

Le problème croissant de la violence dans nos sociétés se répercute aujourd’hui dans le monde du travail. La violence au travail changeant de visage, sa définition a évolué elles aussi. L’Organisation Internationale du Travail (O. I. T.) et l’Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) l’ont définie comme :

« Des incidents au cours desquels le personnel est maltraité, menacé, agressé dans des circonstances liées à son travail ».

Au Sénégal, nous disposons d’aucune donnée sur la violence en milieu de travail, ce qui a suscité notre intérêt pour cette question aux facettes multiples : médicales, sociales, médico-légales, économiques.

Aussi nous avons initié une enquête transversale sur la violence en nous limitant au secteur de soins à Dakar. Ce travail inaugural a pour but :

- d'étudier l'ampleur et les caractéristiques de la violence en milieu de soins à Dakar,
- d'identifier les principaux facteurs de risque de violence et les situations les plus à risque,
- proposer des types d'intervention capables d'apporter des réponses stratégiques au phénomène à court et long terme.

Cette enquête prospective a été réalisée de Décembre 2003 à Mars 2004 sur un échantillon de 200 personnels médicaux, para médicaux, administratifs et subalternes recensés dans cinq hôpitaux et trois centres de santé à Dakar.

Notre instrument d'enquête était constitué d'un questionnaire comportant cinq volets :

- données Socio familiales,
- données Socio professionnelles,
- types de violence et motifs,
- conséquences de la violence,
- mesures de prévention de l'organisme.

Une analyse uni et bi variée des résultats a permis de dégager le profil du personnel de santé victime ou témoin de violence.

Il s'agit le plus souvent d'une femme mariée âgée d'environ 39 ans, mère de deux enfants en moyenne et exerçant la profession d'infirmière

dans 21% des cas.

C'est une infirmière habitant en milieu urbain à plus de cinq Km de son lieu de travail et ayant une expérience professionnelle de 18 années en moyenne.

Elle travaille plus de 8 h/j, souvent en contact avec le public dans 93,5% des cas et ne bénéficie pas de pause de travail dans 62,5% des cas.

C'est un personnel qui juge son travail pénible dans 53,5% ne disposent pas de service d'accueil ou de secrétariat et gagne moins de 100.000 CFA/ mois dans près de 60% des cas.

Elle estime ses relations de travail bonnes avec les collègues (97%), mauvaise avec la hiérarchie (23,3%) et difficiles avec la clientèle (43,2%).

Cette infirmière déclare être victime ou témoin de 373 cas de violence au cours de ces douze derniers mois dont 41% de violence verbale.

Cette violence provenait de personnes étrangères à l'entreprise (57%) ayant évoqué comme motif principal : le temps d'attente jugé excessif (37,3%) des cas.

L'incident a occasionné chez elle une ITT moyenne de six jours. L'institution dans laquelle travaille ce personnel en l'occurrence l'Hôpital Aristide Le Dantec n'a eu à intervenir pour évaluer la sécurité des travailleurs que 12,5% des cas.

Différents facteurs de risques de violence y ont été identifiés :

- pénibilité du travail avec durée de travail dépassant 8 h/j, absence de pause de travail, contact permanent avec le public, insuffisance de plateau technique ,
- absence de service d'accueil ou de secrétariat ,
- longue distance du lieu de travail à la résidence,
- situation précaire du personnel de santé avec un salaire peu motivant,
- indiscipline et manque d'information du public,
- gestion du flux de malades submergeant les services dépassés par le manque de personnel qualifié et de moyens matériels adéquats .

Comme mesure de protection à prendre, nos recommandations vont dans le même sens que celles du personnel qui préconise l'amélioration des conditions de travail dans 27,6%.

Elle passe par :

- l'aménagement des locaux pour les rendre plus attrayants, plus sécurisant, et plus fonctionnels pour limiter les files d'attente,
- développer la qualification des services d'accueil (capacité à donner une réponse adaptée),
- prise en charge des victimes de violence par une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier de travail, ergonome ...),

réfléchir sur l'organisation du travail pour éviter les récidives.

INTRODUCTION

La Violence constitue un véritable problème de santé publique en raison de son ampleur, de son caractère multifactoriel nécessitant une approche pluridisciplinaire. Aucun pays, aucune ville, aucune communauté n'est à l'abri. Elle a de tout temps caractérisé les relations entre les êtres humains et selon Mandela [13], « le vingtième siècle restera gravé dans les mémoires comme un siècle marqué par la violence, témoin des destructions massives et d'horreurs infligées à une échelle inimaginable auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais ce lourd fardeau, résultat de nouvelles techniques mises au service d'idéologies haineuses, n'est pas le seul que nous portons ni auquel nous sommes confrontés. Il y a aussi le **fardeau moins visible**, mais encore plus général de la souffrance quotidienne individuelle:

- La douleur des enfants maltraités par des gens qui devraient les protéger,
- des femmes blessées ou humiliées par des partenaires violents;
- des personnes âgées malmenées par ceux qui s'occupent d'elles;

- des jeunes intimidés par d'autres jeunes;
- des gens de tous âges qui s'infligent des violences ;
- des travailleurs maltraités en milieu de travail ».

Dans bien des sociétés, la violence est tellement dominante qu'elle contrarie les espoirs de développement économique et social.

La violence affecte près de deux millions de vies humaines perdues chaque année dans le monde et tant d'autres innombrables dévastées de manière pas toujours apparente. A l'instar d'autres problèmes de santé, sa répartition dans les groupes de population n'est pas égale, pas plus qu'elle ne l'est par rapport au contexte.

La violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans. Il est difficile d'estimer précisément le coût de la violence, mais il représente chaque année dans le monde des milliards de dollars américains en dépenses de santé et pour les économies nationales, des milliards de dollars en absentéisme, en recours aux services de police et en investissements perdus [13].

Le problème croissant de la violence dans nos sociétés se répercute aujourd'hui dans le monde du travail. La violence au travail est un phénomène mondial qui est resté longtemps occulté.

Les personnes travaillant au contact du public sont de plus en plus exposées aux

risques de menaces, d'agressions ou d'actes de violence. L'entreprise elle-même génère ses propres formes de violence trouvant son origine dans des sources tant individuelles qu'organisationnelles. Elle est perpétrée par la clientèle de l'entreprise, les collègues ou le personnel d'encadrement. Les conséquences sont nombreuses tant pour les victimes que pour l'entreprise qui doit faire face à une baisse d'efficacité.

Les accès de violence se produisant sur les lieux de travail aux quatre coins du monde semblent indiquer que ce problème dépasse le cadre d'un pays, d'un milieu de travail ou d'une catégorie professionnelle spécifique. Selon une enquête réalisée par l'Union européenne en 1996, 16% de la population active est exposée à la violence au travail en Europe. En France, L'Institut National de Recherche et de Sécurité affirme que les arrêts de travail pour cause d'agression avaient doublé en dix ans [5].

L'ampleur actuelle de ce phénomène est particulièrement préoccupante par les problèmes induits :

- demande de réparation des salariés victimes d'atteintes physiques ou psychologiques
- responsabilité civile et pénale des employeurs mise en cause pour des évènements imprévisibles survenus sur le lieu de travail .

Au Sénégal, nous ne disposons d'aucune donnée sur la violence en milieu de

travail ; ce qui a suscité notre intérêt pour cette question aux facettes multiples : médicales, sociales, médico-légales , économiques.

Aussi nous avons initié une enquête transversale sur la violence en milieu de travail au Sénégal en nous limitant au secteur de soins à Dakar.

Ce travail inaugural a pour but :

- d'étudier l'ampleur et les caractéristiques de la violence en milieu de soins à Dakar,
- d'identifier les principaux facteurs de risque de violence et les situations les plus à risques,
- proposer des types d'interventions capables d'apporter des réponses stratégiques au phénomène à court et long terme.

Le phénomène de la violence en milieu de soins a été abordé selon 3 axes:

- d'abord une revue de la littérature pour cerner le problème de la violence au travail dans ses différents aspects,
- ensuite l'enquête au sein des structures sanitaires de Dakar,
- enfin les commentaires des résultats orientés vers des stratégies préventives.

I- NOTIONS GENERALES SUR LA VIOLENCE

1. Définition de la violence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme: « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* ».

2. les types de violence

La typologie proposée ici divise la violence en trois grandes catégories correspondant aux caractéristiques de ceux qui commettent l'acte violent :

- la violence auto-infligée,
- la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui,
- la violence collective.

Cette catégorisation initiale établit une différence entre la violence qu'une personne s'inflige elle-même, la violence infligée par une autre personne ou par un petit groupe de personnes et la violence infligée par des groupes importants comme des états, des groupes politiques organisés, des milices.

Ces trois grandes catégories sont elles même subdivisées afin de tenir compte des types de violence plus précis.

i. La violence auto-infligée:

La violence auto infligée se subdivise en comportements suicidaires et sévices auto-infligés. Dans la première catégorie, entrent les pensées suicidaires, les tentatives de suicide également appelées « para suicides » ou « mutilations volontaires » et les suicides réussis. Par contraste, les sévices auto-infligés comprennent des actes tels que l'automutilation. En l'an 2000, quelques 815000 se sont suicidés dans le monde [13]. Cela représente un taux de mortalité mondial annuel d'environ 14.5 pour 100.000 habitants ou un décès toutes les 40 secondes environ. Le suicide est la treizième cause de décès dans le monde et la quatrième dans le groupe des 15 - 44 ans. Les décès imputables à des suicides ne sont qu'une partie d'un très grave problème ; en plus des personnes qui meurent, beaucoup de gens survivent à des tentatives de suicide et à des blessures auto infligées souvent assez graves pour nécessiter des soins médicaux ou laisser des séquelles invalidantes.

En outre chaque personne qui se tue laisse beaucoup d'autres personnes derrière elle (famille et amis) dont la vie est profondément affectée sur le plan émotionnel, social et économique. Le coût économique des suicides et des blessures auto infligées est estimé à plusieurs milliards de dollars américains par an.

ii. La violence interpersonnelle

Elle se subdivise en deux catégories :

a) la violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime

Autrement dit, la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement mais pas exclusivement dans le foyer et comprend des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées.

La violence exercée par le partenaire intime existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Il arrive que les femmes soient violentées dans leurs relations avec les hommes et les relations homosexuelles ne sont pas exemptes de violence . Mais dans l'immense majorité des cas, ce sont les femmes qui sont victimes de violence de la part de leur partenaire masculin. La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime.

Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi dans les années suivant l'agression. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves que les conséquences physiques et peuvent aussi durer très longtemps.

La mortalité associée à la violence sexuelle peut être due à un suicide, à l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou à un homicide, soit pendant l'agression en cas de viol avec homicide, soit plus tard dans les crimes d'honneur. La violence sexuelle peut aussi influer profondément sur le bien-être social des victimes. Ainsi certaines victimes sont stigmatisées et mises au banc de la société par leur famille et par d'autres personnes.

b-) La violence communautaire

c'est la violence exercée entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer et comprend la violence qui se produit en milieu institutionnel par exemple dans les écoles, ***en milieu de travail***, les prisons et les maisons de retraite et la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles commis par les étrangers.

iii. la violence collective

Elle se subdivise en violence économique, sociale, et politique commise par des groupes de personnes plus nombreuses ou par des états pour de multiples raisons.

- ***la violence politique:*** comprend la guerre et les conflits violents connexes, la violence étatique et des actes similaires perpétrés,

- **la violence économique** : comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques menées afin de perturber les activités économiques, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économique,
- **la violence sociale** comprend les crimes haineux commis par des groupes organisés, les actes terroristes et la violence commise par les foules.

La violence collective, sous ses formes multiples, reçoit beaucoup d'attention du public. Les conflits violents qui opposent groupes et nations, les terrorismes d'état et des groupes terroristes, l'utilisation du viol comme arme de guerre, les déplacements massifs des populations obligées de fuir , les guerres de gangs et le vandalisme de masse, tout cela se produit chaque jour dans bien des régions du monde. Les effets de ces différents types d'événements sur la santé sont immenses, que l'on parle de décès, de maladies physiques, de handicaps ou de souffrances morales.

3 -Nature des actes violents

Les actes violents peuvent être physiques, sexuels, psychologiques et comporter privation et négligence .

Ces quatre types d'actes violents se produisent dans chacune des grandes catégories et dans leurs sous-catégories décrites ci-dessus, exception faite de la violence auto-infligée.

Ainsi la violence infligée aux enfants dans le foyer peut être physique, sexuelle, ou psychologique et il peut aussi s'agir de négligence.

La violence communautaire peut comprendre des agressions physiques entre jeunes gens, des violences sexuelles en milieu de travail et la négligence dont souffrent les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée.

La violence politique peut comprendre des actes tels que des viols commis pendant des conflits et la guerre physique et psychologique. Ainsi, la définition de la violence se modifie au fur et à mesure que celle-ci prend des formes différentes.

4- Les causes de la violence : un modèle écologique

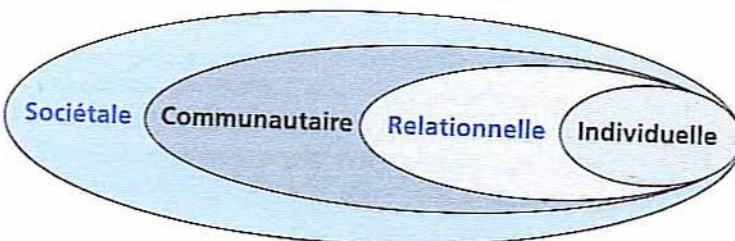


Figure 1 :

Modèle écologique servant à comprendre la violence

Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes sont violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres.

Remonter jusqu'aux ondes de choc à l'origine de cette violence exige de se pencher sur la résultante de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels, et environnementaux; sur l'interaction d'un ensemble de facteurs de risque et sur les situations les plus à risque. Il est important entre autres, dans l'approche de santé publique adoptée dans la prévention de la violence, de comprendre le lien entre ces facteurs et la violence.

a- au plan individuel:

Le premier niveau du modèle écologique vise à cerner les facteurs biologiques et les facteurs liés à l'histoire personnelle qui interviennent dans le comportement individuel. En plus de ces facteurs biologiques et démographiques, des facteurs tels que l'impulsivité, le faible niveau d'instruction, l'abus de substances psychotropes et des antécédents violents sont pris en considération.

Autrement dit, à ce niveau, le modèle écologique s'intéresse aux caractéristiques individuelles qui font augmenter le risque que la personne soit victime ou auteur de violence.

Les données disponibles permettent d'estimer de manière relativement fiable qu'il y a une forte probabilité de risque de violence au travail chez certaines catégories de la population ayant les caractéristiques suivantes:

- Avoir un passé de violence.

- Avoir une enfance difficile en raison de parents inadaptés, de rapports orageux avec la famille et d'une scolarité marquée par des échecs scolaires.
- Vivre des problèmes d'abus de substances psychotropes en particulier un problème d'alcoolisme.
- Souffrir d'une maladie mentale grave dont les symptômes n'ont pas été correctement diagnostiqués ni suivis par une thérapie appropriée.
- Vivre des situations propices à l'usage des armes à feu, à la violence contre soi-même ou contre autrui.

Dans le présent état des connaissances il demeure impossible de prédire avec suffisamment de validité, de fiabilité et d'exactitude qu'un individu donné de cette catégorie de population va devenir violent.

B- Au plan relationnel

Le deuxième niveau du modèle écologique vise à déterminer en quoi les relations sociales proches, par exemple, les relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille, font également augmenter le risque d'être victime ou auteur de violence. Les personnes étant liées par une relation continue, il est possible que dans ces cas, la victime soit exposée à des violences répétées.

Dans le cas de la violence interpersonnelle chez les jeunes, la recherche montre que les jeunes risquent plus de se livrer à des activités négatives lorsque ces comportements sont encouragés et approuvés par leurs amis. Les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille peuvent tous influer sur le comportement de la personne et sur ce qu'elle vit.

y- Au plan communautaire

Le troisième niveau écologique qui examine les contextes communautaires dans lesquels sont ancrées les relations sociales, comme l'école, *le lieu de travail* et le voisinage, vise à cerner les caractéristiques de ces cadres de vie associés au fait d'être victime ou auteur de violence.

Les communautés qui connaissent des problèmes tels que le trafic des stupéfiants, un taux de chômage élevé ou un isolement social général (par exemple, les gens ne connaissent pas leurs voisins ou ne participent pas à la vie communautaire locale), risquent plus généralement d'être confrontés à la violence.

La recherche montre que les risques de violence sont plus importants dans certains contextes communautaires que dans d'autres par exemple dans les quartiers pauvres ou délabrés, ou encore là où le soutien institutionnel est minime.

D- Au plan sociétal:

Le quatrième et le dernier niveau du modèle écologique examine les facteurs de société plus généraux qui influent sur les taux de violence. Il s'agit de facteurs qui créent un climat de violence, qui réduisent les inhibitions contre la violence et qui créent et perpétuent un fossé entre différents segments de la société ou des tensions entre différents groupes ou pays. En voici quelques exemples:

- des attitudes qui considèrent le suicide comme une affaire de choix individuel, au lieu d'y voir un acte de violence que l'on peut prévenir,
- les normes selon lesquelles les droits parentaux l'emportent sur le bien-être de l'enfant,
- les normes qui affirment la domination de l'homme sur les femmes et les enfants,
- les politiques qui valident le recours à la force excessive par la police contre les citoyens.

Parmi les facteurs de société plus généraux, citons également les politiques économiques et sociales et les politiques en matière d'éducation et de santé qui maintiennent des disparités économiques et sociales importantes entre les groupes de la société.

Le cadre de référence écologique met en lumière les multiples causes de la violence et l'interaction des facteurs de risque présents au sein de la famille et dans les contextes économiques, sociaux, culturels, et communautaires en général.

5-conséquences de la violence :

La violence affecte la santé physique, mentale et sociale des individus et gène l'économie des nations par les coûts financiers répartis en coûts directs associés aux traitements, aux consultations hospitalières et médicales et à d'autres services de santé et coûts indirects liés à une perte de productivité, à une invalidité, à une qualité de vie moindre.

Les conséquences sur la santé varient en fonction des victimes : enfants; femmes et personnes âgées.

a- maltraitance des enfants :

La mauvaise santé résultant des mauvais traitements à enfant représente une part importante du fardeau mondial de la maladie.

- conséquences physiques :

Traumatisme à l'abdomen ou au thorax, ecchymoses et zébrures, brûlures, lésions du système nerveux central, fractures, lacérations et abrasions, lésions oculaires,

- conséquences sexuelles et génésiques :

problèmes de santé génésique, dysfonctionnement sexuel, M.S.T y compris le VIH-SIDA,

- conséquences psychologiques et comportementales :

Alcoolisme et toxicomanie, déficience intellectuelle, délinquance, violence, et prises de risque, dépression et angoisse, retard de développement, troubles de l'alimentation et du sommeil, sentiments de honte et de culpabilité, mauvaises relations, mauvais résultats scolaires, piètre estime en soi, troubles de stress post traumatisques, comportements suicidaires et automutilation.

- autres conséquences pour la santé à plus long terme :

cancer, affections pulmonaires chroniques, fibromyalgie, cardiopathies ischémiques, maladies du foie , infertilité

b- conséquences de la violence contre le partenaire intime :

Concernent surtout la femme ; les conséquences de la violence, qui sont profondes, vont au delà de la santé et du bonheur individuel pour influer sur le bien-être des communautés entières.

Elles sont :

- Physiques : traumatismes abdominaux et thoraciques, ecchymoses et zébrures, syndrome de douleurs chroniques, syndrome du colon irritable, lésions oculaires, fonctions physiques diminuées,
- sexuelles et génésiques : troubles gynécologiques, infertilité, endométrites, grossesses compliquées, fausses couches, dysfonction sexuelle, MST-SIDA, grossesse non désirée,
- psychologiques et comportementales : alcoolisme et toxicomanie, dépression et angoisse, phobies et troubles paniques, mauvaise estime de soi, tabagisme, comportements suicidaires et automutilation, comportements sexuels à risque,
- mortelles : mortalité liée au SIDA, mortalité maternelle, homicide, suicide.

c- conséquences de la maltraitance des personnes âgées

- en milieu familial :

détresse psychologique, sentiment d'impuissance, d'aliénation, de culpabilité, de honte, « maladie de cœur », stress interpersonnel extrême qui peut accroître le risque de décès,

- en milieu institutionnel.

On a constaté que les personnes âgées sont maltraitées dans des établissements de soins prolongés tels les maisons de convalescence, des établissements de soins spéciaux, des hôpitaux et des centres de jour. Diverses personnes sont responsables de ces mauvais traitements : un salarié de l'établissement, un autre résident, un visiteur bénévole, des parents et amis. Le placement dans ces établissements ne met pas nécessairement fin à la relation violente ou négligente entre la personne âgée et son soignant. Il arrive en effet que la violence perdure dans un nouveau cadre. Le spectre de violence et de la négligence institutionnelle qui sont très larges peuvent être liés à ceci: prestation de soins, problème de personnel, difficultés dans les interactions entre personnel et résidents et l'environnement.

d- conséquences de la violence collective

Les conflits violents peuvent avoir un impact énorme sur la santé du point de vue de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité.

Exemples de l'impact direct des conflits sur la santé.

- mortalité accrue
 - décès dus à des causes externes principalement liées à des armes,
 - décès dus à des maladies infectieuses (rougeole, poliomyélite, tétanos, paludisme),

- décès dus à des maladies non transmissibles mais évitables avec des soins médicaux (asthme, diabète, intervention chirurgicale d'urgence),
- morbidité accrue par :

Blessures dues à des causes externes (armes, mutilation, mines antipersonnelles.),

maladies infectieuses:

- liées à l'eau (choléra, fièvre typhoïde, dysenteries),
- à transmission vectorielle (paludisme, onchocercose),
- autres (tuberculose, infections respiratoires aiguës, VIH, et autres MST),

nutrition: malnutrition chronique et aiguë et divers troubles liés à des carences,

santé mentale: angoisse dépression, état de stress post traumatique,

- incapacité accrue : physique, psychologique, sociale.

II- LA VIOLENCE AU TRAVAIL

1. définitions

La violence au travail encore appelée « violence organisationnelle » ou « violence occupationnelle » appartient au groupe des violences communautaires . C'est une notion qui a beaucoup évolué en donnant autant d'importance au comportement psychologique qu'au comportement physique; en plus, elle ne se limite pas seulement à un lieu précis comme le bureau ou l'hôpital mais concerne aussi les trajets et les lieux de travail mobiles. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissent la violence au travail comme: « *des incidents au cours desquels le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans des circonstances liées à son travail* » [12].

- La maltraitance désigne tous les comportements qui s'éloignent d'une conduite raisonnable et qui impliquent l'usage abusif de la force physique ou psychologique.
- L'agression désigne toute tentative pour blesser quelqu'un physiquement, ou toute attaque physique donnant lieu à des dommages corporels avérés
- Les menaces sont entre autres des menaces de mort, ou l'annonce de l'intention d'attenter à une personne ou à ses biens.

Cette définition rejoint celle adoptée en 1995 par un groupe d'experts de la commission européenne pour cerner la nature multidimensionnelle de la réalité du phénomène à savoir :

« tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou, d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé » [11].

Le terme « **comportement abusif** » réfère ici aux comportements s'écartant d'une conduite raisonnable et impliquant un recours excessif à la force physique ou à la pression psychologique.

Le terme « **attaque** » réfère pour sa part, à la tentative d'infliger des coups ou des blessures à quelqu'un surtout pour lui faire physiquement mal.

Les «**menaces** » comprennent les menaces de mort, l'annonce de l'intention de faire du mal à quelqu'un ou d'endommager ses biens matériels.

Dans la réalité comme ces comportements ont tendance à s'additionner, il devient difficile d'élaborer des catégories de violence. Pourtant trois expressions reviennent dans la terminologie de la plupart des publications relatives à la violence: il s'agit de l'intimidation ou des brimades (bullying), de la persécution collective (mobbing) et du harcèlement sexuel.

2. Typologie ou formes de violence au travail

IL est possible de catégoriser les formes de violence selon la nature des relations entre la victime et l'agresseur, selon les causes ou les sources de violence, le lieu où elle s'exerce ou encore selon ses effets. Toutefois, la manière la plus courante de classifier les formes de violence est de les distinguer selon la nature des comportements: la violence physique, violence psychologique ainsi que la violence sexuelle.

la violence physique : elle se définit par :

l'utilisation de la force physique contre une autre personne ou un autre groupe qui entraîne des souffrances physiques, sexuelles, ou psychologiques [12]. Elle provient surtout de la clientèle et demeure plus présente dans le secteur économique tertiaire des services ou dans les établissements de soins . Le meurtre ou l'homicide en est la manifestation la plus extrême et la plus médiatisée.

la violence psychologique :

c'est l'utilisation intentionnelle du pouvoir, comme la menace de l'usage de la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe de personnes qui peut perturber gravement le développement physique, mental, spirituel, moral ou social [12].

Elle est à l'inverse la forme la plus commune en contexte organisationnel. Ses manifestations sont l'intimidation ou les brimades (bullying) et la persécution collective (mobbing) .

- **L'intimidation ou les brimades (bullying):**

il s'agit sur les lieux de travail, d'un comportement offensant, toujours imprévisible, irrationnel et injuste par lequel une ou plusieurs personnes, souvent des gestionnaires, visent à rabaisser de façon persistante, un ou plusieurs salariés par des moyens malveillants et humiliants. Si les salariés ont un même niveau de pouvoir dans une relation et arrivent à résoudre leur conflit interpersonnel, alors ce n'est plus de l'intimidation; celle-ci implique une relation, où la victime a moins de pouvoir que l'agresseur, et l'existence d'un conflit interpersonnel non résolu.

Le déséquilibre entre victime et agresseur peut avoir une source formelle, une position hiérarchique explicitement reconnue à l'intérieur de l'organisme ou provenir de sources informelles de pouvoir comme les contacts personnels de l'agresseur, son expérience dans l'organisation, sa connaissance des points faibles de la victime.

Exemples:

- donner toujours ses ordres en hurlant,
- critiquer de façon destructive et fréquente la victime devant tout le monde,
- surcharger une personne de travail,

- abréger constamment les délais pour s'assurer qu'ils ne seront pas respectés,
- rétrograder un employé performant envers qui le superviseur a une aversion personnelle en lui ôtant injustement ses responsabilités et en lui imposant des tâches subalternes ou bien en dessous de son potentiel.

- **La persécution collective (mobbing)**

Par ce terme, il est question, en milieu organisationnel, de l'enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles manifestés par deux personnes ou plus (superviseurs, collègues et parfois subalternes) envers une tierce personne (la cible).

Ces propos et agissements semblent anodins s'ils sont pris isolément mais leur répétition constante a des effets néfastes. C'est le regroupement de la meute autour de la proie. L'intimidation devient souvent l'aboutissement d'une persécution collective.

La persécution collective suit habituellement les trois étapes suivantes:

Isoler => Affaiblir => Détruire par intimidation.

Exemples:

- empêcher la victime de s'exprimer et lui refuser toute communication directe ;

- s'arranger pour qu'elle prenne toujours ses pauses-santé et ses repas seule ou coupée de son équipe de travail (isoler),
- discréder et humilier la victime par des sarcasmes répétés et en complotant pour qu'elle fasse des erreurs (affaiblir),
- réprimander et rétrograder injustement la victime,
- la forcer à démissionner ou sinon la congédier pour des erreurs dont la source est négligée par le ou les superviseurs (détruire par intimidation) [11].

Mais les agressions psychologiques sous la forme d'insultes ou de menaces peuvent aussi porter atteinte à la santé des travailleurs sous forme d'angoisse et de stress, qui peuvent à leur tour conduire à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à l'augmentation de la consommation de tabac, voire à des relations sexuelles non protégées. Les travailleurs se tournent vers une ou plusieurs de ces pratiques pour oublier le stress provoqué par la violence, mais inversement le stress, l'alcoolisme, la toxicomanie, et les conséquences des relations sexuelles non protégées peuvent conduire à la violence. Les effets cumulés de telles pratiques sont désastreux sur la santé physique et mentale des travailleurs [12].

La violence sexuelle se définit comme:

Tout comportement sexuel non souhaité, non réciproque et inopportun qui est choquant pour la personne visée, et qui fait qu'elle se sent menacée, humiliée ou gênée [12].

Elle se rattache aux actes de harcèlements sexuels, aux attentats à la pudeur, aux tentatives de viol ainsi qu'aux viols. Les formes physiques ou encore psychologiques interviennent dans la violence sexuelle et ont tendance à s'accumuler. Par exemple il est clair que le harcèlement sexuel joue un rôle important à l'intérieur de plusieurs situations de brimades ou d'intimidation en milieu organisationnel [13].

Même si un seul incident suffit à définir un acte de harcèlement sexuel, il consiste plus souvent en une répétition d'actes physiques, verbaux, ou non verbaux, importuns à connotation sexuelle qui affectent la liberté ainsi que la dignité de la femme et de l'homme au travail et servent de critères à toute décision affectant leurs conditions d'emploi.

Exemples:

- Attouchements, remarques, regards,
- insinuations ou allusions hostiles ou blessantes faisant référence à la vie privée ou aux préférences sexuelles de la victime.

3 – Conséquences de la violence au travail :

Des nuances s'imposent lorsqu'il est question de démythifier le phénomène de la violence au travail au plan de sa taille et de ses effets multiples.

A l'échelle de la planète, les médias font largement écho à des tueries spectaculaires en milieu de travail, commises par des personnes déséquilibrées. Cependant, la violence n'est pas uniquement un problème discontinu et à forte résonance symbolique provoquée par des personnes en détresse psychique profonde.

Il importe de dépasser cette vision alimentée par les médias et d'examiner les statistiques réelles sur la violence au travail. Dans plusieurs états du monde, les actes de violence ne relèvent pas du champ d'application des lois relatives à la santé et à la sécurité au travail. Ces actes ne sont donc pas signalés de façon obligatoire comme accident de travail. S'il y a signalement, il ne survient qu'en cas de décès ou lors de situations de violence extrême telles que les agressions physiques à main armée. Les menaces de voies de fait, les bagarres entre salariés et le vandalisme ne sont pas toujours déclarés. En général il n'y a aucune procédure de déclaration des actes de violence chez les employeurs. Le visage caché de cette violence au travail indique donc que les données disponibles ne sont que la pointe de l'iceberg.

La violence au travail se répand par ondes de chocs successives.

Ses effets n'atteignent pas seulement la ou les victimes dans l'immédiat mais ils s'étendent aux personnes indirectement concernées ainsi qu'à l'organisation et à la collectivité entière.

3-1 conséquences individuelles de la violence au travail

Ces violences, souvent d'origine externe à l'entreprise, quand elles ne provoquent pas le décès de la victime, peuvent avoir des répercussions sur la santé physique ou psychique de la victime, ceci quelle que soit la gravité de l'atteinte physique.

Les traumatismes causés par une agression physique varient selon la nature de l'attaque et l'arme employée. La victime a souvent des coupures et des contusions sur les mains et les avant-bras. Comme le visage et la tête constituent des cibles fréquentes, les lésions et les fractures des os de la face sont courantes [22].

3-1-1 Les atteintes physiques:

selon l'échelle de gravité des lésions attribuables à une agression on a :

*Absence de lésions traumatiques observables.

*Hématomes, griffures ou des traces multiples.

*Plaie nécessitant une suture simple.

*Plaie grave nécessitant une intervention chirurgicale.

*Blessures ayant entraîné un risque vital pour la victime.

*Blessures ayant entraîné la mort de la victime

3-1-2 les atteintes psychologiques:

Elles peuvent être plus pénibles que les traumatismes physiques, surtout dans le cas d'un professionnel de santé attaqué par un patient. Les victimes peuvent perdre leur sang-froid et leur assurance, douter de leur compétence professionnelle et se sentir coupables d'avoir provoqué l'attaque ou de ne pas avoir su la prévenir. Elles peuvent ressentir longtemps une colère diffuse ou dirigée par suite de ce qu'elles perçoivent comme un rejet de leurs efforts professionnels pourtant bien intentionnés, et souffrir d'un manque persistant de confiance tant en elles-mêmes que dans leurs collègues et supérieurs, ce qui peut se répercuter sur leur rendement professionnel. Lorsque l'agression survient du fait ou à l'occasion du travail, les réactions psychologiques habituelles face à toute agression pourront prendre un tour particulier et spécifique.

▪ La culpabilité

Une agression peut, paradoxalement, aboutir au développement d'un sentiment de culpabilité chez la victime elle-même. Le salarié va s'interroger sur ses compétences professionnelles : est-il fait pour ce métier ? Est-il capable de réagir aux situations exceptionnelles auxquelles il est confronté ?

Est-il à sa place, digne de la confiance qu'on lui a manifestée ?

Une telle interrogation pourra être exacerbée par certains stéréotypes représentatifs du métier lui-même et de sa fonction sociale. Ainsi se dire victime, c'est reconnaître que l'on s'est fait "avoir" donc que l'on n'a pas été le plus fort, le plus solide.

- La perte de confiance en soi

Elle survient fréquemment à la suite d'une agression notamment lorsque la victime s'est trouvée à un moment ou à un autre dans l'incapacité de faire face.

Il est difficile d'admettre que l'on est dans l'incapacité de réagir : un tel vécu d'impuissance peut confronter le sujet à ses propres limites et se transformer négativement en une perte de confiance en soi [20].

Dans le cas du travail cette perte de confiance peut se situer vis-à-vis de la personne elle-même, mais surtout vis-à-vis de l'entreprise et des valeurs qu'éventuellement elle représente.

Ces symptômes peuvent s'accompagner d'insomnie, de cauchemars, d'un manque ou d'un excès d'appétit, d'une consommation accrue de tabac, d'alcool ou de drogue, de retrait social et d'absentéisme. La gravité des répercussions psychologiques dépend des circonstances de l'agression, de l'état du personnel et de l'environnement de la victime au moment de l'agression.

Le stress post-traumatique est défini comme étant une réaction anxiouse survenant à la suite d'un évènement hors du commun et capable d'induire de la détresse émotionnelle chez la plupart des gens [18].

Les réactions de stress post traumatiques peuvent être immédiates:

Incapacité de la victime à parler, voire se mouvoir (sidération physique) ou bien état d'agitation (cris, pleurs, gémissements, besoin de fuir) cet état de stress dit aigu peut se prolonger dans les cas où il y a répétition d'événements traumatisants (injures, humiliations) si le choc psychologique est important, l'état de stress peut aussi persister plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'agression. On parle alors de ***stress post traumatique chronique*** anciennement dénommé névrose traumatische. Cela se traduit par une série de manifestations :

- *psychologiques* : reviviscence du traumatisme, anxiété, dépression chronique, surconsommation de produits tranquillisants, tentatives de suicide,
- *physiques* : troubles du sommeil, troubles digestifs ou neurologiques,
- comportementales* : surinvestissement professionnel, attitudes compulsives, difficultés de concentration, désintérêt, démotivation, évitement.

Le stress post traumatique peut aussi être différé ou à début retardé, lorsque la pathologie s'installe quelques mois ou quelques années plus tard.

La durée du retour à la normale dépend notamment de la qualité de la prise en charge dont bénéficie la victime [10].

En résumé, la violence au travail entraîne une perte de la confiance en soi, une baisse de la motivation, un état dépressif, de la colère, de l'anxiété, et de l'irritabilité. Sans intervention adaptée, ces symptômes peuvent conduire à des maladies, à des troubles psychologiques, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. A la limite, les effets de la violence peuvent provoquer des accidents de travail, des invalidités et même des suicides. Le soutien psychologique permet d'éviter l'apparition des complications ou la persistance des manifestations consécutives à l'agression.

3-2 conséquences au niveau de l'organisation :

La violence dérègle immédiatement et souvent pour longtemps, l'organisation du travail et globalement l'environnement de travail. Les employeurs supportent directement le coût des heures de travail perdues et de l'amélioration des mesures de sécurité. Ils rencontrent des difficultés à embaucher et à retenir leurs salariés [12]. La violence provoque également:

- un tort considérable aux relations interpersonnelles, au climat de travail, à la gestion des opérations.
- une diminution de la qualité des biens et des services, en plus de porter une atteinte sérieuse à l'image de l'organisation.

- un coût financier :

les coûts financiers associés aux soins à apporter aux victimes à court et à long terme représentent une part importante du fardeau général créé par la violence en milieu de travail. Sont compris dans le calcul, les coûts directs associés aux traitements, aux consultations hospitalières et médicales et à d'autres services de santé. Tout un éventail de coûts indirects sont liés à une perte de productivité, à une invalidité, à une qualité de vie moindre .

4- Les causes de la violence en milieu de travail

a- facteurs individuels

L'agresseur appartient généralement aux catégories suivantes:

- Un membre du personnel
- Un client
- Un tiers ou un visiteur étranger à l'organisation.

Les attributs de **la victime** de la violence au travail sont en général les suivants:

- Le stress d'une surcharge de travail
- sinon l'effet de certaines formes atténuées de maladie mentale entraînant des malentendus ou des erreurs d'interprétation de la part de la personne agressée .

- L'effet parfois très mal perçu par l'agresseur du port d'un uniforme pour la victime
- Le manque d'expérience de la victime dans la résolution de problèmes difficiles au travail
- Le fait que les femmes soient plus exposées que les hommes à la violence mais réagissent moins par agressivité.

b- Les situations les plus à risque

Ainsi toute prévision des actes de violence repose sur l'étude attentive d'une combinaison de facteurs et requiert une analyse spécifique pour chaque situation de violence organisationnelle. Voilà donc pourquoi il est possible mais très ardu de prévoir l'éventualité d'actes particuliers de violence au travail. Par contre à la lumière des plus récentes analyses, certaines situations pénibles véhiculent un risque sérieux de violence occupationnelle. Elles se regroupent selon les circonstances suivantes :

- Travailler seul (chauffeur de taxi de nuit, les journalistes d'enquête et les correspondants à l'étranger, les employés des station-service)
- Communiquer avec le public (les membres de la police, le personnel de santé, de la restauration et de l'hôtellerie ainsi que les employés des transports en commun : autobus, train, métro, avion).

- Manipuler des objets de valeur et de l'argent les agences privées de sécurité et la vente de détail.
- Secourir les gens en détresse et aider leurs proches (soins à domicile, services sociaux, centre de désintoxication, services d'urgence, hôpitaux psychiatriques, centres pour personnes âgées).
- Œuvrer dans l'éducation (école des quartiers pauvres des grandes villes, école en région rurale et éloignée).
- Occupier un emploi dans des conditions de vulnérabilité particulière (enfants esclaves en usine ou dans la rue, le personnel non qualifié en zone rurale éloignée ainsi que les immigrés) .

c- Les facteurs organisationnels

La confrontation de l'agresseur et de la victime se déroule dans une organisation bien définie dont certaines particularités favorisent l'émergence de la violence:

- Les locaux surpeuplés, mal ventilés, sales, et bruyants.
- L'imprécision des rôles et responsabilités de chacun.

- La mauvaise répartition de la charge de travail.
- L'excès de procédures bureaucratiques ainsi que le manque d'autonomie de décision entre les membres du personnel ou avec les clients.
- La culture organisationnelle centralisée, dépersonnalisée, liée aux grandes entreprises ou les risques liés à la gestion sont plus élevés que dans les petites.
- Un style de gestion très autoritaire ou très peu participatif incluant un trop grand écart entre conception et exécution des tâches.
- Un environnement de travail isolant les salariés, encourageant les soupçons mutuels ainsi que l'ignorance volontaire des diverses formes de discrimination au travail.

III- SITUATION SANITAIRE DU SENEGAL

1. Bases légales.

Au Sénégal, la constitution garantit le droit à la santé des individus. L'état et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille. Ainsi ce droit à la santé est:

- un droit individuel :car l'état et les collectivités ne doivent pas porter atteinte à la vie, à la dignité et à l'intégrité physique, morale et mentale des personnes.
- Un droit collectif qui impose à la société et à l'état l'obligation d'agir dans l'intérêt de chacun et de tous au nom du principe d'égalité.

Le Président de la République est élu au suffrage universel sur la base d'un programme exécuté par le gouvernement notamment le Ministère de la Santé Publique. En réalité la déclaration de politique de santé approuvée par le président de république, constitue la pierre angulaire de ces multiples mesures s'inscrivant par ailleurs dans le cadre des principes généraux de soins de santé primaires:

1- La santé est un élément fondamental dans les stratégies et plans de développement.

2- L'état a le devoir de résoudre les problèmes de santé par une approche quadridimensionnelle : préventive, curative, éducative et sociale.

3- Le caractère indivisible de la médecine depuis l'échelon de base jusqu'au sommet.

4- Le respect des conventions sanitaires internationales.

D'autres textes régissent le système de santé : le code de la santé publique datant de la période coloniale n'a pas été réactualisé ; le code de l'hygiène, la loi 66-069 du 04 Juillet 1966 portant exercice de la médecine, le code de l'environnement.

La réforme hospitalière en cours a fait des hôpitaux sénégalais des établissements publics de santé; à ce titre ils sont régis par :

- Le code du travail (loi 97/17 du 1/12/97)

en son titre XI portant Hygiène et sécurité et les décrets d'application :

-89-1329 du 7/11/89 modifié par le 90-888 du 9/08/90 portant organisation des services médicaux du travail

-94-244 du 7/03/94 portant organisation des comités d'hygiène et de sécurité qui tiennent l'employeur responsable de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Il doit organiser un service de médecine du travail, un service de sécurité et un service social, un comité d'hygiène et de sécurité ; assurer la surveillance médicale des travailleurs, la surveillance du milieu de travail et l'évaluation des risques et proposer un programme annuel de prévention [8]. L'employeur a une obligation générale d'assurer la santé des travailleurs aussi bien la santé physique que mentale.

- Le code de la Sécurité Sociale ou loi 73-37 du 31/7/73

Qui impose la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Même si la violence au travail n'est pas expressément citée par la législation, elle relève de cette législation à partir du moment où elle survient au cours du travail ou au lieu de travail. Les effets retardés des violences psychologiques posent le problème de leur imputabilité [7- 8].

Actuellement la réforme hospitalière fait des hôpitaux des établissements publics de santé ; à ce titre, ils sont soumis aux dispositions du code de la sécurité sociale (loi 73-37 du 31 Juillet 1973). En droit de la sécurité sociale la réparation est forfaitaire. Les travailleurs embauchés par l'hôpital et les agents non fonctionnaires de l'Etat relèvent du champ d'application de la législation des accidents du travail et à ce titre peuvent être pris en charge par la caisse de sécurité sociale à partir du moment où l'imputabilité est établie.

Les dispositions légales pouvant justifier la prise en charge des syndromes post commotionnels pourraient être appliquées aux traumatismes psychologiques et au stress post-traumatique subis par les salariés victimes d'agression au temps et au lieu de travail et par extension, dans les établissements de soins publics.

Par contre les personnels relevant du Statut Général des Fonctionnaires ne sont pas pris en charge par la caisse ; ils sont pris en charge par le Ministère des Finances au titre des consultations et des hospitalisations à hauteur de 80% mais doivent payer les médicaments sauf en cas d'adhésion à une mutuelle de santé ; par contre il n'est pas prévu de cas d'indemnisation de stress post traumatisant.

Au cas où le salarié fonctionnaire développerait une maladie mentale, il pourrait être pris en charge par l'Etat dans la rubrique des affections de longue durée.

2- Politique Sanitaire du Sénégal

Le Sénégal est un pays soudanosahélien situé à la pointe extrême de L'Afrique Occidentale. C'est un pays en voie de développement qui connaît de graves problèmes de santé liés à trois facteurs :

- Le sous développement : à l'origine de la disproportion évidente entre les besoins et les moyens
- Le contexte psychosocial qui détermine une coopération insuffisante de la population lié à l'ignorance, l'analphabétisme et à l'existence d'une information erronée substitutive : les tabous
- Le climat soudanosahélien est favorable à la pullulation des vecteurs de grandes endémies.

La politique sanitaire du Sénégal est bâtie sur les principes généraux des soins de santé primaires qui reposent essentiellement sur les huit (8) composantes ci-dessous énumérées :

- l'éducation concernant les problèmes de santé ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- l'approvisionnement en eau saine et mesures d'assainissement de base,

- la santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la survie de l'enfant,
- la vaccination contre les maladies infectieuses,
- la prévention et le contrôle des endémies locales,
- le traitement des maladies et des lésions courantes,
- la fourniture de médicaments essentiels.

D'importants programmes de santé issus des composantes essentielles des soins de santé primaires sont actuellement en exécution dans le cadre de l'application de la politique nationale de santé. Ils intègrent des activités essentiellement curatives, préventives, promotionnelles et gestionnaires et concernent notamment la vaccination, la planification familiale, les maladies diarrhéiques, nutrition, les IST/VIH/ SIDA, la tuberculose, la lèpre, le paludisme, la bilharziose, la cécité, le ver de Guinée, l'onchocercose, la mortalité maternelle [14 -16].

3 - Organisation du système de santé au Sénégal.

A – Le Secteur Public de Santé

Le découpage administratif du pays en onze régions constitue le socle de la pyramide sanitaire;

le système et les activités dévolues aux différents niveaux de compétence qui sont bien établis de la base au sommet sont résumés sous forme de pyramide sanitaire qui précise également l'articulation des services essentiels du Ministère de la Santé avec le respect de la référence. Le secteur public de santé fonctionne comme une pyramide à cinq niveaux :

- A la base, *les postes de santé* sont implantés dans les chefs-lieux de communautés rurales ou d'arrondissements et dans les villes. Chaque village a accès à un poste situé à moins de 15 Km qui supervise un certain nombre de structures communautaires villageoises : *les cases de santé et les maternités rurales*.
- Au département : *les centres de santé* ou hôpitaux miniatures sont les structures de référence des postes de santé au plan préventif, curatif, et administratif; des centres de santé sont implantés dans les arrondissements de certains départements très étendus.
- **Le district** constitue désormais la zone opérationnelle couvrant une population de 250.000 habitants environ, et polarisant plusieurs postes de santé articulés autour d'une structure de référence : le centre de santé.
- La région médicale est, à l'échelle régionale, la structure de coordination, dirigée par un médecin chef qui s'appuie sur une équipe cadre intégrant les chefs de service régionaux.

Elle se compose d'un bureau de la supervision, d'un bureau de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique, d'un bureau de l'éducation pour la santé, d'un bureau de gestion, d'une brigade régionale d'hygiène, d'un bureau régional de comptabilité.

Chaque région compte un hôpital régional, une pharmacie régionale d'approvisionnement. Les hôpitaux constituent la référence des structures précitées et dispensent des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois des spécialités chirurgicales ou médicales.

- Au sommet de la pyramide sanitaire est placé le centre hospitalier universitaire, centre de soins, de recherche et de formation. Il constitue le plateau technique d'excellence de la pyramide [14 -15].

Le secteur public comporte actuellement :

- onze régions médicales,
- cinquante deux districts sanitaires,
- cinquante sept centres de santé,
- huit cent soixante sept postes de santé,
- mille trois cent quatre vingt quatre cases de santé.

Hôpitaux	1 pour 500.000 habitants	1 pour 150.000 ha
Centres de santé	1 pour 150. 000 habitants	1 pour 50.000 ha
Médecins	1 pour 13.200 habitants	
	1 pour 4.000 à Dakar	
Sage-femmes	1 pour 6125 femmes en âge de reproduction	

B- Secteur Privé de la Santé

- Privé non lucratif : formations sanitaires confessionnelles, infirmeries d'entreprise, hôpital (Saint-Jean de Dieu), dispensaire ophtalmologique du centre Amadou Malick Gaye.
- Privé lucratif : cliniques, cabinets médicaux et dentaires, infirmeries privées, officines de pharmacie, laboratoires d'analyses médicales, dépôt de médicaments privés.
- Médecine et pharmacopée traditionnelles : des centres de Médecine Traditionnelle ont été ouverts, mais ils fonctionnent hors de la tutelle et du contrôle du Ministère de la santé.

C - Le niveau central: Ministère de la santé publique

Le Ministère de la santé publique est chargé d'exécuter la politique sanitaire définie par le président de la république.

Le niveau central, outre le cabinet du Ministre et les services rattachés comprend les directions techniques : Direction de la Santé, Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement, Direction de la Pharmacie et des Laboratoires, Direction des Etablissements de Santé, Direction des Ressources Humaines (ex. Direction des Etudes, de la Recherche et de la formation). Les services rattachés sont :

- la cellule d'appui et de suivi du programme national de développement sanitaire (CAS/PNDS),
- l'inspection de la santé,
- le service national de l'éducation pour la santé, le laboratoire national de contrôle des médicaments [16].

4. Problématique du système de santé.

4-1 Fonctionnement du système de santé.

Un fait élémentaire, mais essentiel à savoir, est que les services hospitaliers et les services de soins de santé primaires représentent deux aspects indépendants et tout aussi nécessaires l'un que l'autre à l'intérieur d'un système véritablement global de soins de santé.

Aucun d'eux ne peut fonctionner correctement sans l'autre, de sorte qu'y voir deux entités distinctes et en opposition au lieu d'une seule et même réalité constitue une erreur. Et cette collaboration doit faire appel à tous les hôpitaux, au niveau local, régional ou national, qu'il s'occupe de soins primaires, secondaires ou tertiaires et qu'il s'agisse d'établissement géré par l'état, d'organisations caritatives ou d'organismes à but lucratif. Chacun doit jouer le rôle qui lui incombe au sein d'un système intégré et global, pour la bonne raison qu'à défaut de cette participation, l'ensemble du service serait déséquilibré et n'aurait pas une efficacité maximale au profit de la population. Un comité d'experts (OMS) s'est penché sur la question assez longuement et il est arrivé à la conclusion que les hôpitaux de ce type doivent plus particulièrement apporter un appui aux soins de santé primaires dans quatre domaines principaux : *soins directs aux malades, coordination des programmes de santé, enseignement et formation, soutien administratif et gestionnaire.*

4-2 Système de Santé et violence

L'hôpital qui occupait au sein des institutions une place particulière n'est plus actuellement épargné par les rapports sociaux conflictuels, ni protégé d'un ensemble de formes de violence, notamment à l'égard des soignants.

Reconnue comme une institution en difficulté, l'hôpital est maintenant traversé par des modalités relationnelles dont la conflictualité n'est pas nouvelle; est-il légitime que les analyses sociologiques les rapportent plutôt au champ des violences interpersonnelles ?

****Institutions et conflictualité liées aux contraintes économiques**

Il pourrait y avoir un certain paradoxe à considérer que l'hôpital puisse être épargné par la violence. Comme toute institution, il est nécessairement traversé par un réseau de conflictualités dont l'analyse implique l'examen de plusieurs composantes aussi bien à l'échelon interpersonnel qu'à l'échelon groupal.

Historiquement, lieu d'assistance et de protection, l'hôpital est devenu au cours du XX^{ème} siècle un lieu de soins régulièrement traversé par des conflits sociaux, catégoriels mais aussi soumis à des contraintes budgétaires croissantes. Il s'ensuit des remaniements d'ordre sanitaires et une remise en question de la formation, motivation des personnels.

Jusqu'à présent immuable dans ses activités, l'hôpital est aujourd'hui agité de tensions sociales et professionnelles liées aux remaniements structuraux exigés par les autorités de tutelle. L'objectif est de proposer une manière d'adaptation de la réponse institutionnelle face à l'expérience d'une demande de soins en constante évolution et d'un encadrement réglementaire accru et des questions de financement sans cesse formulées.

**** Violences interpersonnelles et milieu hospitalier**

L'expérience en psychiatrie montre que les situations de violence au sein de l'hôpital surtout en secteur public, sont susceptibles de survenir plus souvent entre soignants et usagers (patients et accompagnants), plus rarement entre les soignants eux-mêmes à l'intérieur des unités de soins .

****violence des usagers envers le personnel.**

Parmi les contextes génératrices de violence, la presse fait souvent référence aux agressions contre le personnel soignant et à la destruction de produits et de matériaux. Il s'agit souvent d'unités d'urgence où le phénomène n'est pas perçu de la même façon par les patients et par les soignants. Les agressions verbales et physiques envers les soignants se produisent dans des situations particulières (réveil, états d'agitation neurologiques ou psychiatriques) [19].

**** violences entre soignants**

Comme dans tout groupe, on observe des conflits qui parfois passent par la désorganisation insidieuse d'autrui mais qui culminent dans les phénomènes de bouc émissaire . Toutefois, la violence reste le plus souvent verbale. Il s'agit surtout de conflits en relation avec des insatisfactions professionnelles et ce quels que soient le statut et la qualification professionnelle de la personne concernée.

Les relations entre médecins ne sont pas épargnées; en effet, celles-ci peuvent aussi se trouver empreintes d'une certaine forme de violence, notamment au sein des services. Ceci est flagrant quand il existe des enjeux de promotion professionnelle; les tensions aboutissent parfois à un véritable harcèlement [19].

I - MATERIELS ET METHODES

I-1) MATERIEL

A – Cadre d'étude

La région de Dakar a été retenue comme cadre géographique notamment les 5 hôpitaux suivants :

- l'hôpital Aristide Le Dantec (HALD),
- l'hôpital Principal (HPD),
- l'hôpital de FANN (H. FANN),
- l'hôpital psychiatrique de Thiaroye (HPT),
- l'hôpital d'enfants Albert Royer,

et les 3 centres de santé que sont :

- le centre de santé Nabil Choucair (NC),
- le centre de santé Roi Baudoin (RB),
- le centre de santé des Parcelles Assainies (CSPA).

B- Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur la violence en milieu de soins réalisée de Décembre 2003 à Mars 2004 à Dakar à l'aide d'un auto-questionnaire dont les objectifs étaient de :

- préciser la fréquence et les caractéristiques de la violence en milieu de soins à Dakar,
- identifier les principaux facteurs de risque de violence et les situations les plus à risques,
- proposer des types d'interventions capables d'apporter des réponses stratégiques au phénomène à court et long terme.

C – Population étudiée

La population de l'étude correspond au personnel permanent des structures ciblées : ce sont essentiellement les médecins, infirmiers, techniciens supérieurs de santé, sages femmes, aides infirmiers, filles de salle, assistants sociaux, personnels administratifs, brancardiers, vigiles.

1. Critères d'inclusion

- appartenir au personnel embauché des structures visitées,
- être volontaire, sans discrimination de profession,
- pouvoir lire et écrire le français.

2 -Critères d'exclusion :

Ont été exclus les étudiants en médecine et les médecins en cours de spécialisation certificat d'études spéciales (C.E.S), les stagiaires, du fait du caractère temporaire de leur séjour dans les différents services et les analphabètes incapables de remplir le questionnaire.

3- Instrument d'enquête

Il est constitué d'un questionnaire comportant cinq (5)volets :

- o Données socio- familiales,
- o Données socioprofessionnelles,
- o Type d'agression et motifs,
- o conséquences de l'agression,
- o Mesures de protection de l'organisme.

Il s'agit d'un questionnaire auto administré déposé auprès des majors dans les différents services de santé choisis. 310 questionnaires ont été distribués.

I-2 METHODE D'ETUDE:

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI-INFO VERSION 6. Nos résultats sont présentés sous forme de tableaux de distribution de fréquence.

Les tests statistiques utilisés sont le test du chi- deux (χ^2) pour les variables qualitatives et l'analyse de variance pour les variables quantitatives.

II - RESULTATS

A- Analyse uni variée

B- Analyse multi variée

A) ANALYSE UNIVARIEE

200 questionnaires anonymes ont été colligés sur 310, soit un taux de réponses de 64,5% .

1) Caractéristiques socio- démographiques de la population étudiée.

1-1 Répartition selon l'âge

L'âge du personnel varie entre 22 et 57 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 30 et 39 ans soit 34 % de l'effectif. La moyenne d'âge est de $39 \pm 8,7$ ans.

Tableau I: Répartition selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	effectifs	Pourcentage
20 – 29	35	17,5
30 – 39	68	34
40 - 49	66	33
> 50	31	15,5
Total	200	100

1-2 Répartition selon le sexe

126 femmes soit 63 % de l'effectif ont répondu . Le sexe ratio est de 1,7 en faveur des femmes.

1-3 Répartition selon la situation matrimoniale

La plupart des personnes interrogées (79 %) sont mariées.

Tableau II : Répartition selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	fréquence	Pourcentage
Célibataire	33	16,5
Marié(e)	158	79
Divorcé (e)	6	3
Veuf (ve)	3	1,5
Total	200	100

1-4) Répartition en fonction du nombre d'enfants

Tableau III : Répartition selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	fréquence	Pourcentage (%)
0	52	26
1 - 3	81	40,5
4 - 6	57	28,5
>7	10	5
Total	200	100

On note une moyenne de deux enfants par personne avec des extrêmes de 0 à 14.

1-5) Répartition en fonction du lieu de résidence

Presque tout le personnel habite en milieu urbain soit 93,5 % des cas ; 5% sont en zone semi-urbaine et 1,5% en zone rurale.

2) Caractéristiques socio professionnelles de la population étudiée.

2-1) Tableau IV: Répartition selon la Profession

Profession	fréquence	Pourcentage (%)
Paramédicale	82	41
• infirmiers	42	
• sages femmes	15	
• aide-infirmier	11	
• assistants sociaux	6	
• techniciens supérieurs	5	
• prothésiste dentaire	2	
• Kinésithérapeute	1	
Médicale	40	20
• médecins	35	
• pharmaciens	5	
Agents administratifs	33	16,5
• secrétaires	21	
• gestionnaires	10	
• surveillants	2	
Agents subalternes	45	22,5
• filles / garçons de salle	22	
• agents de sécurité	15	
• brancardiers	8	
Total	200	100

Toutes les catégories professionnelles sont représentées avec une prédominance du personnel paramédical (41 %).

2-2) Répartition selon le lieu de travail

Tableau V: Répartition selon le lieu de travail

Lieu de Travail	fréquence	Pourcentage (%)
H A Le Dantec	64	32
H Principal	11	5, 5
H Fann	23	11,5
H E A Royer	27	13,5
H P Thiaroye	14	7
CS Nabil Choucair	7	3,5
CS Parcelles Assainies	37	18,5
CS Roi Baudoin	17	8,5
TOTAL	200	100

Dans les huit structures sanitaires visitées, 32 % des réponses ont été colligées à l'hôpital Aristide le Dantec.

2-3) Tableau VI: Répartition selon la distance lieu de travail - résidence

Distance lieu de travail-résidence (Km)	fréquence	Pourcentage (%)
D < 5	64	32
5 < D < 15	85	42,5
> 15	51	25,5
Total	200	100

68 % du personnel réside en banlieue à une distance de 5 à plus de 15 km du lieu de travail.

2-4) Répartition en fonction de l'ancienneté

Tableau VII: Répartition en fonction de l'ancienneté

Ancienneté (ans)	fréquence	Pourcentage (%)
< 2	49	24,5
2 < A < 10	71	35,5
> 10	80	40
Total	200	100

40 % de l'effectif a une ancienneté supérieure à 10 ans.

2-5) Tableau VIII: Répartition en fonction du salaire

Salaire (Francs CFA)	effectifs	Pourcentage (%)
S < 40000	12	6,6
40000 < S < 100 000	107	58,5
100000 < S < 150 000	43	23,5
150000 < S < 200 000	18	9,8
S > 250 000	3	1,6
Total	183	100

58,5 % de la population étudiée ont un salaire compris entre 40.

et 100000 f CFA - **N B** : 7 n'ont pas précisé leur salaire.

2-6) Tableau IX: Répartition en fonction de l'organisation du travail

	Oui (%)	Non (%)	Non Précisé	Total (%)
Contact avec le public	93,5	2,5	4	100
Pause pendant travail	34	62,5	3,5	100
Durée du travail ≤ 8 H	30	66,5	3,5	100
9 H ≤ Durée du travail <11 H	41	55,5	3,5	100
Durée du travail ≥11H	25,5	71	3,5	100
Existence secrétariat/service d'accueil	47	53	0	100

66,5 % du personnel travaillent plus de 8 heures/jour ; 62,5 % du personnel ne prennent pas de pause de travail; 53 % du personnel affirment ne pas disposer de service d'accueil ou de secrétariat.

3- Répartition selon le vécu du travail

3-1) Tableau X: Répartition en fonction de la pénibilité du travail

	pénible	moyen	léger	NP	Total (%)
fréquence	107	86	2	5	200
pourcentage	53,5	43	1	2,5	100

Plus de la moitié du personnel jugent leurs conditions de travail pénibles soit près de 54 %.

3-2) Tableau XI: Répartition selon les relations de travail

	Bonnes	Moyennes	Mauvaises	Difficiles	Total (%)
Collègues	97	-	3	-	100
Hiérarchie	74,6	2,1	23,3	-	100
Clientèle	56,8	-		43,2	100
Total	76	1,7	14,3	8	100

Les relations de travail sont difficiles avec la clientèle représentée par les malades et accompagnants dans 43,2% des cas alors que les relations de travail sont bonnes entre collègues 97% et mauvaises avec la hiérarchie dans 23,3% des cas.

4) Données relatives à la violence

4-1) Répartition selon la fréquence de la violence

La plupart des personnes interrogées (143 soit 71,5 %) ont été victimes ou témoins de violence en milieu de travail.

4-2) Tableau XII: Répartition selon les types de violence

	verbale	Physique	Morale	Sexuelle	Vol/ Hold Up	Vandalisme	Total
Fréquence	154	40	68	19	63	29	373
%	41,3	10,7	18,3	5	17	7,7	100

La violence verbale représente 41,3 % de l'ensemble des violences colligées

5) Données relatives à la provenance de l'agresseur

Tableau XIII: Répartition en fonction de l'origine de l'agresseur

	Hiérarchie supérieure	Hiérarchie inférieure	Personne étrangère	Total
Fréquence	30	36	110	176
%	17	20	63	100

63 % des agresseurs sont des personnes étrangères à l'hôpital.

6) Tableau XIV: Données relatives aux motifs de l'incident

Motifs de l'incident	Fréquence	Pourcentage
Reproche relatif à un traitement	23	13,6
Temps d'attente jugé excessif	63	37,3
Refus de prescription	14	8,3
Refus de donner un médicament	4	2,3
Autres	65	38,5
Total	169	100

Entre autres motifs évoqués par le personnel, le temps d'attente jugé excessif est le plus fréquent (37,3 %). Les autres motifs d'incidents se répartissent en :

- *organisationnels* : perte de dossier médical, surcharge de travail avec tension psychologique, long délai de programmation, manque de monnaie.
- *Disciplinaires* : insubordination, irrégularité dans le travail, refus de faire la queue, de payer les jours d'hospitalisation ou le ticket de consultation, non respect des heures de visite, racket.

- *Médicaux* : accident transfusionnel, malades agités ou susceptibles, décès d'un malade, refus d'autopsie.

7) Données relatives à l'impact de la violence

Cette violence a occasionné une Incapacité Temporaire Totale (I TT) chez

13 personnes soit 6,5 % du personnel occasionnant 95 jours d'arrêt de travail soit une moyenne de huit jours par personne et par année.

8) Tableau XV: Données relatives à la réponse de l'organisme

Réponse	fréquence	Pourcentage
Immédiate	30	21
Retardée	7	5
Inexistante	45	32
Non précisée	61	42
Total	143	100

32% des cas de violence perpétrés dans les structures sanitaires n'ont pas reçu de réponse de la part de l'organisme de tutelle.

8-1) Tableau XVI: Répartition en fonction de la nature de la réponse

Nature de la réponse	Fréquence	Pourcentage
Traitemenr reçu	6	11,5
Prise en charge	14	27
Evaluation de la sécurité	18	34,5
Evaluation des risques	14	27
Total	52	100

L'organisme a eu à intervenir dans 52 cas de violence soit 36,3 % des cas

8-2) Tableau XVII: mesures de protection préconisées par les sondés

Mesures de protection	fréquence	Pourcentage
Aménagement des locaux	75	22,7
Information du public	73	22,1
Formation des travailleurs	78	23,6
Amélioration des conditions de travail	91	27,6
Autres	13	4
total	330	100

27,6 % du personnel ont préconisé comme solution l'amélioration des conditions de travail.

B- ANALYSE BIVARIEE

1) Tableau XVIII: Répartition des types de violence en fonction de l'âge

	20 - 29 ans	30 - 39	40 - 49	>50 ans	Total %
Verbale	14,1	37,15	32,55	16,20	100
Physique	17,35	34	31,30	17,35	100
Morale	13,75	47,6	27,05	11,60	100
Sexuelle	20	54	16	10	100
Vol ou hold-up	14,3	36,5	28,6	23	100
Vandalisme	17,3	41,4	31	10,3	100

La tranche d'âge la plus exposée à la violence se situe entre 30 -39 ans

2) Tableau XIX: Répartition de la violence en fonction du sexe

	Hommes	Femmes	Total %
Verbale	44,55	55,45	100
Physique	50	50	100
Morale	38,2	61,8	100
Sexuelle	38,65	61,35	100
Vol ou hold-up	36,5	63,5	100
Vandalisme	44,8	55,2	100

3) Tableau XX: Répartition de la violence en fonction de la profession

	administration	Subalterne	médicale	Paramédicale	Total	%
Verbale	14,6	16,8	27,95	40,65		100
Physique	5,35	35,35	12,65	46,65		100
Morale	12,05	28,7	19,3	39,95		100
Sexuelle	10,8	36,9	10,8	41,5		100
Vol ou hold-up	15,9	27	17,4	37,9		100
Vandalisme	10,3	27,6	24,1	38		100

Le personnel paramédical est plus exposé aux différents types de violence.

4) Tableau XXI: Répartition de la violence en fonction de la situation matrimoniale

	célibataire	Marié(e)	Divorcé(e)	Veuf (ve)	Total (%)
Verbale	15,5	81,3	2,4	0,8	100
Physique	12,65	87,35	-	-	100
Morale	8,6	87,15	4,25	-	100
Sexuelle	15,35	84,65	-	-	100
Vol ou hold-up	9,5	84,1	6,4	-	100
Vandalisme	20,7	75,9	3,4	-	100

La fréquence de la violence est plus élevée chez les mariés ; les veufs sont pratiquement exempts de violence

5) Tableau XXII: Répartition de la violence en fonction de l'ancienneté

	< 2 ans	2- 10 ans	> 10 ans	Total (%)
Verbale	19,4	39,10	41,5	100
Physique	20	36,65	43,35	100
Morale	20,15	45,5	34,35	100
Sexuelle	30,7	41,5	27,8	100
Vol ou hold-up	19	39,7	41,3	100
Vandalisme	24,2	37,9	37,9	100

La plupart des violences sont survenues chez le personnel ayant une ancienneté de plus de deux ans.

6) Tableau XXIII: Répartition de la violence en fonction du contact avec le public

	Contact avec public	Pas de contact	Taux %
Verbale	98,05	1,95	100
Physique	100	00	100
Morale	100	00	100
Sexuelle	100	00	100
Vol ou hold-up	98,4	1,6	100
Vandalisme	100	00	100

La quasi totalité du personnel travaillant en contact avec le public ont déclaré avoir été victime ou témoin de violence

7) Tableau XXIV: Répartition de la violence selon la durée de travail

	< 8 h/j	8 < D < 11 h/j	> 11 h/j	Total %
Verbale	27,30	43,1	29,6	100
Physique	32	38	40	100
Morale	31,4	43,4	25,20	100
Sexuelle	21,6	43,2	35,20	100
Vol ou hold-up	29	40,4	30,6	100
Vandalisme	13,8	34,5	51,7	100

86,2 % des violences sont survenues chez le personnel ayant une durée de travail de plus de 8 h/j.

8) **Tableau XXV:** Répartition de la violence en fonction de l'existence du service d'accueil

	Service d'accueil	Pas de service d'accueil	Total %
V.Verbale	48,3	51,7	100
V. Physique	56,05	43,95	100
V. Morale	51,15	48,85	100
V. Sexuelle	59,65	40,35	100
Vol ou hold-up	46,2	53,8	100
Vandalisme	40,4	59,6	100

Plus de la moitié du personnel n'ayant pas de service d'accueil ou de secrétariat ont été victimes ou témoins de violence en milieu de travail.

9) Tableau XXVI: Répartition de la violence selon la provenance de l'agresseur

	Hiérarchie >	Hiérarchie <	Personne étrangère	Total %
Verbale	17	23	60	100
Physique	11	24	65	100
Morale	26	20	54	100
Sexuelle	25	32	43	100
Vol / hold-up	15	23	62	100
Vandalisme	12	28	60	100

Les personnes étrangères (malades et accompagnants) à l'hôpital ont été incriminées dans des actes de violence dans plus de 50% des cas ; le reste est inhérent aux collègues.

10) Tableau XXVII: Répartition des types de violence en fonction du lieu

	verbale	physique	morale	sexuelle	Vol /hold-up	Vandalisme
HALD	40,9	39,35	37	30,7	47,6	48,3
HPD	7,35	2	5,6	00	4,8	3,4
H FANN	7,6	7,35	8,1	18,75	9,5	10,3
A Royer	11,65	9,35	9,85	4,5	9,5	13,8
H P Thiaroye	7,85	8,65	10,3	00	9,5	3,4
N .C	5,15	5,30	7,3	10,8	3,20	00
P.A	16	20,65	15,4	24,45	12,7	17,3
R.B	3,5	7,35	6,45	10,8	3,2	3,5
Total (%)	100	100	100	100	100	100

La plupart des violences commises ont été enregistrées à H. A. L. Dantec.

1 - Contraintes et Limites de l'étude

L'inconvénient majeur des études transversales demeure l'étroitesse de la période d'étude (quatre mois), par contre elle est facilement reproductible permettant l'évaluation des mesures préconisées. L'auto-questionnaire réduit l'objectivité des réponses et exclue d'emblée le personnel analphabète dont la présence dans nos structures de santé n'est pas négligeable.

Le personnel hospitalier ne se limite pas seulement au personnel soignant; aussi avons nous choisi d'inclure les personnels technico -administratifs et subalternes.

Le faible taux de réponse de 64,5% est aussi lié à la nature du sujet :

- bon nombre de travailleurs ont été méfiants voire réticents, pensant que l'enquête provenait de leur chef de service ou de l'administration. Ils craignaient d'être repérés et sanctionnés par leurs supérieurs bien que l'anonymat soit préservé.
- Les questions concernant la situation matrimoniale, le salaire, les relations de travail avec la hiérarchie et parfois la nature des actes de violence, ne trouvaient généralement pas de réponse chez certaines personnes.

- L'enquête a été difficile à mener nous exposant au refus des autorités hospitalières de mener l'enquête dans certaines structures, certains services, et dans les cliniques privées, nous obligeant parfois à interrompre un travail déjà initié.

Notre étude ne prétend nullement donner une vision complète de la violence en milieu de travail puisqu'elle ne concerne qu'un échantillon du personnel hospitalier (200 personnes) mais se veut une étude inaugurale pouvant servir de référence à des travaux ultérieurs plus poussés .

2) Les Données sociodémographiques

2-1) Répartition selon le sexe.

Cette répartition selon le sexe montre une nette prédominance féminine : cent vingt six (126) femmes soit 63 % contre soixante quatorze (74) hommes soit 37 % avec un sexe ratio de 1,7 en faveur des femmes.

Le nombre prédominant de femmes par rapport aux hommes s'explique par une tendance générale à la féminisation des professions de santé mais aussi le fait que certaines professions soient exclusivement réservées aux femmes : c'est le cas des sages-femmes, des secrétaires de bureau et parfois les aides infirmières.

Le tableau XIX nous montre que les membres du personnel victimes ou témoins de violence sont essentiellement des femmes (58 %), et ceci pour tous les types de violences exception faite pour la violence physique où il y a autant d'hommes affectés que de femmes (50 %).

De plus, ces femmes sont beaucoup plus confrontées au problème de vol ou de hold-up (63,5%) de violence morale et sexuelle qu'aux autres types de violence. Ceci s'explique par le fait que les femmes emportent souvent avec elles beaucoup d'objets de valeurs sur les lieux de travail (bijoux en or ou argent, des objets de toilette, de maquillage parfois même de grosses sommes d'argent). En dehors de la faiblesse physique naturelle des femmes, leur vulnérabilité dans l'organigramme où elles occupent souvent des positions subalternes dans la hiérarchie des postes fait qu'elles sont plus exposées aux violences morales et sexuelles.

Caillard [5] confirme qu'à l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, ce sont surtout les personnels féminins qui sont victimes de violences morales et verbales ; Benezech [4] par contre au Canada retrouve 52 % pour les hommes contre 48 % pour les femmes

2-2) Répartition selon l'âge .

les travailleurs des structures hospitalières et des centres de santé ont en général une moyenne d'âge de $39 \pm 8,7$ ans et la tranche d'âge la plus représentée se trouve entre 30 -39 ans (34 %) de l'effectif général. Cette population est relativement âgée. Différentes raisons peuvent expliquer cet âge élevé de notre population:

- La spécificité de certaines professions (médecins, pharmaciens) nécessitant de longues études : les médecins affleurent souvent la trentaine avant d'être embauchés.
- Le personnel étudiant et stagiaire en formation dans ces structures n'a pas été inclus dans l'enquête
- La politique d'ajustement structurel de l'Etat a longtemps limité le renouvellement des effectifs, surtout chez les paramédicaux.

Dans notre série, aucun âge n'est épargné par la violence.

La tranche d'âge qui a subi le plus de violence se situe entre 30 et 39 ans avec une fréquence moyenne de 43,4 %. Au fil des années de travail, la routine aidant, le salarié usé par le travail, est moins enthousiaste et supporte moins les patients. Tous les types de violence prédominent dans cette tranche d'âge surtout le harcèlement sexuel qui est de 54 % contre 20 % chez les sujets les plus jeunes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans, suivi par la violence morale et le vandalisme. L'étude menée par M Benezech [4] a montré que le personnel agressé était préférentiellement des personnes moins expérimentées, en début de carrière. C'est à se demander si les résultats contradictoires retrouvés dans notre série ne sont pas liés tout simplement à la loi du nombre du fait que les personnels jeunes et inexpérimentés sont déficitaires en raison de la timide politique de renouvellement des effectifs de L'Etat.

2-3) Répartition selon la profession.

Toutes les catégories professionnelles ont été représentées. Cette répartition ainsi matérialisée au tableau IV montre que le personnel soignant vient en tête avec un effectif de 122 personnes sur 200 soit 61% de la population dont 41% de paramédicaux. Dans la composition de ces différents groupes de profession, le personnel infirmier représente plus de la moitié du personnel paramédical 42 personnes soit 21 % de l'effectif global tandis que les médecins, les secrétaires , et les filles ou garçons de salle représentent respectivement 17,5%, 10,5%, et 11 % de l'effectif global.

Cet effectif élevé de personnel paramédical par rapport aux autres professions peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- Il est plus facile de former un infirmier qu'un médecin en raison de la durée des études.
- La composition de l'équipe de soins comporte plus de paramédicaux chargés d'exécuter les ordres du médecin et de surveiller les malades 24H/24.

Le personnel paramédical se trouve être le plus confronté à tous les types de violence parmi lesquels, la violence physique est le plus fréquemment rencontrée (46,65 %) par rapport aux autres professions.

Le personnel médical quant à lui, est souvent sujet à la violence verbale (27,95%) ou aux actes de vandalisme.

Dans la catégorie des agents subalternes, prédominent le harcèlement sexuel (36,9 %) et la violence physique tandis que dans celle du personnel administratif, le vol ou le hold-up et la violence verbale y sont plus fréquents. De ces résultats , nous constatons que chaque catégorie professionnelle est confrontée à un type de violence donné et que le personnel paramédical se trouve majoritairement exposé à la violence (40,7 %) contre 11 % pour le personnel administratif qui semblerait être mieux protégé. Ces propos sont confirmés par Caillard [5] selon qui la cible la plus fréquente est le personnel soignant (29 %) et Abeyasinghe [1] qui retrouve à Ceylan 42% des violences dirigées contre les infirmiers. Ceci s'explique par le fait que le personnel paramédical se trouve être au carrefour des chemins.

En effet, il est le premier à entrer en contact avec les patients, souvent aux chevets des malades, exécutant les instructions des médecins .

2-4) Répartition selon la situation socio- familiale et économique

- 79 % de l'échantillon de notre population est constituée de personnes mariées et ce fait pourrait justifier la prépondérance des personnes mariées parmi les victimes ou témoins de violence.

On peut considérer aussi que les charges familiales constituent une source de tension psychologique surtout quand on a au moins deux enfants et que le salaire mensuel se situe à moins de 100000F CFA pour plus de la moitié de l'effectif 33,5 % ont à leur charge plus de quatre enfants en moyenne.

- 68 % du personnel habitent à plus de 5 km de leur lieu de travail et doivent emprunter les moyens de transport urbains. La mobilité urbaine à Dakar constitue un véritable casse tête en raison de l'insuffisance des moyens de transport, de la vétusté du parc automobile, de l'état désastreux des routes et des multiples embouteillages.

3) Les données relatives aux conditions de travail.

3-1) Répartition en fonction du lieu de travail

Dans les huit structures sanitaires visitées, sur les deux cents réponses obtenues, soixante quatre travailleurs soit 32 % de l'échantillon provenaient de l'hôpital Aristide Le Dantec (HALD) En effet HALD est un des hôpitaux de Dakar qui concentre le plus grand nombre de travailleurs et de spécialités médicales et chirurgicales. En plus cet hôpital constitue l'hôpital de référence au niveau national.

L'hôpital Principal de Dakar pouvait être mieux représenté si seulement on n'avait pas rencontré des difficultés d'ordre administratif, difficultés relatives au refus des autorités de délivrer une autorisation de mener l'enquête dans certains services. Ainsi nous n'avons pu y recueillir que onze réponses. Ces onze réponses obtenues soit 5,5 % de notre série sont loin de refléter la réalité de l'hôpital Principal de Dakar.

Le même constat a été fait pour le cas de Nabil Choucair. Dans cette structure, c'était plutôt le personnel qui n'était pas très coopérant pour répondre aux questionnaires. La raison en était qu'ils craignaient d'être licenciés de leur travail si toutefois ils se prononçaient sur les violences dont ils sont victimes ou témoins. Ainsi quand on leur donnait des feuilles d'enquête à remplir ils disaient ceci : « Ah non je ne suis pas violent ni agressif, et je n'ai jamais été violenté. Tout va bien chez moi ... Je ne vais pas à cause de ça risquer mon poste ; alors je préfère me taire.... ». D'autres raisons furent évoquées:

« si nous répondons à ces questionnaires, cela va encore se retourner contre nous; on en a assez de rendre des comptes . Et si on dit qu'on a été violenté, on va nous dire qu'on ne sait pas faire notre boulot » .

De ces affirmations, on en déduit qu'il y a quelque part une rétention d'information ce qui nous permet d'emblée d'évoquer un fait apparent : ces individus sont quotidiennement sous le coup d'une forme de violence qui ne dit pas son nom, la peur de perdre son emploi, une situation précaire.

L'hôpital Aristide Le Dantec occupe une place prépondérante pour tous les types de violence subis par le personnel. En effet, pour l'ensemble des violences, 40 % ont été enregistrés à l'HALD. Ceci indique que le personnel de l'HALD est confronté à de sérieux problèmes pouvant être liés aux conditions de travail, mais il faut reconnaître que c'est vers cet hôpital que convergent souvent tous les malades des régions de l'intérieur . Cependant, L 'HALD n'a pas l'apanage des violences, notre mode de recrutement pouvait constituer un biais de sélection .Aucun cas de harcèlement sexuel n'a été noté à L'hôpital Principal de Dakar et à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye tandis qu'il est le plus fréquemment rencontré à l'hôpital de Fann, au centre de santé de Roi Baudouin, de Nabil Choucair et des Parcelles Assainies.

3-2) Répartition en fonction de l'ancienneté .

Dans notre série, la majorité de la population étudiée a une carrière professionnelle relativement ancienne. En effet, quatre vingt personnes (80) soit 40 % ont une expérience professionnelle de plus de dix ans.

La moyenne d'ancienneté est de dix huit ans avec des extrêmes de 1 à 41 ans. Le tableau XXII nous montre une distribution homogène de la violence en fonction de l'ancienneté à partir de deux ans d'expérience.

La violence prédomine chez les personnes ayant une ancienneté professionnelle supérieure à deux ans.

Ces faits nous paraissent paradoxaux car on devait normalement s'attendre à ce que le personnel, en gagnant de l'expérience puisse arriver à éviter certaines situations propices à l'éclosion de la violence en milieu de travail. Mais cela pouvait s'expliquer par le fait que, compte tenu des conditions de travail difficiles précédemment dénoncées par le personnel, on devient de moins en moins enthousiaste et l'usure au travail peut expliquer en partie l'intolérance des personnels expérimentés.

3-3) Répartition en fonction du contact avec le public .

Notons que la presque totalité du personnel (93,5 %) travaille en contact avec le public. Seuls 2,5 % semblent travailler isolément. Ce contact permanent du personnel avec le public pouvait être, nous le verrons plus tard à l'origine de la fréquence de survenue des violences. Un des principaux facteurs de risques de survenue de violence dans ces institutions était sans doute le contact avec le public.

En effet en dehors de quelques cas isolés de violence verbale, (1,95 %) et de vol ou de hold-up 1,6 %), tous les autres types de violence se sont produits chez les personnes en contact avec le public.

3-4) Répartition selon la durée de travail .

Cent trente trois personnes soit 66,5 % travaillant plus de 8 h /j. Autrement dit, 66,5 % travaillent plus de 40 heures par semaine autorisées par le code du travail .

Le personnel de santé dont la durée de travail dépasse 8 h /j se trouve majoritairement confronté aux risques de violence. En effet, plus on passe de temps dans ces structures, plus on est victime ou témoin de violence. La raison en était que la longue durée de travail conduisait à la fatigue et à l'épuisement physique et psychique exposant ainsi aux risques de survenue de la violence.

3-5) Répartition en fonction de la pause.

Dans notre série, 62,5 % du personnel ont affirmé ne pas prendre de pause de travail durant la journée.

Le flux contenu des patients et la nature impérieuse des urgences médicales peuvent expliquer pourquoi la plupart des membres du personnel de santé ne prend pas de pause.

L'absence de pause peut conduire à la fatigue intellectuelle et physique, à l'épuisement influant ainsi sur la qualité des services à rendre aux patients.

3-6) Répartition en fonction de la pénibilité du travail .

A la question « jugez-vous votre travail pénible, moyen ou léger »?

Cent sept personnes soit 53,5 % de l'échantillon jugent leurs conditions de travail pénibles. Nombre d'entre eux vont jusqu'à utiliser l'expression "très pénible". Cette précarité pouvait être liée aux facteurs précédemment cités à savoir :

- la longue distance du lieu de travail à la résidence.
- le contact permanent avec le public .
- la durée du temps de travail .
- l'inexistence de pause chez la majorité d'entre eux .

D'autres facteurs sociaux pouvaient s'y ajouter : « indiscipline des patients ».

En effet, la population sénégalaise est caractérisée en général par son manque de discipline et d'éducation en matière de santé; elle ne respecte souvent pas les heures de visite, et ne respecte pas souvent les prescriptions recommandées par leur médecin traitant .

Cette précarité pouvait aussi s'expliquer par le fait que le revenu mensuel moyen du personnel de santé est très faible pour subvenir correctement à leurs besoins.

Entre autres problèmes auxquels sont confrontés le personnel, il y a le fait que dans certains services, on ne dispose pas d'un plateau technique suffisant pour dispenser des soins de meilleure qualité.

Au total les difficultés sont d'ordre technique et social.

3-7) Répartition selon l'existence ou non d'un service d'accueil.

Dans notre série, la plupart du personnel de santé a affirmé ne pas disposer de service d'accueil ou de secrétariat soit 53 %.

Dans cette population, il existe des personnes haut gradées telles que les professeurs agrégés qui ont affirmé ne même pas disposer de secrétaire de bureau.

L'existence d'un service d'accueil pouvait aider à une meilleure organisation de travail: filtrer les entrées et sorties des personnes étrangères au service.

Autant la violence verbale, le vol ou le hold-up, et les actes de vandalisme, sont rencontrés chez le personnel ne disposant pas de service d'accueil, autant la violence physique, le harcèlement moral et sexuel sont rencontrés chez le personnel ayant un service d'accueil ou de secrétariat.

3-8) répartition en fonction du salaire.

58,5 % de la population de notre série a un salaire mensuel compris entre 40000 et 100000 f cfa . Le salaire moyen est inférieur à 10000f cfa par mois avec des extrêmes pouvant dépasser 250000f cfa.

De ces résultats, il ressort que le niveau de vie du personnel de santé est relativement bas, le salaire minimum interprofessionnel garanti avoisine 40000F par rapport à la moyenne nationale.

La santé étant un secteur clé dans le processus de développement d'une nation. Ce niveau de vie devrait être revu à la hausse pour améliorer les conditions de travail du personnel. Mais ceci est caractéristique du bas niveau de vie des populations des pays en voie de développement.

4) Données relatives au vécu du travail

La réponse relative à la question : « comment jugez-vous vos relations de travail avec les collègues, la hiérarchie et avec la clientèle » ? Montre de façon générale qu'il existe de bonnes relations de travail au sein de ces structures de santé. Ces relations seraient meilleures entre collègues dans 97 % mais difficiles avec la clientèle dans 43,2 % des cas. Par ailleurs, on a noté 23,3 % de mauvaises relations avec la hiérarchie.

5) Données relatives aux types de Violence

5- 1) Répartition en fonction de la fréquence de la violence .

Jadis, l'hôpital était réputé être un lieu où régnait le silence, un lieu où le personnel recevait le maximum de considération, afin de pouvoir servir qualitativement le patient. Il se trouve aujourd'hui être un lieu où la fréquence de la violence est de plus en plus élevée.

En effet nos résultats ont montré que la majeure partie de la population étudiée (143) soit

71,5 % a été victime ou témoin de violence.

5-2) Répartition selon le type de violence .

Six types de violence ont été notés pour l'ensemble des huit structures visitées. Au total 373 cas de violence ont été signalés par notre population.

La violence verbale était le plus souvent citée : 154 cas de violence verbale soit 41,3 %. La violence morale vient au deuxième rang des types de violence. Elle constitue 18,3% des violences et caractérise la violence psychologique.

Le harcèlement sexuel était le moins fréquemment rencontré : 19 cas soit 5 % de l'ensemble des violences commises, il entre dans la rubrique de violences psychologiques hormis les cas de passage à l'acte qui relève de la violence sexuelle.

- les injures/insultes définissant des comportements qui humilient, qui avilissent, ou dénotent d'une façon ou d'une autre un manque de respect pour la dignité et la valeur d'une personne,
- les brimades par un individu ou en groupe : ce sont des comportements répétés et à la longue hostiles tels que les tentatives vindicatives, cruelles, méchantes ou humiliantes pour miner le moral d'une personne ou d'un groupe [12].

6). Données relatives aux types d'agresseur.

Dans notre série, l'agresseur appartient à trois catégories d'individu : il s'agit de personnes de hiérarchie supérieure, inférieure et de personnes étrangères à la structure sanitaire (malades, accompagnants, ou visiteurs).

On a dénombré au total 176 agresseurs parmi lesquels, les personnes étrangères (110) sont majoritairement citées soit 63 %, suivies des personnes de hiérarchie inférieure (20%, enfin les personnes de hiérarchie supérieure (17%).

On peut ainsi distinguer deux groupes :

Le groupe du personnel agressé par des personnes étrangères (malades, accompagnants, et visiteurs); et celui du personnel agressé par un membre du personnel lui même (toutes hiérarchies confondues) .

Cette catégorisation des types d'agresseurs a été décrite dans le rapport mondial sur la violence et la santé [13] .

Le fait que les personnes étrangères soient à l'origine de plus de violence peut s'expliquer par :

- l'effet parfois très mal perçu par l'agresseur du port d'un uniforme par la victime.
- le stress d'une surcharge de travail ou sinon l'effet de certaines formes atténuées de maladies mentales entraînant des malentendus ou des erreurs d'interprétation de la part de la personne agressée.
- le manque d'expérience de la victime dans la résolution de problèmes difficiles au travail.

- d'autres facteurs peuvent également expliquer ce fait tels que le manque d'autonomie de décision entre les membres du personnel ou avec les clients.
- M. Benezech et coll. (1987) ont également trouvé un résultat d'environ 20 % d'agresseurs étrangers à la structure. Tous les deux ont obtenu des résultats inférieurs aux nôtres [4].

Notons qu'une même personne pouvait être agressée par les deux groupes cités précédemment : on parle alors de poly –violence que nous définissons par l'association de plusieurs violences chez une même personne .

En regroupant d'un côté les personnes de hiérarchie inférieure et les personnes de hiérarchie supérieure et de l'autre les personnes étrangères, deux formes de violence se dessinent selon le type d'agresseur : la violence infligée par les membres du personnel eux même (43 %) et celle infligée par les personnes étrangères (57 %) .

Toutes les deux constituent une forme de violence décrite dans le rapport mondial pour la violence et la santé par Etienne G. Krug [13]. Des résultats similaires ont été rapportés par Trocmé N qui trouve que 74 % des violences provenaient des patients, accompagnants, et de la famille contre 14 % des violences provenant du personnel lui même [21].

- Le salarié auteur de violence : Tout acte de violence entrave le bon déroulement du travail dans l'entreprise et perturbe les relations de travail. L'employeur garant de la bonne marche de l'entreprise sanctionne donc le salarié violent.
 - Violence et faute grave : en droit social et selon la jurisprudence, la violence physique sur les lieux de travail commise par un salarié sur un collègue ou sur un supérieur hiérarchique constitue une faute grave privative de tout droit à préavis et à indemnités de licenciement. Les juges sont plus sévères si la violence est uni latérale ; si les violences sont réciproques, l'employeur peut sanctionner différemment les protagonistes selon l'intérêt de l'entreprise [18]. Les violences verbales constituent des fautes sérieuses justifiant le licenciement avec préavis et indemnités.
 - Violence et faute lourde : la faute lourde relève l'intention de nuire et entraîne un licenciement sans aucune indemnité, exemple : propos injurieux adressés à la direction devant témoin [18].
- L'employeur ou le supérieur hiérarchique auteur de violence : Lorsque l'employeur commet une faute grave sur le salarié (violence physique) il devra indemniser le travailleur (indemnité de licenciement, de préavis, voire dommages et intérêts) s'il cesse le travail. Même une démission du travailleur peut-être requalifiée en licenciement. En droit commun, la réparation est intégrale.

En droit de la sécurité sociale, la réparation est forfaitaire avec indemnités ou rentes en cas d'incapacité de travail.

7) les motifs de l'incident :

Divers motifs à l'origine de l'agressivité ont été évoqués par le personnel de santé parmi lesquels on peut citer par ordre décroissant :

- un temps d'attente jugé excessif 37,3%
- un reproche relatif à un traitement 13,6%
- un refus de prescription 8,3%
- un refus de donner un médicament 2,3%
- et d'autres motifs ont été différemment évoqués par 38,5%.

L'origine de l'agressivité au sein du personnel de santé est, selon Trocme par ordre décroissant : La tension importante et le stress , l'angoisse la panique ou l'inquiétude, l'attente des soins, l'alcoolisme, l'impatience, le manque d'information auprès du patient, le refus d'hospitalisation, la douleur, enfin le manque de personnel soignant . En effet, le motif « temps d'attente jugé excessif » fréquemment évoqué par le personnel pouvait s'expliquer par le déficit marqué en personnel dans nos structures de santé.

Beaucoup ont évoqué ce motif, et là réside un paradoxe qu'une des réponses résume très bien en évoquant les cas des « fausses urgences » elle dit : « souvent l'agressivité se produit car les malades veulent qu'on s'occupe d'eux dès leur arrivée bien que le motif de venue relève d'une simple consultation » [21].

Hormis le déficit en personnel, peuvent aussi être évoqués: le défaut d'une organisation du travail adaptée et le manque de matériel. C'est dire que l'ergonomie fait cruellement défaut dans nos hôpitaux et la médecine du travail est quasi-inexistante.

Le médecin du travail aurait un rôle primordial dans les hôpitaux par ses conseils en matières d'ergonomie visant l'emplacement et la disposition des locaux fonctionnels, l'organisation du travail par des horaires adaptés, le choix de matériels adéquats et la surveillance de la santé physique et mentale des travailleurs.

8) Données relatives aux conséquences de l'agression (I T T)

De ces résultats nous avons obtenu 95 jours d'arrêt de travail avec une moyenne de 8 jours par victime. 13 personnes sur 200 (6,5%) ont répondu oui à la question relative à l' I TT, 97 sur 200 (48,5%) ont répondu non, et 90 n'ont pas voulu répondre.

AKROUT [2] en Tunisie retrouve un arrêt de travail dans 87,7% des cas, totalisant 1033 jours d'arrêt de travail sur 10 ans avec une moyenne de 11 jours par an.

Quels que soient l'intensité de l'agressivité, le lieu de l'incident, le personnel reconnaît qu'il existe une implication de ce vécu professionnel sur le vécu personnel.

Certains propos expriment clairement ce vécu :

« Je me sens plus méfiant »; « je me sens plus stressé », « cette tension m'a provoqué un ulcère » ; « on essaye de faire pour le mieux et l'on se fait agresser ».

C'est une sensation d'injustice et de non reconnaissance. « Ça pourrait me faire quitter le service ».

Cette sensation d'impuissance est telle qu'on voudrait donner une raison à la violence. Ces résultats et constatations viennent confirmer ceux de Caillard [5] qui affirme : « qu'il convient de distinguer :

- ce qui appartient au registre des réactions normales : stupeur, colère, incompréhension, ressentiment, pouvant aller jusqu'au désir de réparation ou de vengeance et qui ne donnera pas de séquelle, à moins que les évènements se répètent ou que le terrain de la victime soit favorable à une décompensation d'un état psychopathologique sous jacent ;

- ce qui va constituer les éléments d'une transformation de la personne agressée en véritable victime psychique, sujette à des phénomènes pathologiques susceptibles de n'apparaître que secondairement, éventuellement après un temps de latence relativement long, et d'évolution lente, de pronostic incertain, d'autant meilleur qu'une prise en charge précoce est instituée.

On peut alors individualiser sans qu'il soit forcément aisé pour le thérapeute de distinguer les éléments d'un état de stress aigu ou d'un état de stress post traumatisque ».

9) Données relatives à la réponse de l'organisme.

A la suite de la plupart des cas de violences commises à l'hôpital ou dans les centres de santé visités, il n'y avait pas de réponses venant de l'organisme de tutelle. Des mesures n'ont été prises que dans 25,8% des cas avec 21 % de réponses immédiates et 4,8 % de réponses tardives.

En effet pour qu'il y ait prise en charge il faut qu'il y ait eu préalablement une déclaration, or qu'en général il n'y a aucune procédure de déclaration des actes de violence établie pour les employés.

Et même s'il arrivait que l'employé fasse une déclaration de violence subie dans l'institution, le dossier était souvent classé sans suite.

Il faut ajouter à cela l'inexistence de la médecine du travail en dehors d'une implantation récente dans un hôpital de Dakar; autrement, il n'existe qu'une consultation du personnel à visée curative. Par ailleurs hormis la prise en charge médicale, la législation des accidents du travail relève seulement des établissements privés.

9-1) Répartition selon la nature de la réponse .

Pour l'ensemble des 143 cas de violence, l'organisme n'avait eu à intervenir que dans 52 cas soit 36 %.

Il s'agissait de mesures individuelles (38,5 %) : traitements reçus et prise en charge des soins ; et des mesures collectives (61, 5 %) : évaluation de la sécurité et évaluation des risques.

La question des violences subies par le personnel de santé est, en tout état de cause une question de santé au travail , et comme telle doit entrer dans une démarche de gestion des risques faisant appel aux différentes approches de la prévention des accidents de travail lesquelles s'articulent différemment dans le temps.

9-2) Répartition en fonction des mesures de protection

Concernant les mesures de protection à prendre, plusieurs solutions ont été proposées par le personnel de santé. Il s'agit essentiellement, nous le verrons plus tard dans le chapitre des recommandations, de mesures préventives.

Ce devait être la préoccupation principale des organisations hospitalières, et c'est, de toute évidence, la plus complexe.

Paradoxalement, l'hôpital est devenu un milieu favorable à l'agressivité parce que la relation y est basée sur la notion de service et de relation de confiance mutuelle entre le soignant et le soigné.

Ces observations vont dans le même sens que celles de Trocmé N [21].

RECOMMANDATIONS

Au vue des résultats obtenus dans notre étude des recommandations ont été dégagées dans le sens :

- de la sensibilisation sur la violence,
- de la formation du personnel,
- de l'amélioration des conditions de travail,
- de la prévention de la violence.

1. La sensibilisation

Il faut :

- d'emblée démystifier le phénomène de violence quel que soit son type,
- ne pas en faire un problème tabou, parler si nécessaire des cas de violence hospitalière afin de conscientiser sur le danger encouru par le personnel et l'entreprise. Cette sensibilisation passera par des séances d'Information d'Education et de Communication (IEC) au même titre que les autres pathologies médicales.

2. Formation du personnel :

IL faut

- Initier le personnel à des séances de formation en vue d'un savoir être.
- Proposer des méthodes de résolution des problèmes délicats, conflictuels sur les lieux de travail,
- mettre à la disposition du personnel des circulaires sur la conduite à tenir (CAT) devant une situation de violence,
- ouvrir un espace de parole, ce serait peut-être permettre au personnel de se restructurer autour du langage et de se retrouver.

3. Améliorer les conditions de travail :

De l'avis de tout le personnel de santé, nos recommandations vont dans le même sens, différents axes d'amélioration des conditions de travail nous semblent importants:

il s'agit de :

*Aménagement des locaux : Pour améliorer l'accueil des patients, il serait opportun d'aménager un service d'accueil dans chaque service. Des locaux assez confortables, bien aérés, bien ventilés et propres dotés de matériel audio-visuel (télévision).

Restaurer les locaux de travail pour les rendre fonctionnels.

*Mettre à la disposition du personnel des véhicules assurant le transport en commun du personnel afin de pallier à la longue distance de la résidence à leur lieu de travail.

* Réduire le temps de travail par exemple une série d'alternance courte de deux journées de travail de huit heures et de deux jours de repos en poste du matin, de l'après midi ou de la nuit (au choix des travailleurs). Cette alternance Travail / repos permettra une bonne sécurisation après chaque série de travail même de nuit et une vie familiale normale.

* Réintroduire la pause de trente minutes dans la journée de travail.

* Envisager une revalorisation des salaires des travailleurs.

* Concernant le principal motif des incidents évoqués par le personnel, la solution passe obligatoirement par l'augmentation du nombre de personnel.

En effet il faut inciter les décideurs politiques, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les pouvoirs publics à recruter un nombre suffisant de personnels de santé et construire de nouveaux hôpitaux pour désengorger certains services.

4. Prévention de la violence :

Toute violence implique coûts et traitements qui peuvent être élevés, absentéismes, parfois accident de travail et sûrement perte de productivité pour l'entreprise.

La question des violences subies par le personnel est, en tout état de cause, une question de santé au travail et comme telle, doit entrer dans une démarche de gestion des risques faisant appel aux différentes approches de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire, lesquelles s'articulent différemment dans le temps: très en amont, au moment ou dans les suites immédiates de l'événement ou ultérieurement selon les cas.

- L'accent doit être mis sur la prévention primaire dont les éléments sont précédemment cités lors des séances d'information d'éducation et de communication pour le changement de comportement (IECC) [2].
- L'installation d'un fichier médical informatisé; elle permettra ainsi la publication mensuelle d'un bilan de santé afin de déterminer sur l'année les périodes à risque.
- La nécessité de redynamiser les activités éducatives pour la santé notamment dans le cadre des séances d' IECC; cette initiative serait plus concluante si les travailleurs sont impliqués.

- A titre d'exemples formation d'animateurs relais volontaires qui diffusent le message.
- Dans les deux autres préventions secondaire et tertiaire, il faut reconnaître immédiatement l'événement au sein des établissements où il survient :
 - Reconnaissance du fait par un membre de l'encadrement administratif et / ou médical.
 - Reconnaissance médico - administrative sous la forme d'une déclaration d'accident de travail.
- Assurer une prise en charge aussi immédiate que possible par une structure médico psychologique adaptée.
- Veiller au suivi de la victime et si nécessaire à la continuité de cette prise en charge individuelle tout en s'assurant auprès du collectif de travail, des conditions adéquates de la reprise de travail.

Le problème croissant de la violence dans nos sociétés se répercute aujourd'hui dans le monde du travail. La violence au travail est un phénomène mondial qui est resté longtemps occulté.

L'O.I.T. définit la violence comme : « *des incidents au cours desquels le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans des circonstances liées à son travail* » [12].

Les accès de violence se produisant sur les lieux de travail aux quatre coins du monde semblent indiquer que ce problème dépasse le cadre d'un pays, d'un milieu de travail ou d'une catégorie professionnelle spécifique. Selon une enquête réalisée par l'Union européenne en 1996 16% de la population active est exposée à la violence au travail en Europe. En France, L'Institut National de Recherche et de Sécurité affirme que les arrêts de travail pour cause d'agression avaient doublé en dix ans. L'ampleur actuelle de ce phénomène est particulièrement préoccupante par les problèmes induits :

- demande de réparation des salariés victimes d'atteintes physiques ou psychologiques,
- responsabilité civile et pénale des employeurs mise en cause pour des évènements imprévisibles survenus sur le lieu de travail .

Au Sénégal, nous ne disposons d'aucune donnée sur la violence en milieu de travail ; ce qui a suscité notre intérêt pour cette question aux facettes multiples : médicales, sociales, médico-légales, économiques. Aussi nous avons initié une enquête transversale sur la violence en milieu de travail au Sénégal en nous limitant au secteur sanitaire dakarois. Ce travail inaugural a pour but de :

- étudier l'ampleur et les caractéristiques de la violence en milieu hospitalier à Dakar,
- identifier les principaux facteurs de risque de violence et les situations les plus à risques,
- proposer des types d'interventions capables d'apporter des réponses stratégiques au phénomène à court et long terme.

Le phénomène de la violence en milieu de soins a été abordé selon 3 axes:

- d'abord une revue de la littérature pour cerner le problème de la violence au travail dans ses différents aspects,
- ensuite l'enquête au sein des structures sanitaires de Dakar,
- enfin les commentaires des résultats orientés vers des stratégies préventives.

Cette enquête prospective a été réalisée de Décembre 2003 à Mars 2004 sur une population de deux cent personnels médicaux, para médicaux, administratifs, et agents subalternes recensés dans cinq hôpitaux et trois centre de santé de Dakar. L'enquête s'était bien déroulée malgré quelques obstacles liés à la réticence des administrations d'hôpital ou à celle des travailleurs méfiants. Elle était fondée sur l'auto administration d'un questionnaire à 5 volets s'intéressant :

- aux données socio-familiales,
- aux caractéristiques socioprofessionnelles,
- aux types de violence et motifs,
- aux conséquences des lésions,
- aux mesures de prévention.

L'analyse des résultats a été réalisée avec le logiciel épi-info version 6 et les variables des différentes données ont permis d'obtenir des statistiques descriptives et ont fait l'objet d'une analyse uni variée et bi variée.

Ainsi le profil du personnel de santé victime de violence a été dégagé :

Il s'agit le plus souvent d'un sujet de sexe féminin âgé d'environ trente neuf ans, marié dans 79 % des cas, mère de deux enfants en moyenne et exerçant la profession d'infirmière dans 21% des cas .

C'est une infirmière habitant en milieu urbain à plus de cinq kilomètres de son lieu de travail et ayant une expérience professionnelle de 18 années en moyenne.

Cette infirmière travaille plus de 8 heures par jours souvent en contact avec le public dans 93,5 % des cas et ne bénéficie pas de pause de travail dans 62,5 % des cas.

C'est un personnel qui juge son travail pénible dans 53,5 % des cas ne disposant pas de service d'accueil ou de secrétariat et gagne moins de 100000F CFA par mois dans 59,5% des cas.

Elle a choisi par vocation son travail et estime que ses relations de travail sont bonnes avec les collègues dans 97%, mauvaises avec la hiérarchie dans 23,3% et difficiles avec la clientèle dans 43,2% des cas.

Elle déclare être victime ou témoin de 373 cas de violence au cours de ces 12 derniers mois dont 154 cas de violence verbale soit 41 % des cas.

Les autres types de violence sont par ordre décroissant morale ou à type de vol ou hold up, d'agression physique ou de vandalisme avec destruction de matériels et sexuelle.

Cette violence verbale provenait de personnes étrangères à l'entreprise à savoir malades et accompagnants ayant évoqué comme motif principal : le temps d'attente jugé excessif dans 37,3 % des cas, des reproches liés au traitement ou au refus de prescrire ou de donner un médicament.

(L'agresseur pouvait aussi être un personnel de l'hôpital collègue ou supérieur hiérarchique ou subalterne).

Cet incident a occasionné chez elle une Incapacité Temporaire Totale globale de 95 jours soit une moyenne 8 jours. L'institution dans laquelle travaille ce personnel de santé essentiellement l'hôpital Aristide Le Dantec n'a eu à intervenir pour évaluer la sécurité des travailleurs que dans 12,5 % des cas.

Différents facteurs de risque de violence en milieu de soins ont été identifiés :

- Pénibilité du travail avec durée de travail dépassant 8 H /jour, absence de pause dans le travail, contact permanent avec le public, insuffisance du plateau technique.
- Absence de service d'accueil ou de secrétariat dans les services.
- Longue distance du lieu de travail à la résidence.
- Situation précaire des personnels de santé avec salaires peu motivants.
- Indiscipline et manque d'information du public.

Les motifs de violence invoqués interpellent sur différents aspects liés à la gestion des hôpitaux :

- gestion des flux de malades submergeant des services dépassés par le manque de personnel qualifié et de moyens matériels adéquats.

Cette gestion des flux pose aussi le problème de l'inexistence de plateaux techniques performants périphériques capables de suppléer les Hôpitaux :

- L'organisation du travail dans le secteur de la santé par l'utilisation de l'ergonomie.
- L'instauration de services de santé au travail capables d'assurer la surveillance médicale des travailleurs mais aussi d'évaluer les risques au travail et de mettre en place des programmes de prévention des risques professionnels, y compris la violence au travail.

Comme mesure de protection à prendre, le personnel préconise l'amélioration des conditions de travail dans 27,6 % des cas. Elle passe par : - l'aménagement des locaux pour les rendre plus attrayants plus sécurisants, et plus fonctionnels pour limiter les files d'attente,

- développer la qualification des services d'accueil (capacité à donner une réponse adaptée),
- réfléchir sur l'organisation du travail pour éviter les récidives,
- la prise en charge des victimes de violence par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, médecin et infirmier du travail ergonome etc...),
- le médecin du travail a un rôle important dans la prise en charge des réactions immédiates, dans le suivi psychologique (vaincre la crainte de la récidive) et dans le dépistage des névroses post traumatiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

1 - ABEYASINGHE R, JAYASEKERA R.

violence in a general hospital psychiatry unit for men. Analys of Emergency Medecine. 2003; 48 (2) : 45-47.

2-AKROUT ET COLL.

Etude des violences exercées sur le personnel de 3 centres hospitaliers Arch. Mal. Prof. 2003, 64, (1) : 13-17

3– BARBIER D.

Le syndrome d'épuisement dans la relation d'aide.

Soins Psychiatrie 2000, 210, 38 – 41

4 - BENEZECH M. et Coll.

La violence en milieu psychiatrique. Revue de la littérature et enquête sur les accidents de travail au centre hospitalier spécialisé de Cadillac.

Arch. Mal. Prof. 1991, 52, n°8 572 - 576.

5 - CAILLARD J.F.

Agression contre les soignants à l'hôpital : gestion hospitalière, 2003, 423, 151 - 154.

6 – CODE DE LA SECURITE SOCIALE

LOI 73 – 37 DU 31 7 – 73 EDITIONS EDJA

7- CODE DU TRAVAIL AU SENEGAL

Loi 97 – 17 du 1er – 12 – 97

8- DECRET 63 -116 DU 19 / 02 / 1963

relatif au régime des congés, permission et autorisation d'absence des fonctionnaires

9- DUNCAN CHAPELL ET VICTORIO DI MARTINO

Violence at work. B. I. T., Genève,

1998, 92 -2 – 110335 - 8

10- File://c: / Mes documents / violence inrs 1 _fichiers / agressindex.htm

11- http://cgsst.fsa.ulaval.ca/violence/p0.htm

12- http://www.ilo.org/public/english/protection/safewotk/whpwb/econo/costs.pdf

13- KRUG E. ET COLL.

Rapport mondial sur la violence et la santé,

2002 , O.M.S., Genève

14- LAILOU M.

prise en charge psychomotrice du préadolescent infirme moteur cérébral choréo - athétosique.

Thèse 2001, 11 : 5

15- LAMBELIN A.

Apprendre à gérer sa propre agressivité, in soins psychiatrie,

2000, n° 210, : 33 - 37

16- MINISTÈRE DE LA SANTE: Evaluation du fonctionnement du système de santé de district. 2004

17 – PAINÉ L. H. W. et SIEN TJAM F.

Les hôpitaux et la révolution des soins de santé ,

O.M.S. Genève, 1989, 362, 11 : 39-56

18- PELISSIER N

Revue de presse violence en milieu de travail

Arch. Mal. Prof. 2000, 61, 1 pp 40-45

19- SCHWEITZER M.G.

violences en milieu hospitalier in médecine légale et société

2001 vol 4, n° 2 : 46-47

20 – THIERRY FAICT, MICHEL DEBOUT

Violence au travail : aspect clinique.

Med. Leg. et société 2001 vol 4 n° 2, 43 – 45

21- TROCME N.

L'infirmière confrontée à la violence. Soins et société,

1993, n° , pp 54- 6.

22- WARSHOW L. J.

La violence au travail. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail,

B. I. T., 51 (