Fixe d'un regard intimidant lourd de menace _____ Gestes menaçants : montre son poing, torse bombé _____ Crache, frappe ou lance des objets en notre direction sans pouvoir nous atteindre (en raison d'un obstacle : porte, fenêtre ou vitre) _____ Attitude et comportements de provocation, de mépris ou d'intimidation (se rapproche de façon inquiétante) _____ Aucune des précédentes	Agression physique contre autrui _____ Aggression mineure : crache, donne des coups non appuyés, agrippe les vêtements. _____ Frappe, donne des coups de pied, pousse, tire les cheveux (sans blessure) _____ Attaque les autres, causant des blessures mineures à modérés (contusions, foulures, trace de coup) _____ Attaque les autres, causant des blessures sévères (fractures, lacérations profondes, lésions internes) _____ Aucune des précédentes	
Agression contre les objets _____ Claque la porte, éparille ses vêtements, met tout en désordre _____ Lance les objets par terre, donne des coups de pied sur le mobilier _____ Brise les objets, casse les vitres _____ Met le feu _____ Aucune des précédentes		
(Faire au moins un choix dans une des trois colonnes)		
Interventions Omega _____ Pacification (se centrer sur le vécu du patient) _____ Trêve (créer un temps d'arrêt dans l'action en cours) _____ Requête alpha (exprimer clairement nos exigences) _____ Recadrage (rester centré sur nos exigences répétition de la demande) _____ Alternative (responsabiliser face au choix) _____ Option finale (responsabiliser face au choix de collaborer ou non à la dernière option finale) _____ Intervention physique (spécifiez) : _____ escorte sans contact physique _____ escorte avec contact physique _____ intervention de protection (blocage, esquive, dégagement) _____ intervention de contrôle (capture avec ou sans équipements)	Mesures restrictives _____ Mesure rééducative de retrait planifié MRRPL _____ Mesure rééducative de retrait ponctuel MRRP _____ Mesures d'urgence appréhendées MUA _____ Mesure ultime d'encadrement MUE _____ Mesure d'urgence MU _____ Isolement _____ Contention	Autres _____ Médication PRN _____ Intervention médicale immédiate pour le patient suite à une blessure _____ Intervention médicale pour une tierce personne suite à une blessure
Éléments déclencheurs :		Autres Remarques :

Adaptation de l'Overt Aggression Scale de Yudofsky par Gilles Côté, Yvonne Poulin, Benoît Coderre, Julie Bastien, Nicole Melançon, Christine Geoffrion, Ronald Marchand et Céline Pilon. Institut Philippe-Pinel de Montréal, sept. 2003

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectif : Estimer la prévalence et caractériser les situations d'agressivité et de violence au sein d'une population de jeunes praticiens (internes et assistants) en ophtalmologie.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique à visée descriptive, transversale, multicentrique basée sur un questionnaire anonyme. Le questionnaire a été soumis par mail aux 157 internes et assistants en ophtalmologie des régions Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté entre décembre 2020 et mars 2021. Les données socio-démographiques des répondants ont été recueillies (genre, statut, année d'étude), ainsi que la prévalence des agressions ressenties et ses caractéristiques (fréquence, lieu de survenue, auteur, type verbal ou physique, motif, ressenti et réactions dans les suites de l'événement).

Résultats : Le taux de réponse global était de 76,4% parmi lesquels 81,6% (IC : 74,7-88,6%) rapportaient avoir été confrontés au moins une fois à une agression. Pour 50,9% des personnes interrogées cela se produisait plusieurs fois par an. Il s'agissait majoritairement d'une agression verbale (98,8%) par un patient ou son entourage (73,5%) puis un collègue (26%). L'événement avait lieu surtout dans les secteurs de consultation et d'urgences (39,5% et 37,8% respectivement). Les principaux reproches formulés portaient sur le temps d'attente (40%), et l'impression de manque d'expérience et de compétence (20,4%).

Conclusion : Les résultats de notre étude reflètent une prévalence importante des agressions verbales dans le cadre de l'exercice professionnel en ophtalmologie. Il paraît capital de former tôt les futurs praticiens pour les aider à faire face à ce type d'événements. Cette formation peut se faire par la simulation médicale.

MOTS CLEFS : Agressivité, violence au travail, simulation médicale, prévention primaire et secondaire

TITRE EN ANGLAIS : Aggressiveness and violence in daily ophthalmology practice: descriptive analysis about a survey send in population of young practitioners in East of France

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE, OPHTALMOLOGIE, ANNÉE 2023.

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY