

---

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : La violence à l'égard des acteurs  
de l'urgence : perception des victimes**

**Auteur :** Soroge, Audrey

**Promoteur(s) :** Seron, Vincent

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée patient critique

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/20146>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**La violence à l'égard des acteurs de l'urgence :  
perception des victimes**

Mémoire présenté par **Audrey SOROGÉ**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé Publique  
Finalité spécialisée en patient critique  
Année académique 2023-2024

**La violence à l'égard des acteurs de l'urgence :  
perception des victimes**

Mémoire présenté par **Audrey SOROGÉ**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé Publique  
Finalité spécialisée en patient critique  
Promoteur : **Vincent SERON**  
Année académique 2023-2024

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur SERON Vincent, président du département de criminologie à l'Université de Liège. Sa disponibilité et ses conseils ont été des atouts précieux tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également adresser mes plus sincères remerciements à Madame MARQUET Valérie pour le temps qu'elle m'a accordé.

Un énorme merci aux pompiers, infirmiers, médecins et policiers ayant accepté de participer aux entretiens. Je ne peux citer leur nom, mais sans eux, ce travail n'aurait pu voir le jour.

Pour terminer, merci à ma famille, à mes amis, à Clément, à Elisa et à Margaux pour leur aide et leur soutien inconditionnel.

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à l'aboutissement de ce travail. Elles m'ont appris, donné et partagé bien plus que je ne pourrai un jour leur rendre.

## Table des matières

Préambule .....	1
1. Introduction.....	2
1.1. La violence au cœur de la santé publique.....	2
1.2. La violence et les professionnels de l'urgence .....	4
1.2. Intérêt de la recherche.....	5
2. Matériel et méthodes .....	9
2.1. Type d'étude.....	9
2.2. Population étudiée .....	9
2.3. Méthode d'échantillonnage .....	9
2.4. Outil et organisation .....	10
2.5. Aspects réglementaires.....	10
3. Résultats.....	11
3.1. Présentation de l'échantillon .....	11
3.2. Analyse thématique .....	12
3.2.1. Du comportement individuel à l'impact de la scène .....	12
3.2.2. Briser le silence sur les catalyseurs.....	13
3.2.3. Anticiper et agir face aux comportements violents .....	17
3.2.4. Des répercussions à prendre au sérieux .....	20
3.2.5. Quand la violence devient une banalité .....	21
4. Discussion et perspectives .....	22
4.1. Discussion .....	22
4.2. Biais, forces et limites .....	25
4.3. Perspectives.....	26
5. Conclusion .....	27
Références bibliographiques .....	28
Annexes.....	32
Annexe 1 : guide d'entretien.....	32
Annexe 2 : Demande d'avis au Comité d'Ethique .....	33
Annexe 3 : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).....	37

## Résumé

**INTRODUCTION** – La violence à l'égard des acteurs de l'urgence est un phénomène vaste, complexe et préoccupant. Derrière des chiffres sous-estimés, se cachent des réalités humaines importantes. L'objectif de cette étude est de mettre en lumière les différentes perceptions en explorant le vécu de pompiers, d'infirmiers, de médecins et de policiers.

**MATERIEL ET METHODE** – Cette étude est qualitative. La collecte des données a été réalisée au travers d'entretiens semi-directifs basés sur une grille d'entretien construite par les soins de la chercheuse. La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste par choix raisonné. L'échantillon se compose de pompiers, d'infirmiers, de médecins de policiers travaillant actuellement en province du Luxembourg en Belgique. Une analyse de contenu a été réalisée via une méthode manuelle.

**RESULTATS** – Face à des comportements violents, qu'ils soient pompiers, infirmiers, médecins ou policiers, tous mettent en place différentes stratégies d'adaptation incluant une forme naturelle de banalisation du phénomène pourtant décrit en augmentation. Les participants remettent en question leur propre comportement, mettant en évidence le besoin criant de formation adaptée à la réalité de terrain.

**CONCLUSION** – Cette étude appuie sur la nécessité d'aborder la violence envers acteurs de l'urgence de manière holistique, de façon à intégrer des perspectives de recherche continue, ainsi que des interventions pratiques adaptées. Cela passe par une prise de conscience, des moyens de prévention et d'information et l'amélioration de formations, notamment par le biais de simulations interprofessionnelles. Pour que cette approche soit efficace, il est impératif de continuer à explorer cette problématique au niveau sociétal afin de développer un environnement de travail plus sûr et plus respectueux pour la sécurité de tous.

**Mots clés** : santé publique - violence – acteurs de l'urgence – perception – étude qualitative

## **Abstract**

**INTRODUCTION** – Violence against emergency responders is a vast, complex and concerning phenomenon. Behind underestimated figures lie significant human realities. The aim of this study is to shed light on various perceptions by exploring the experiences of firefighters, nurses, doctors, and police officers.

**MATERIAL AND METHODS** – This is a qualitative study. Data collection were carried out by the researcher through semi-constructed interviews based on an interview guide. The sampling method used is non-probabilistic with purposive sampling. The sample consists of firefighters, nurses, doctors and police officers currently working in the province of Luxembourg in Belgium. A content analysis was performed manually.

**RESULTS** – In response to violent behaviors, whether they are firefighters, nurses, doctors and police officers, all implement different coping strategies, including a natural form of trivialization of the phenomenon, even though it is still increasing. Participants question their own behavior, highlighting the urgent need for adapted training based on field feedbacks and experiences.

**CONCLUSION** – This study emphasizes the need to address violence against emergency responders holistically, integrating continuous research perspectives and practical interventions. This involves awareness, prevention and information measures, as well as training improvement, particularly through interprofessional simulations. In order for this approach to be effective, it is imperative to continue exploring this issue at a societal level to develop a safer and more respectful work environment for everyone's safety.

**Keywords** : public health – violence – emergency responders – perception – qualitative study

## **Préambule**

Au cours de ces dernières années, de nombreux faits de violence envers les pompiers, les infirmiers, les médecins et les policiers ont été recensés. La multitude des articles et des témoignages met en évidence le fait que ce phénomène ne soit pas isolé.

Ce mémoire plonge au cœur de cette réalité souvent méconnue : les violences à l'égard des acteurs de l'urgence. À travers les yeux de pompiers, d'infirmiers, de médecins et de policiers, il explore les contours d'une réalité parfois brutale, toujours complexe. Au-delà des statistiques et des rapports, il se penche sur une facette souvent négligée : la perception des victimes elles-mêmes.

L'intérêt de cette recherche réside dans sa volonté à donner une voix à ceux qui, dans l'urgence, sont réduits au silence. Parler de violence, c'est reconnaître l'humanité, c'est rétablir l'équilibre entre ceux qui soignent et ceux qui sont soignés.

Fruit de recherches, de rencontres et d'échanges, ce travail s'ancre dans une double perspective ; celle de l'actrice de l'urgence et celle de l'étudiante en sciences de la santé publique, animée par le désir de comprendre.

Motivée par l'ambition de faire entendre ces voix, ce mémoire s'ancre également dans une dimension personnelle. Entre mon cœur d'infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente, mon cœur de pompier volontaire et mon cœur d'étudiante en master en sciences de la santé publique à finalité patient critique, ces quelques pages traduisent une recherche de justice, d'évolution et de respect pour tous ceux qui consacrent leur vie à sauver celles des autres, pour tous mes collègues.

Ce mémoire se veut ainsi être une modeste contribution à une quête de compréhension et de changement. C'est dans cet esprit que je vous invite à plonger dans mon travail, en espérant que ces pages puissent ouvrir à des horizons de réflexion et de remise en question pour une société plus humaine.

# 1. Introduction

## 1.1. La violence au cœur de la santé publique

Causant plus d'un million de morts par an, sans compter les blessés, la violence est la principale cause de décès chez les 15 à 44 ans. (1) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence est définie 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 maldéveloppement ou des privations.* » (1) Ce phénomène concerne l'ensemble de la société et ne manque pas d'intérêt aux yeux de la santé publique. (1,2)

En effet, en 1996, l'Assemblée Mondiale de la Santé a déclaré la prévention de la violence comme étant une priorité de santé publique. (3) Le rapport annuel de l'OMS datant de 2002 concernant la violence et la santé a parlé de la prévention en termes de « défi planétaire ». (1)

Bien que la violence atteigne en particulier les populations considérées vulnérables, ainsi que les pays défavorisés, elle n'épargne personne. Que ce soit un enfant né dans un pays en guerre, un partenaire souffrant de violence conjugale, ou encore un pompier insulté lors d'une intervention, les victimes se trouvent partout dans le monde. (1)

Cependant, la violence est souvent considérée comme inévitable, ce qui déstabilise les autorités publiques. Le risque est de médicaliser excessivement un problème qui concerne pourtant bien d'autres dimensions. (2) En effet, approcher la violence sous un angle de santé publique implique la collaboration de nombreuses disciplines dont la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie, la criminologie, l'éducation et l'économie. (1)

L'OMS définit la santé comme « *étant un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Or, cet état de bien-être est compromis au vu des conséquences physiques et psychologiques entraînées par les comportements violents. (4)

Outre les blessures du corps et de l'esprit, la violence entraîne des coûts économiques et humains considérables. Les dépenses engendrées incluent les frais de soins de santé, de justice, le taux d'absentéisme, la perte de productivité... Ces exemples n'étant qu'une infime partie d'une liste non exhaustive d'exemples. (1,2)

Selon le *Global Peace Index* (GPI), l'impact économique de la violence en Belgique a été estimé à 46.604,7 millions de dollars, soit 43.486.192,40 d'euros en 2022. Un chiffre reprenant les coûts directs tels que les conséquences immédiates pour les victimes, les auteurs et la société, y compris la santé, la justice et la sécurité publique et les coûts indirects, comme par exemple la perte de productivité, effets physiques et psychologiques induits par la violence. (5)

En 2000, une estimation met en évidence pas moins d'1.6 million de personnes décédées des suites de violence. Ces chiffres sous-estiment le problème, car les morts ne sont que la partie visible de l'iceberg. La partie invisible comporte les agressions jugées moins graves, qui ne sont pas comptabilisées. (1)

Les causes de la violence sont multifactorielles variant selon le contexte dans lequel la violence s'inscrit. En effet, des facteurs individuels, relationnels, sociaux ou encore environnementaux entrent en ligne de compte. (6) Dans un contexte de violence envers des professionnels travaillant avec des personnes en situation de détresse, la possibilité d'endurer des comportements violents augmente proportionnellement au niveau de peur, de détresse et de douleur. (7)

La violence prend des formes diverses et variées. Le rôle des politiques de santé publique est essentiel, mais les mesures de prévention peinent à voir le jour, car les mesures prises restent entravées dans la dans la sphère judiciaire voire la sphère sociale. (4) C'est pour cette raison que l'objectif de diminution de la violence se doit de mobiliser maints secteurs. (1)

## 1.2. La violence et les professionnels de l'urgence

La plupart des études sur la violence auprès des travailleurs de l'urgence tendent à mettre des chiffres en évidence. Bien que ces chiffres soient interpellants, ils sont sous-estimés pour diverses raisons. (8,9)

En 2021, bien que les agressions verbales restent les plus fréquentes, 50% des secouristes ont déclaré avoir subi une agression physique. (8) La même année, 7.994 cas d'infraction contre l'autorité publique ont été recensés, soit 102 cas de plus qu'en 2015. (10)

Bien que « *Les blessures arrivent tous les jours* » (11), des imprécisions quant au nombre de faits de violence et d'agression subsistent. Cette sous représentation du phénomène peut s'expliquer par le fait que les victimes ne considèrent pas toujours l'acte comme suffisamment grave pour le signaler. (8,9)

Parmi ces nombreuses victimes figurent des pompiers, des infirmiers, des médecins et des policiers. En plus des agressions verbales et physiques, les professionnels de l'urgence sont exposés à diverses autres formes de violence : les menaces, l'intimidation (sexuelle), la discrimination, ainsi que la diffusion de contenu indésirable sur les réseaux sociaux. (8,12)

Le personnel ayant subi ce genre de comportement montre souvent des traits relatifs à une augmentation de l'anxiété et un épuisement émotionnel et professionnel (13) Ces effets peuvent alors entraîner des risques, allant du manque d'empathie à la réaction de stress post-traumatique, en passant par l'absentéisme et la dépression. (13,14).

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la violence : l'influence de l'alcool, des drogues ou des médicaments, la détresse, la peur, la douleur, les démences, l'insatisfaction à l'égard du service, les mauvaises performances et le temps de réponse au besoin. (7,15) La majorité des auteurs sous influence de l'alcool et de drogues, capables de potentiellement utiliser des armes. (8,16) Les policiers semblent être les plus touchés par le phénomène en raison de la nature ambivalente de leur rapport à la population, oscillant entre l'aide et la répression. (18) Même les professionnels dont la mission remplit uniquement une fonction d'assistance à la population sont touchés par les comportements violents. (8)

Une formation et un enseignement dans le domaine de l'assertivité et de la gestion de l'agressivité pourraient améliorer les compétences et éviter que les professionnels ne se retrouvent dans des situations menaçantes. (19,20)

Bien que les policiers soient formés à la gestion de la violence, en plus d'un phénomène de perte performances dans le cadre d'une intervention générant une certaine pression (21), une certaine normalisation est relevée dans les systèmes de santé et dans la justice, ce qui empêche les interventions efficaces. (22)

Afin de palier à ce fléau, des initiatives pour prévenir la violence ont été mises en place, notamment par le biais de campagne de sensibilisation. Lancée par la sécurité civile, la dernière date de décembre 2023 et encourage les pompiers-ambulanciers à rapporter les incidents, à porter plainte, ainsi qu'à suivre des formations. (23)

## **1.2. Intérêt de la recherche**

### Concepts traités

Avant de traiter un sujet si complexe, il convient de définir préalablement les concepts auxquels il se réfère.

- Perception

La perception peut-être définie comme « *un événement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet, présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne, en principale de façon consciente ; fonction psychologique qui assure ces perceptions.* » (24)

Concrètement, il s'agit de chercher à comprendre comment la violence est alors perçue auprès des victimes venues dans le but de secourir. Ces dernières ont-elles toutes la même perception ? Il sera alors nécessaire d'explorer les mécanismes supposés qui sous-tendent cette perception ; les causes et conséquences perçues.

- Violence

Il serait réducteur de ne proposer qu'une seule définition de la violence, tant le sujet est vaste et complexe. Plusieurs définitions sont alors proposées afin d'exploiter le sujet sous différentes dimensions.

Etymologiquement, le mot « *violence* » dérive du « *vis* » en latin, qui signifie « *force en action, force exercée contre quelqu'un* ». (25)

Le dictionnaire Larousse propose les définitions suivantes :

- « *Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice*
- *Caractère extrême d'un sentiment*
- *Caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté agressif*
- *Extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement*
- *Abus de la force physique*
- *Ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité : climat de violence*
- *Contrainte, physique ou morale exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé »* (26)

Comme mentionné précédemment, l'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 maldéveloppement ou des privations.* » (1)

La notion d'agression mentionnée plusieurs fois ci-haut est, elle, définie comme « *un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individu, ce dernier étant motivé à en éviter les effets supposés aversifs.* » (27) La notion d'agression est intimement liée à celle de la violence, car cette dernière s'étend sur un continuum incluant l'agression en tant que telle. (12,27,28)

D'un point de vue philosophique traité par Yves Michaud dans son ouvrage consacré aux *Changements dans la violence*, la violence est perçue comme scandaleuse et inédite car chacun vit sa propre vie. La violence s'apparente alors à une apocalypse dans une période de paix. Les formes de violence évoluent avec les avancées techniques et les innovations de l'imagination meurtrière. (29)

La violence peut être définie de nombreuses façons. Celles étudiées dans ce mémoire concernent plus précisément les violences verbales (chahuter, insulter, crier ou humilier), physiques (pousser, frapper, donner des coups, cracher, empoigner, blesser...), les menaces, l'intimidation, la discrimination, ainsi que la diffusion de commentaires négatifs sur les réseaux sociaux.

- Acteurs de l'urgence

Plusieurs personnes, et plus précisément plusieurs disciplines dans ce cas sont impliquées en tant que travailleurs lors d'un événement urgent. (30)

Premièrement, les pompiers faisant partie de la discipline 1 (D1), correspondant aux opérations de secours. Deuxièmement les infirmiers, les médecins et les ambulanciers faisant partie de la discipline 2 (D2), se rapportant aux secours médicaux, sanitaires et psychosociaux. Troisièmement, les policiers font partie de la discipline 3 (D3), correspondant simplement à la police, comme le mot l'indique. Une discipline n'est pas un corps de métier, mais une fonction. (31)

Les deux autres disciplines que sont l'appui logistique (D4) et l'information à la population (D5) ne sont pas concernées par ce travail, et ne seront, par conséquent, pas prises en compte.

Outre l'existence de différences relatives à la nature de leur fonction, les pompiers, infirmiers, médecins et policiers trouvent leurs similitudes dans la coopération qui les relie, en agissant ensemble dans le but de protéger et secourir, tout en s'exposant à des dangers évidents. (32,33)

La notion de victime est définie comme « *toute personne qui a subi un préjudice corporel, matériel ou moral* ». (34) Dès lors, cette notion sera associée à celle des acteurs de l'urgence, victimes de violence.

- Situation aiguë

La situation aiguë sous entend une situation d'urgence, là où les secours apportés sont urgents et spécialisés. Les violences intra hospitalières sont davantage connues, mais celles en dehors de l'hôpital le sont moins. Les prestataires exerçant à l'extérieur sont désavantagés par le fait de ne pas disposer d'un cadre sécuritaire. (35) Ce travail se concentre sur la dimension extrahospitalière du secours procuré aux auteurs de violence.

Les auteurs de violence peuvent être multiples : le sujet, l'entourage de l'individu concerné, une personne présente, un collègue ou encore un dirigeant. (8) Cependant, une étude datant de 2022 faite auprès de pompiers et de travailleurs de l'urgence met en évidence que dans 60% des cas, ce sont les individus eux-mêmes qui émettent la violence. (8) C'est alors naturellement que ce travail s'intéresse aux violences émises par le sujet, qu'on peut aussi qualifier de patient.

### Cadre théorique

Selon Schank et Abelson (1997), les individus engagés dans une situation d'échanges interpersonnels sont amenés à stocker des comportements appelés des scripts. Le script est défini comme « *une séquence d'actions stéréotypées et prédéterminées qui définit une situation bien connue* ». (36)

Ce modèle appelé la théorie du script suppose une acquisition de comportements pour répondre aux situations sociales. La connaissance de l'événement consiste alors en une variété de séquences stéréotypées d'actions routinières. À travers les expériences quotidiennes, ces stéréotypes culturels sont alors acquis et appliqués. (37) De cette manière, les acteurs de l'urgence se verraient acquérir des scripts influençant leur perception ainsi que leurs réactions dans les situations violentes. L'exposition aux comportements violents influencerait l'acceptation de la violence comme une réponse normale.

Dès lors, ce travail tend à accéder à la compréhension en profondeur du phénomène de violence envers les acteurs de l'urgence en situation aiguë, et ce, à travers cinq thèmes guidant les entretiens : représentation, expérience, vécu, causes supposées, préparation, répercussions. L'objectif principal est de mettre en lumière les différentes perceptions quant aux comportements violents qu'ils subissent en milieu extrahospitalier.

## **2. Matériel et méthodes**

### **2.1. Type d'étude**

Afin d'atteindre l'objectif mentionné ci-haut, une étude qualitative phénoménologique a été réalisée. La démarche qualitative choisie met en lumière des phénomènes sociaux et humains complexes. La diversité des données récoltées offre la possibilité d'explorer des dimensions plus vastes et riches que l'analyse quantitative. L'étude est de nature inductive et est évaluée par le biais d'un guideline se trouvant en annexe ; le COREQ. (38–40)

### **2.2. Population étudiée**

La population se compose d'acteurs de l'urgence (H/F/X) répondant aux critères d'inclusion tels que : travailler activement en province du Luxembourg depuis au moins 2 ans sur le terrain extérieur (intervention, équipe SMUR...) et avoir émis un consentement éclairé au fait de participer à la recherche. Le seul critère d'exclusion était la non maîtrise de la langue française.

Les pompiers-ambulanciers professionnels font partie de la Zone de Secours Luxembourg, les infirmiers et médecins exercent au sein d'hôpitaux comportant une fonction extrahospitalière en province du Luxembourg, et les policiers appartiennent aux zones de police suivants : ZP Semois et Lesse, ZP Centre Ardenne, ZP Famenne-Ardenne, ZP Gaume, ZP Sud-Luxembourg, ZP Arlon/Attert/Habay/Martelange.

### **2.3. Méthode d'échantillonnage**

La méthode non probabiliste par choix raisonné a été adoptée afin de multiplier la diversité des publics, offrant des perspectives riches et variées. Cette méthode permet de maximiser les profils d'intérêt, et ce jusqu'à saturation des données par répétitions cycliques entre la collecte et l'analyse mettant en évidence le caractère itératif de la démarche qualitative.

## **2.4. Outil et organisation**

Un guide d'entretien a été créé (*voir annexe 1*) afin de permettre au chercheur de garder un fil conducteur lors de l'échange. Les entretiens semi-directifs individuels d'une durée d'environ 45 minutes à 1 heure se sont entièrement déroulés en personne. Afin de fluidifier l'échange et de permettre au chercheur de transcrire les entretiens ultérieurement, ceux-ci ont été enregistrés après avoir obtenu le consentement des participants.

Après une collecte des données basées sur des entretiens et des recherches, le support a été analysé.

## **2.5. Aspects réglementaires**

Une demande au comité d'éthique du CHU Sart-Tilman a été envoyée (*voir annexe 2*). Il n'a pas été nécessaire de soumettre l'étude au comité d'éthique étant donné qu'il ne s'agissait pas d'une étude entrant dans le champ d'application de la loi de 2004 et qu'aucune publication dans une revue scientifique ou médicale n'était envisagée.

Avant chaque entretien, des demandes de consentement au fait de participer à l'étude et au fait d'être enregistré ont été proposées. Tous les individus ayant participé aux entretiens ont donné leur consentement. L'ensemble des données récoltées au cours des entretiens ont été rendues anonymes.

### 3. Résultats

#### 3.1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 8 pompiers-ambulanciers (**rouge**), 8 membres de l'équipe médicale comprenant 3 infirmiers, 5 médecins (**vert**) et 5 policiers (**bleu**) exerçant en province du Luxembourg depuis au moins deux années. Les données relatives à l'âge et au lieu de travail des participants permettant trop facilement l'identification de la personne ne sont pas intégrées au tableau suivant, et ce, afin de garantir leur anonymat.

Participant	Genre	Activité professionnelle	Discipline	Année d'ancienneté
A	Masculin	Policier	D3	6 ans
B	Féminin	Policier	D3	3 ans
C	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	24 ans
D	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	13 ans
E	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	11 ans
F	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	12 ans
G	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	12 ans
H	Masculin	Policier	D3	4 ans
I	Masculin	Policier	D3	3 ans
J	Féminin	Médecin	D2	24 ans
K	Féminin	Infirmier	D2	28 ans
L	Masculin	Médecin	D2	5 ans
M	Masculin	Médecin	D2	2 ans
N	Féminin	Médecin	D2	16 ans
O	Féminin	Infirmier	D2	2 ans
P	Masculin	Médecin	D2	9 ans
Q	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	23 ans
R	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	15 ans
S	Masculin	Pompier-ambulancier	D1	20 ans
T	Féminin	Infirmier	D2	3 ans
U	Masculin	Policier	D3	19 ans

## 3.2. Analyse thématique

Après l'analyse du matériel, cinq thématiques ont été mises en évidence afin de répondre à l'objectif de la recherche.

### 3.2.1. Du comportement individuel à l'impact de la scène

Les participants aux entretiens ont mis en évidence deux émissions de violence : la violence émise par le sujet et la violence émise par la scène. La violence émise par le sujet a été abordée grâce à deux types de violence ; d'une part la violence verbale principalement caractérisée par des menaces et/ou des insultes, et d'autre part, la violence physique qui, elle, se traduit le plus souvent par des coups.

*« Il rentre dans l'ambulance et moi je ferme la porte pour garder le chaud. Il a pété un câble et a dit : « T'ouvre la porte, sinon je te dégomme ». » (participant G) « [...] elle a ensuite posé ses deux coudes sur la barrière, elle a pris de l'élan pour donner un coup de pied à mon collègue. Avant ça, elle lui a craché à la figure. [...] Elle n'a pas arrêté de m'insulter de salope. Tu te demandes parfois comment c'est possible, même à ton pire ennemi, tu ne lui dis pas des trucs pareils. » (participant B)*

En plus des violences physiques et verbales, certains décrivent une forme de pression ressentie comme une violente.

*« C'est un peu tout un contexte, la façon de parler et la façon de dire. [...] Mais c'était une sorte de pression comme ça [...] il y a quand même quelque chose qui peut être apparenté à de la violence ; un dénigrement et un mépris du travail qu'on effectue. Même si on ne s'en rend pas compte directement, qu'on ne l'identifie pas comme une violence vraiment verbale ou physique directe, ça s'apparente quand même à un climat de travail où on peut ressentir des choses comme agressive. » (participant M)*

Tous les intervenants décrivent les mêmes types de violences. Cependant, les policiers apportent une nuance en mettant en évidence les comportements réfractaires auxquels ils font face.

*« Beaucoup de choses peuvent être considérées comme violentes, des paroles, parfois des actes. Parfois, certaines formes de résistances peuvent être considérées comme de la violence dans mon métier. » (participant H)*

Cette nuance apportée est probablement imputée à leur rôle. En effet, le rôle de chaque discipline n'est pas le même. Tandis que les pompiers et les secours médicaux veillent à secourir les personnes, les policiers ont, en plus d'un rôle de protection, un rôle de maintien de l'ordre public.

Les participants évoquant la violence de la scène elle-même expliquent que certaines situations sont parfois plus violentes par l'image qu'elles revoient. L'expérience visuelle de scène violente contribue alors à leur perception, ajoutant une dimension supplémentaire au sujet.

*« Une situation violente, pour moi, c'est une situation qui par après, va laisser des séquelles à la personne soit physiquement ou moralement. [...] Au niveau physique, tout ce qui pourrait être une blessure physique et au niveau moral, tous ces moments où ça va rester dans ta tête, ça va t'empêcher de vivre normalement, parce que cette situation t'a traumatisé. A certains niveaux. Mais des fois, il ne faut pas de très gros traumas. Des fois, le côté verbal, psychologique, peut avoir plus d'impact qu'un coup violent, qui s'arrête là. » (participant Q)*

Finalement, comme mentionné précédemment, qu'elle soit induite par la scène ou par le patient, la violence serait ce qui laisse des marques.

### **3.2.2. Briser le silence sur les catalyseurs**

Bien que l'origine du comportement violent soit multifactorielle, plusieurs causes individuelles peuvent être à l'origine de la violence émise envers les acteurs de l'urgence. Parmi celles-ci, les participants ont, à l'unanimité, toutes disciplines confondues, mis en priorité la composante de l'influence de substances : *« [...] vraiment, les gens problématiques sont en général sous influence. Franchement, je dis toujours que quand tu retires l'alcool et la drogue, on a vraiment moins de boulot. [...] » (participant A).*

Ensuite vient le caractère de la personne elle-même *« Je pense d'abord qu'il y a la nature humaine et puis quelqu'un qui déjà à un comportement agressif dans sa vie de tous les jours forcément quand il sera mis en situation de stress à la suite d'une intervention qui l'impacte en tant que victime ou en tant que témoin. Bah oui ce n'est jamais que son comportement quotidien qui sera exacerbé. (participant C), ou encore les pathologies « [...] Certains patients*

*qui ont des affections psychologiques, psychiatriques, sont clairement plus enclins à devenir plus violents, d'autant plus s'ils n'ont pas pris leur traitement. [...] » (participant L)*

Outre les causes individuelles, certains éléments contextuels ont été mis en évidence par les répondants, notamment la peur du patient « *Et la peur qui entraîne ça. Les gens flippent et c'est normal. Ici on va vite. On est en caserne. En trois minutes on est parti.* » (participant E), le stress induit par la situation d'urgence « *Je n'excuse pas la violence, mais les gens viennent aussi dans des situations difficiles. Ils ne savent pas toujours gérer leur stress non plus. On peut aussi comprendre que certaines personnes réagissent de manière un peu plus violente, en tout cas verbalement, parce qu'ils sont un peu perdus, un peu angoissés.* » (participant J), la douleur « *Parfois, c'est juste une mauvaise gestion de leurs émotions sur le moment dans une situation d'urgence qui est qui est stressante, une situation où on a du mal à gérer la douleur, le stress, ses émotions, et ça mène à de la violence.* » (participant M), ou encore l'ensemble de tous ces facteurs confondus.

Conscients que certaines attitudes puissent susciter des réactions violentes, certains professionnels se remettent en question quant à leurs comportement non-verbal ou à ceux de leurs collègues. Ces attitudes, intentionnelles ou non, seraient parfois dues au contexte de travail particulier, souvent stressant et chargé d'émotions intenses auquel ils font face.

*« Mais il y a des journées où c'est pénible. Puis même ça, parfois les gens ne se rendent pas compte. Il y a peut-être un collègue qui va arriver sur place et qui va être moins patient, mais juste avant il vient de voir un accident mortel [...] » (participant I)* « *A force de se faire rabrouer par 3 patients, 4 patients. Le 5<sup>e</sup> il prend. Ça sort beaucoup plus vite. Ça m'est déjà arrivé aussi, je le reconnais, moi, de m'énerver sur des gens. [...] Et peut-être avoir des paroles qui dépassent ma pensée. [...] C'est après que tu te dis que tu aurais mieux fait de te taire.* » (participant J)

Les situations d'urgence nécessitent des interventions rapides pouvant donner des maladresses traduites par un manque d'empathie.

*« [...] Même en voulant bien faire, des fois tu peux être désobligeant envers quelqu'un, c'est un peu maladroit. » (participant G)*

Qu'ils soient basés sur un excès d'autorité ou un manque de patience, certains traits de caractère jouent un rôle dans les comportements violents renvoyés aux professionnels de l'urgence.

*« Je le dis : c'est à cause des collègues. C'est parti en couille avec elle, mais c'est à cause des collègues. [...] leur manière d'intervenir est violente à chaque fois. Une fois qu'ils menotent, la manière de tenir les gens pour les faire avancer. [...] tous les autres jeunes autour se sont dit que l'agression venait de la police. [...] » (participant B)*

*« Je pense que, pour certaines situations, le comportement des soignants n'aide pas non plus. [...] J'en ai vu certains un peu agressifs avec des patients, alors qu'il n'y avait pas forcément l'indication de l'être on va dire. » (participant N)*

Outre les causes supposées citées précédemment, les participants aux entretiens mettent en évidence l'image négative des policiers. Cette perception serait alimentée par plusieurs facteurs. Le rôle répressif qu'endossent les policiers afin de maintenir l'ordre contraste le rôle perçu plus bienveillant et protecteur aux yeux du public, en situation d'urgence.

*« Les gens comprennent bien qu'on n'est pas liés aux forces de l'ordre, qu'on n'est pas là pour leur poser de problèmes. On a quand même une image beaucoup plus positive du pompier ou de l'ambulancier que du policier. On voit bien la réaction des gens. Ce n'est pas du tout les mêmes interactions en fait. [...] » (participant F)*

Cette différence de perception est renforcée malgré le fait que toutes ces disciplines travaillent ensemble dans un but commun qu'est la protection et le bien-être des citoyens.

*« La D1, D2, D3 ont plus ou moins le même style, c'est protéger la population, aider la population. Mais la population voit un peu la D3 comme des gendarmes. Comme des parents qui grondent. Pour ça qu'ils ont une mauvaise renommée. » (participant G)*

Certains participants pointent du doigt les actions controversées de certains policiers pouvant influencer l'image retenue par l'ensemble de la population. Les comportements inappropriés de quelques individus ont des répercussions exacerbées par la couverture médiatique. Une situation particulière devient alors amplifiée par la presse et les réseaux sociaux, renforçant ainsi l'image négative de l'opinion publique.

« L'image de la police est quand même un peu écorchée. **A cause ?** Il faut reconnaître qu'il y a parfois des débordements de la part des policiers. Je pense qu'il y a certains collègues qui ont pu exagérer. Puis, il y a un procès médiatique qui se fait, donc les gens constatent ce qui s'est fait ailleurs. [...] D'une certaine manière, des généralités et des stéréotypes se font. C'est facile de dire que les flics sont tous des connards. » (participant I)

En effet, les réseaux sociaux relayent rapidement les incidents impliquant des policiers, des pompiers, ou encore des infirmiers et des médecins. Cela mène à des jugements hâtifs et une perception biaisée de la réalité quotidienne de chacun de ces acteurs.

« En fait, le problème, c'est qu'avec les réseaux sociaux, tout ce qui est négatif, c'est facile de faire des tiktok et compagnie de ce qu'ils ont vécu de pas bien. Mais ce qu'ils ne considèrent pas dans tout ça, c'est notre travail. [...] » (participant N)

La société a été influencée par l'essor des médias et des réseaux sociaux. Les informations sont disponibles rapidement en temps réel. Cette rapidité d'accès à l'information a changé les manières d'apprendre, de consommer et de communiquer. Cette rapidité d'information a également entraîné une sorte d'impatience généralisée. La population désire des réponses immédiates et justes. Paradoxalement, les médias et les réseaux ont autant rapproché les gens que ce qu'ils les ont éloignés. La population est conditionnée à avoir tout de suite. S'en suit une remise en question permanente de la prise en charge effectuée par les acteurs de l'urgence.

« Je pense qu'il y avait un respect de ce qu'on faisait, une confiance en ce qu'on faisait et maintenant, je pense que les gens [...] sont toujours suspicieux de ce que vous dites, de ce que vous faites et vont toujours remettre en question, et c'est jamais assez bien. Ce que vous faites ne va jamais assez vite, vous les faites attendre trop longtemps. Vous ne donnez pas assez d'informations. [...] **Pourquoi les gens remettent en question ce que vous faites ?** Internet hein. Docteur Google comme je l'appelle. Donc les gens pensent savoir plus [...] Mais y a aussi tout ce qui est média, tout ce qui est réseaux sociaux qui diffusent et donc le moindre petit truc prend une ampleur phénoménale. On est tout de suite fustigé. » (participant J)

### 3.2.3. Anticiper et agir face aux comportements violents

Face à la violence, les professionnels de l'urgence développent et mettent en place des stratégies d'adaptation qui leur sont propre, s'apparentant parfois à de l'improvisation.

*« Il a voulu frapper quoi. [...] Oui bah à la limite dans ces cas-là, on se débrouille un peu comme on peut. [...] Donc on réagit selon un peu son inspiration du moment. » (participant C)*

La communication est prônée pour désamorcer les situations à risque. La gestion de conflit est gérée parfois naturellement par une attitude posée et calme qui semble innée pour certains professionnels.

*« Mais il faut effectivement essayer de parler aux patients, essayer de nouer un contact [...] essayer de comprendre ce qui se passe, d'interroger, voir en quoi on peut aider le patient. [...] On devrait essayer de comprendre pourquoi il était agressif et éventuellement même violent. Cela permet déjà de désamorcer beaucoup de choses. Tout passe par la communication. » (participant P)*

En plus des stratégies de communication utilisées par tous, les policiers, sont plus enclins à utiliser des méthodes physiques pour gérer les comportements violents. Ils recourent aux techniques qui leur ont été apprises.

*« Sinon, pour bien gérer, ouais, t'essayes de dialoguer un maximum avec les gens avant d'en arriver aux mains. Plein de gens ne captent pas ça, il faut arrêter de hurler. [...] Donc ne pas être violent le premier, dialoguer, être patient aussi. » (participant B)*

L'appel aux renforts est également une stratégie utilisée par la plupart des professionnels de l'urgence. Étant le renfort le plus formé à la violence sous toutes ses formes, la police arrive souvent pour aider des autres professionnels à gérer les comportements violents. Reconnaître les limites de ses capacités et savoir solliciter de l'aide est crucial pour garantir la sécurité des acteurs impliqués.

*« On doit favoriser la communication, la discussion, le retrait si nécessaire et l'appel aux renforts compétents. Donc ici les policiers. » (participant C)*

D'un autre point de vue, lorsque certains renforts sont demandés, certains y voient une forme de décharge de responsabilité. C'est notamment le cas lorsque des renforts médicaux sont appelés.

*« Ce qui me dérange en fait c'est l'agressivité. Dans un certain nombre de cas, j'estime que ce n'est pas notre boulot. [...] C'est du problème de l'ordre public, pas de l'ordre médical. [...] j'ai l'impression qu'il a toujours ce manque de prise de responsabilité. [...] on cherche à reporter la responsabilité [...] » (participant P)*

Les avis quant à l'appel de renforts sont alors ambivalents, par peur de faire passer l'idée qu'ils ne savent pas se débrouiller.

L'absence de formation sur le sujet dans un cursus de base de médecine et d'infirmier oblige les agents à se former sur le terrain directement. La méthode est loin d'être idéale, car les individus sont alors plus sensibles au stress, se sentant plus démunis.

*« Je peux pas me dire que je me sens vraiment bien préparé à ce niveau-là. [...] Notamment la violence physique [...] je pense qu'on peut sentir assez démunis. Pour le reste, pense qu'on apprend aussi un peu sur le tas. En fonction des situations qu'on rencontre, on apprend un peu des choses qui fonctionnent et des choses qui ne fonctionnent pas. [...] » (participant M)*

Les pompiers et les policiers semblent avoir des formations. Toutefois, une certaine remise en question quant à l'utilité des formations est rapportée. Les reproches se fondent sur un fossé entre la formation en tant que telle et la réalité de terrain.

*« Pour moi la formation c'est zéro quoi. [...] Dans la pratique, pour moi c'est pas du tout utile. Donc, j'ai vraiment l'impression que c'est une question de caractère personnel, d'attitude, de facilité. » (participant F)*

Cette perception est partagée par la police, qui pourtant, semble être le renfort de choix lorsqu'une situation dégénère. Certains d'entre eux en viennent, eux aussi, à se former sur le terrain.

*« Moi, j'ai vraiment l'impression d'avoir été formée sur le terrain. [...] quand je suis arrivée ici tous les gens qui m'encadraient disaient qu'ils ne nous encadraient pas, mais qu'ils nous formaient à la place. Je me suis formée sur le tas [...] » (participant B)*

L'absence d'une part et le fossé entre la théorie et la pratique d'autre part décourage les participants à s'y intéresser et s'y investir pleinement. Cela conduit à un désintérêt général, poussant les professionnels à revoir leurs priorités en termes de formation.

*« Alors, oui, il existe des formations, mais chacun choisit ce qu'il veut suivre. [...] honnêtement, je n'en ai jamais suivi aucune. En même temps, parce que ça ne m'intéresse pas trop. [...] Il y a plein de sujets bien plus importants pour moi que la gestion de la violence. [...] la violence gratuite, c'est quelque chose que je déteste, et donc c'est aussi probablement pour ça qu'il n'y a aucune motivation à suivre des formations [...] » (participant P)*

Avancer que la violence ne devrait pas faire partie du travail soulève des questions importantes sur le rôle de la formation. L'expérience semble être une base plus solide sur laquelle les professionnels se basent.

*« [...] j'ai l'impression qu'on apprend beaucoup sur le terrain. Donc, peut-être qu'on développe des compétences en gestion de l'agressivité, je ne sais pas. » (participant F)*

Le débriefing d'une situation violente de par le sujet ou la situation semble être demandé par les professionnels.

*« Ça fait 2 fois que les ambulanciers pour cette intervention sont venus vers moi. Ils m'ont remercié du suivi, alors que je n'ai rien fait. Ils sont demandeurs (de débriefing) et ce ne sont pas les seuls. » (participant N)*

Cependant, au lieu de servir comme un outil constructif, il est parfois utilisé à des fins de remontrance.

*« Bien souvent le débrief est utilisé quand cela s'est mal passé. Cela devient une grosse engueulade collective. » (participant C)*

Pour être véritablement efficace, le débriefing se doit de rester bienveillant, en offrant un espace de partage et d'amélioration à chacun.

Compte tenu de la nature stressante et exigeante du métier de l'urgence, les professionnels sont en quête quotidienne d'un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle. Les collègues semblent être un facteur important pour chacun des corps de métiers.

La discipline 1 : « *C'est ce côté humain, un peu comme une bande de gamins. Tu as la chance d'être avec une bande potes. C'est vraiment ça que je recherchais au départ... ce côté où j'aime ce que je fais, [...] Tu vas faire des trucs que t'aimes bien avec tes copains. [...] C'est génial, c'est le bonheur.* » (participant Q)

La discipline 2 : « *L'avantage, c'est que j'ai des supers collègues, et donc on en parle entre nous. [...] Certains collègues sont devenus des amis et on parle à l'extérieur, ça fait du bien aussi. [...] Je pense que c'est important d'être bien entouré. Ça aide beaucoup. Puis, je fais aussi beaucoup de sport à côté, ce qui me permet de vider l'esprit.* » (participant N)

La discipline 3 : « *Le côté collègue, c'est méga important. De manière générale, le corps policier, enfin du moins entre inspecteurs, s'entend bien. On n'est pas là pour se descendre, j'ai jamais vu ça. Et ça, ça fait du bien quoi.* » (participant I)

### **3.2.4. Des répercussions à prendre au sérieux**

Les phénomènes de violence ont des répercussions profondes sur les professionnels de l'urgence. Cela commence par des empreintes douloureuses dans les esprits, et dans les corps.

« *Limite, ce qui m'a marqué le plus, c'est le crachat au niveau du visage, plutôt que le coup de pied. C'est tellement dégradant. [...] Ce qui fait le plus mal, c'est plutôt la... signification ? Ça fait plus mal que de recevoir un coup.* » (participant B)

Les émotions négatives s'accumulant, certains perdent le goût du métier et la patience en découlant. La bienveillance et la motivation se transforment en illusions, laissant place à l'agacement.

« *[...] mais si c'est pour en plus pour se faire insulter, se faire engueuler. Moi avec les des années maintenant, je perds vite patience avec ce genre de choses et mon premier sentiment, c'est plutôt d'être agacé dans cette situation-là.* » (participant P)

En plus des situations compliquées relevant de la sphère privée, viennent s'ajouter une dimension professionnelle.

« *[...] on fait des choses qui sont compliquées. [...] On se souvient des choses parce qu'elles nous marquent. [...] en plus des drames qu'on a personnellement, on a les autres drames.*

*Cette charge émotionnelle est là. A un moment donné, ça pète. Tu sais jamais dire si ça arrivera ou pas. [...] » (participant Q)*

Face à des situations répétées, nombreux sont ceux qui perdent l'envie de parler, ou qui ne dorment plus la nuit.

*« Donc moi la situation m'a perturbé. Je n'ai pas bien dormi de la nuit. Cela m'a fait remonter des interventions pas très sympa, même des trucs vécus il y a 20 ans quoi. » (participant C)*

### **3.2.5. Quand la violence devient une banalité**

Pour la plupart des participants, une tendance inquiétante émerge. Le quotidien serait rythmé de violence, un phénomène perçu comme étant en augmentation.

*« Ca devient de plus en plus quotidien. Ça devient vraiment de plus en plus problématique, parce que c'est quelque chose, au final, qui doit être pris en compte sans l'ensemble des soins. » (participant L)*

Cependant, ces derniers normalisent trop souvent les comportements violents. Et ce, bien que certains estiment que cela ne devrait pas faire partie du travail, comme mentionné précédemment. À titre d'exemple, ces réflexions tirées des entretiens réalisés.

Après avoir mentionné le suicide d'un collègue : *« Je ne peux pas trouver des excuses mais faire la part des choses. Je pense que dans ce métier [...] on doit apprendre à relativiser. » (participant C)*

Après s'être fait menacer de mort : *« [...] on essaye de changer les idées [...] de mettre la situation de manière plus rigolote, si je peux dire, essayer de l'atténuer. Dans mon cas, ce n'était pas non plus la situation du siècle, mais on essaye toujours de faire en sorte que la situation soit mieux digérée. » (participant O)*

Après avoir vu ses collègues se faire menacer avec un couteau : *« Mais voilà bon, on en a rigolé après parce que personne n'a été blessé. Je pense que personne n'en a même parlé aux psychologues en question. On l'accepte, et puis c'est tout. » (participant P)*

L'indifférence peut compromettre leur capacité à réagir adéquatement, mais aussi sous-estimer l'ampleur d'un phénomène on ne peut plus grave.

## 4. Discussion et perspectives

### 4.1. Discussion

*« Parler de la violence et en parler encore est un des meilleurs moyen de la combattre. » (2)*

Comme ce travail le souligne, la violence à l'égard des pompiers, des infirmiers, des médecins et des policiers constitue un problème alarmant trop souvent sous-estimé. (14,16,30) L'objectif est d'accéder à la compréhension en profondeur du phénomène de violence afin de mettre en lumière les différentes perceptions quant aux comportements violents qu'ils subissent en situation aiguë. Cinq thèmes ont été relevés dans les résultats. La discussion apporte des arguments quant à la façon dont la violence se traduit aux yeux des professionnels, permettant d'éclairer cette réalité préoccupante.

Premièrement, la chercheuse a tenté de comprendre pourquoi les professionnels de l'urgence cherchaient à banaliser la violence.

Les participants à l'étude, toutes disciplines confondues, décrivent la violence comme étant en augmentation. Pourtant, le monde moderne serait moins violent. (41) A l'exception des policiers, nombreux sont ceux mentionnant que la violence ne devrait pas faire partie de leur travail. Au vu des nombreux témoignages, force est de constater qu'elle en fait inévitablement partie. La littérature appuie ce fait en mentionnant que la violence fait partie du travail des professionnels de l'urgence. (7) Le signalement serait perçu comme une incapacité à agir de manière compétente (35).

Bien qu'ils perçoivent la tendance à la hausse, bon nombre d'entre eux disent être épargnés par ce phénomène. Cependant, tous les participants sans exception sont capables de citer au moins une situation vécue comme violente. Le fait qu'ils disent ne pas avoir besoin de parler est un autre fait interpellant. Il a été relevé que de nombreux professionnels n'étaient en fait pas en mesure d'évaluer les conséquences des agressions qu'ils subissent. (13) Par conséquent, la réflexion laisse supposer que les participants ne sont pas en mesure d'évaluer correctement les conséquences de ce qu'ils vivent. Une observation avance que le personnel deviendrait insensible aux violences verbales et aux menaces. (42)

Dès lors, ces réflexions laissent à penser que la banalisation et la normalisation seraient devenues incontournables, et ce, pour tous types de violence. Le modèle de Schank et Abelson présenté précédemment (36,37) pourrait expliquer que les professionnels de l'urgence adoptent des comportements stéréotypés de type banalisation afin de répondre à la violence. Ce serait alors une sorte de mécanisme d'adaptation pour affronter la réalité.

Deuxièmement, la chercheuse s'est attardée sur la violence émise par les professionnels eux-mêmes.

Qu'ils fassent partie de n'importe quelle discipline, les professionnels interrogés remettent en question leurs comportements. Volontaires ou non, ces comportements peuvent être perçus comme violents de la part du sujet, qui ne ferait alors que répondre à la violence par la violence. La faute des comportements violents ne serait donc pas imputable qu'aux patients. (11)

Considérant que personne n'est violent sans raison, les participants ont donné plusieurs explications à leur comportement. Ces explications portent principalement sur le manque de temps, le manque de personnel et la surcharge de travail. En effet, ces explications sont celles appuyées par la littérature. (20)

De par leur rôle de maintien de l'ordre, aspirant toutefois au même but que les autres disciplines, les policiers interagissent de manière différente avec le public. En effet pour les pompiers-ambulanciers, les infirmiers et les médecins, le sujet est une victime à sauver. Tandis que pour les policiers, il peut aussi être un ennemi à écarter afin d'en assurer sa protection. (18) L'autorité des services publics n'étant plus acceptée sans conteste (11,19,20), le sujet peut alors voir la police comme étant l'émetteur de violence.

La violence étant décrite comme banale, voire normale pour les professionnels, la chercheuse s'est alors questionnée sur l'éventuel lien entre la banalisation de la violence et le fait de devenir soi-même violent. En d'autres termes, elle s'est demandée si percevoir la violence comme étant une réalité ordinaire pourrait conduire les individus à adopter eux-mêmes des comportements violents. Il est ainsi possible que cette normalisation crée un contexte où les actes violents sont considérés comme acceptables, contribuant ainsi à l'émergence de comportements violents.

Troisièmement et finalement, la chercheuse a tenté de revoir les bases d'une formation efficace et adaptée.

En dépit de l'absence de formation de base sur la gestion de la violence pour certains et de l'inefficacité perçues de celles en place pour d'autres, des conséquences physiques et psychologiques sont constatées. Bien que certains disent ne pas en avoir besoin, les formations semblent importantes. Les humains ne seraient pas capables d'agir raisonnablement dans des situations stressantes. Soit ils fuient, soit ils combattent, soit ils restent prostrés. La prédiction ne peut être envisagée, car les réactions sont souvent instinctives, donc imprévisible. La régulation de ces réactions est possible grâce à la formation. (43)

Pourtant affichée comme étant l'outil idéal en termes de préparation, le pessimisme persiste. Les participants la clament comme étant inutile. Les pompiers disent avoir des formations permanentes obligatoires. Celle portant sur la violence se nomme « gestion de l'agressivité » et comporte un volet théorique et un volet pratique. Les infirmiers disent avoir eu un peu de cours de communication. Les médecins disent ne rien avoir eu dans leur cursus de base. Pour le personnel hospitalier, des formations sont possibles sur base volontaire. Les policiers disent avoir eu des cours nommés « maîtrise de la violence avec et sans arme à feu ». Pour ceux ayant eu une formation, ils regrettent le fossé avec la réalité de terrain. Aucun n'a parlé de simulation en tant que telle. Or, des études ont montré que les formations par le biais de simulations interprofessionnelles semblent porter leur fruit. Ces dernières travailleraient des compétences en termes de travail d'équipe, de communication et de responsabilité. (33,42)

Cependant, ne se limiter qu'à des solutions de formation ne serait que très simpliste. Dès lors, il est nécessaire de prendre en considération le problème à sa juste valeur et de mettre en place des moyens concrets afin de réduire l'incidence de ce phénomène et son impact sur les professionnels. Une prise de conscience, ainsi que des moyens de prévention et d'information doivent être mis en place et à disposition des citoyens et des professionnels de l'urgence. La formation serait alors à revoir comme une stratégie à combiner, plutôt qu'une stratégie à prioriser. Il en va d'une participation organisationnelle plutôt qu'individuelle. (30)

## 4.2. Biais, forces et limites

Plusieurs biais peuvent potentiellement interférer les interprétations des résultats de ce travail. La chercheuse étant infirmière et pompier-ambulancier volontaire, ses expériences et perceptions pourraient inconsciemment orienter la collecte et l'interprétation des données. En recherche qualitative, la subjectivité du chercheur est un paramètre à prendre en compte. En ce sens, il est important de notifier que malgré l'ouverture d'esprit dont elle a fait preuve, il est possible qu'à la suite de la transparence relative à ses fonctions, les participants aient cherché à satisfaire leur interlocutrice, ou encore que celle-ci entraîne l'influence de leurs réponses, apportant ainsi un biais de désirabilité sociale. Outre cet aspect incombant la chercheuse, la méthode non probabiliste par choix raisonné choisie afin de multiplier diversité du public repose aussi et surtout sur le consentement des participants, ce qui implique leur éventuel attrait pour le sujet. Dans ce cas est mentionné le biais de volontariat. Il existe également un biais d'interprétation car l'analyse des données a été réalisée par une seule et même chercheuse. Afin de limiter ces risques, le guide d'entretien utilisé lors de la collecte des données a été revu en fonction des conseils d'un expert et l'étude a été évaluée grâce à la guideline COREQ (*voir annexe 3*).

En revanche, la force qui porte cette recherche repose sur les entretiens individuels, qui constituent la méthode de choix concernant l'exploration de la perception des professionnels de l'urgence cibles de violence. En effet, ces entretiens permettent une compréhension et un partage profond et prometteur de richesse sur le sujet. De surcroît, le fait que ces entretiens soient semi-directifs laisse libre court à l'émergence de nouvelles réflexions de la part des participants. Qui plus est, l'entièreté de ces entretiens s'est déroulée en personne, réduisant les restrictions en termes d'échange.

Le manque de temps et l'organisation constituent les limites de ce travail. En effet, le projet d'entretiens collectifs en plus d'entretiens individuels initialement pensé a dû être revu. L'agenda de chacun des professionnels et celui de la chercheuse ne se coordonnaient pas au point de faire des sessions de groupe.

### **4.3. Perspectives**

L'étude qualitative menée dans ce travail permet de mettre en évidence plusieurs tendances, et offre des pistes pour de futures éventuelles recherches.

Afin d'approfondir la compréhension des dynamiques de groupe, une future recherche pourrait inclure des entretiens collectifs. Cette approche basée sur les interactions entre chaque discipline permettrait d'explorer la co-construction des perceptions mutuelles.

En complémentarité de cette étude, une approche pourrait se focaliser sur les auteurs de la violence envers les professionnels de l'urgence afin d'en comprendre les motivations et de développer d'éventuelles stratégies de plus grande ampleur encore inconnues à ce jour.

Une autre dimension pourrait s'intéresser aux violences interprofessionnelles. Explorer les éventuels conflits et tensions internes permettrait révéler des pistes d'amélioration sur la coopération et la collaboration interprofessionnelle.

## 5. Conclusion

La violence envers les acteurs de l'urgence est un phénomène bien réel. Ce mémoire avait pour objectif de mettre en lumière les différentes perceptions quant aux comportements violents que ces acteurs subissent.

Après de nombreuses recherches, ainsi que des entretiens riches en partage, il est apparu que face à des comportements violents, qu'ils soient pompiers, infirmiers, médecins ou policiers, tous mettent en place des stratégies d'adaptation, incluant une forme naturelle de banalisation du phénomène.

À travers l'exploration des représentations, du vécu, des causes supposées, de la préparation et des répercussions, cette étude concernant la perception de la violence prend en compte des dimensions complexes influencées par de nombreux facteurs révélant la nécessité de mettre en place des stratégies concrètes et efficaces. Cela passe par une prise de conscience, des moyens de prévention et d'information améliorés et l'amélioration de formations, notamment par le biais de simulations interprofessionnelles.

Cette étude souligne l'importance d'aborder la violence envers les acteurs de l'urgence de façon holistique, en intégrant des perspectives de recherche continue à plus large échelle, des interventions pratiques et des soutiens adaptés. Il semble impératif de continuer à explorer cette problématique au niveau sociétal afin de développer un environnement de travail plus sûr et plus respectueux pour la sécurité de tous.

## Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé, editor. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
2. Salamon R. Violence et santé publique. Sud/Nord. 2006;21(1):111–7.
3. Organisation mondiale de la santé. Quarante-neuvième assemblée mondiale de la santé [Internet]. 1996. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/201162/WHA49\\_1996-REC-1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/201162/WHA49_1996-REC-1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Gignon M, Jarde O, Manaouil C. « Violence et santé », autopsie d'un plan de santé publique. Santé Publique. 2010;22(6):685–91.
5. Institute for Economics & Peace. Global peace index. 2022.
6. Domenach JM, Laborit H, Joxe A, Galtung J, Senghaas D, Klineberg O, et al. La violence et ses causes. 1980.
7. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006. 360 p.
8. Isabel V, Dormaels A, Vermeulen C. Cartographie des violences contre les ambulanciers, les pompiers et les travailleurs des services d'urgence. 2022 Jan 31;
9. Inspection générale de la police fédérale et de la police locale. Violence contre et par la police - une synthèse basée sur la GPI 100 [Internet]. 2023. Available from: <https://www.aigpol.be/sites/aigpol/files/attachments/202309-AIG-Rapport%20Violence%20contre%20et%20par%20la%20police-Synth%C3%A8se%20ax%C3%A9e%20sur%20la%20GPI%20100%20%28actualis%C3%A9%20janvier%202024%29.pdf>
10. Police fédérale. Statistiques policières de criminalité [Internet]. 2023. Available from: <https://www.police.be/statistiques/fr/criminalite/statistiques-de-criminalite>
11. Bergman E, Valk H, De Vries M. Agressie tegen publieke dienstverleners. 2013; Available from: <https://www.maklu-online.eu/fr/tijdschrift/panopticon/jaargang-volume-36/issue-5-september-october-2015/agressie-tegen-publieke-dienstverleners//pdf>
12. Abraham M, Flight S, Willelijn R. Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak [Internet]. 2011. Available from: [https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/11sfvpt2\\_onderzoeksrapport\\_Agressie\\_en\\_geweld\\_Publieke\\_Taak\\_DSP-groep.pdf](https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/11sfvpt2_onderzoeksrapport_Agressie_en_geweld_Publieke_Taak_DSP-groep.pdf)
13. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. Int J Nurs Stud. 2015 Jan;52(1):260–70.

14. Bigham BL, Jensen JL, Tavares W, Drennan IR, Saleem H, Dainty KN, et al. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. *Prehosp Emerg Care*. 2014;18(4):489–94.
15. Maguire BJ, O’Neill BJ. Emergency Medical Service Personnel’s Risk From Violence While Serving the Community. *Am J Public Health*. 2017 Nov;107(11):1770–5.
16. Maguire BJ, Browne M, O’Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O’Meara P. International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehospital Disaster Med*. 2018 Oct;33(5):526–31.
17. Loore F.. Agressions envers la police et les services de secours : “il y a une assimilation entre les porteurs d’uniformes.” 2023. Available from: <https://www.parismatch.be/actualites/2023/02/03/agressions-envers-la-police-et-les-services-de-secours-il-y-a-une-assimilation-entre-les-porteurs-duniformes-CYF53RYS3BCK7HNSU3DOVKTE5Y/>
18. van Reemst L, Fischer TFC. Experiencing External Workplace Violence: Differences in Indicators Between Three Types of Emergency Responders. *J Interpers Violence*. 2019 May;34(9):1864–89.
19. Garner Jr. DG, DeLuca MB, Crowe RP, Cash RE, Rivard MK, Williams JG, et al. Emergency medical services professional behaviors with violent encounters: A prospective study using standardized simulated scenarios. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2022;3(2):e12727.
20. Maguire BJ, O’Neill BJ, O’Meara P, Browne M, Dealy MT. Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury*. 2018 Jul;49(7):1258–65.
21. Nieuwenhuys A, Caljouw SR, Leijsen MR, Schmeits BAJ, Oudejans RRD. Quantifying police officers’ arrest and self-defence skills: does performance decrease under pressure? *Ergonomics*. 2009 Dec;52(12):1460–8.
22. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *J Emerg Nurs*. 2014 Jul;40(4):305–10.
23. Sécurité civile. Agresser un pompier, ça n’a rien de drôle ! [Internet]. 2023. Available from: <https://www.civieleveiligheid.be/fr/actualites/agresser-un-pompier-ca-na-rien-de-drole>
24. Larousse É. Définitions : perception - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2024 [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>
25. Poujouly MC. Violence. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cited 2024 May 26]. p. 302–4. (Hors

collection). Available from: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-302.htm>

26. Larousse. Définitions : violence, violences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2024 [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
27. Baron RA, Richardson DR. Human aggression, 2nd ed. New York, NY, US: Plenum Press; 1994. xx, 419 p. (Human aggression, 2nd ed).
28. Dupuis R. Définir les notions d'agression et de violence. 2022.
29. Michaud Y. Définir la violence ? Cah Dyn. 2014;60(2):30–6.
30. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 29;2020(4):CD012662.
31. Betz R. éléments de médecine de catastrophe - planification. Power point presented at; 2023; Liège.
32. Hargarten SW, Waeckerle JF. Docs and cops: A collaborating or colliding partnership? Ann Emerg Med. 2001 Oct 1;38(4):438–40.
33. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. West J Emerg Med Integrating Emerg Care Popul Health [Internet]. 2015 [cited 2023 May 2];16(6). Available from: <https://escholarship.org/uc/item/1ps3c2hz>
34. Larousse. Définitions : victime - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2024 [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/victime/81855>
35. Corbett SW, Grange JT, Thomas TL. Exposure of prehospital care providers to violence. Prehosp Emerg Care. 1998;2(2):127–31.
36. Agnoletti MF, Defferrard J. Schéma de genre et script interlocutoire dans une rencontre galante. Bull Psychol. 2004;57(471):317–28.
37. Chen X. Scripts and conceptual change. In 2004. p. 96–117.
38. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 2015 Jan 1;15(157):50–4.
39. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. DUNOD. 2017. (Psychologie sociale).

40. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
41. Bègue L. *L'agression humaine*. DUNOD. Paris; 2015.
42. Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2019 Jan 1;45(1):24–30.
43. Drew P, Tippett V, Devenish S. Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker prevention strategies and experiences for use in prehospital care. *Occup Environ Med*. 2021 Nov 1;78(11):841–8.

## Annexes

### Annexe 1 : guide d'entretien

#### Rappel du contexte - avant

Entretien :

- « La violence à l'égard des acteurs de l'urgence : perception des victimes » → porte sur la violence des patients envers le personnel présent en situation aiguë (pompiers-ambulanciers/médecins/infirmiers/policiers)
- Environ 1h avec **enregistrement** & retranscription ne permettant pas l'identification (anonymat)
- Consentement au fait d'être enregistré
- Aide précieuse

Présentation personne :

- Prénom ?
- Age ?
- Formation de base & parcours professionnel (pertinent) ?
- Profession actuelle / volontaires (notion de **temps**) ?

#### Guide d'entretien – pendant

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<b>Thème 1 : De la représentation vers une définition</b>		
Pouvez-vous me raconter ce que <b>représente</b> , pour vous, une <b>situation violente</b> ?	Quels sont, pour vous, les <b>synonymes</b> ou les <b>mots</b> qui vous font <b>penser</b> à la violence ?  <b>Si besoin</b> : liste « violence ou pas » ici-bas	Pour vous, quels <b>éléments/critères</b> permettent de qualifier une situation violente ?  <b>Si besoin</b> : Pouvez-vous m'expliquer les différents <b>types</b> de violence qui vous viennent en tête ?
<b>Thème 2 : Expérience (description)</b>		
Pouvez-vous me décrire une situation que vous avez <b>vécue comme violente</b> dans le cadre de votre travail actuel ?	Que s'est-il <b>passé</b> ?	<b>Si besoin</b> : <b>Qui</b> commet la violence ? Quelles ont été vos <b>actions AVANT/PENDANT</b> la situation ? Avez-vous <b>nommé</b> la situation comme étant inconfortable pour vous ?
<b>Thème 3 : Vécu</b>		
Y a-t-il des <b>mots</b> ou des <b>gestes</b> qui vous ont <b>marqué</b> lors de cette situation ?  Qu'avez-vous <b>ressenti</b> ? Quelles ont été vos <b>émotions</b> ?	Considérez-vous la violence comme faisant partie de votre travail <b>au quotidien</b> ?  Pendant l'année 2023, <b>combien</b> de fois avez-vous été <b>exposé</b> à des <b>situations similaires</b> ?	Pensez-vous que ce <b>nombre</b> d'intervention à caractère violent une influence sur votre manière de les <b>gérer</b> ?
<b>Thème 4 : Causes supposées</b>		
Pensez-vous qu'il y ait des <b>raisons</b> au fait d'être la cible de ces situations à caractère violent ?	D'où pensez-vous qu' <b>émane</b> cette violence ? A votre avis, <b>pourquoi</b> ces actes violents sont-ils présents ?	Pensez-vous que ces situations pourraient être <b>évitées</b> ? <b>Oui</b> : comment ? <b>Non</b> : pourquoi ? Uniforme/caractère aigu/stress/attente
<b>Thème 5 : Préparation</b>		
Pouvez-vous me raconter à quel point vous vous sentez <b>prêt</b> à <b>faire face</b> à une situation violente ?	Pouvez-vous me raconter à quel point vous vous sentez <b>préparé/formé</b> ? Formations éventuelles /expérience générale	<b>« Formé »</b> : Comment s'est déroulé cet <b>apprentissage</b> ? <b>« Formé »</b> : Quels seraient vos <b>besoins</b> quant à cette éventuelle préparation/formation ?
<b>Thème 6 : Répercussion</b>		
Pouvez-vous me raconter comme s'est passé « l' <b>après</b> » situation de violence ?	Avez-vous <b>partagé</b> ce qui s'est passé avec une quelconque personne ? Avec <b>qui</b> ? A quel <b>moment</b> ?	<b>Oui</b> : Est-ce que cela <b>changé</b> ou fait <b>évoluer</b> la situation d'une quelconque manière ? <b>Non</b> : Est-ce que cela <b>aurait pu</b> changer ou faire évoluer la situation ? <b>Pourquoi</b> ?

#### Clôture – fin d'entretien

- Terme de l'entretien
- Remerciements
- Questions ?

## Annexe 2 : Demande d'avis au Comité d'Ethique

### Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

*(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)*

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be).  
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : **SOROGÉ Audrey (asoroge@student.uliege.be)**
2. Finalité spécialisée : **Finalité patient critique, option soins intensifs et soins d'urgence**
3. Année académique : **2023-2024**
4. Titre du mémoire : **La violence à l'égard des acteurs de l'urgence : perception des victimes**
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :  
**Faculté de médecine, Sciences de la santé publique**
6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la  
Président-e de Département :  
**DONNEAU Anne-Françoise**
7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :  
**SERON Vincent**  
**Professeur au Département de criminologie, ULiège**  
**vseron@uliege.be**

## 8. Résumé de l'étude

### a. Objectifs

**Comprendre en profondeur la perception des différents acteurs de l'urgence face aux comportements violents des patients, et ce, à travers leurs expériences, leur ressenti, leur interprétation, leurs priorités, etc.**

### b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

**La démarche entreprise est qualitative. Des entretiens individuels et collectifs semi-dirigés seront entrepris, avec l'aide d'une grille d'entretien. Ils dureront environ 45 minutes à 1 heure et seront enregistrés.**

**Les sujets sont des acteurs de l'urgence (H/F/X) travaillant exerçant au sein de la province du Luxembourg :**

- **Pompiers et ambulanciers de la Zone de secours Luxembourg**
- **Policiers exerçant au sein de Zones de Police suivantes : ZP Semois et Lesse, ZP Centre Ardenne, ZP Famenne-Ardenne, ZP Gaume, ZP Sud-Luxembourg, ZP Arlon/Attert/Habay/Martelange**
- **Infirmiers et médecins exerçant au sein d'hôpitaux ayant une fonction extrahospitalière (SMUR) : VIVALIA (hôpitaux de Libramont, Bastogne, Arlon et Marche)**

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Non**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **Non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **Non**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **Non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Non**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? **Non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **Non**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? **Non**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **Non**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **Non**

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 05/10/2023 Nom et signature du promoteur : SERON Vincent



V. Seron



ethique@chuliege.be <ethique@chuliege.be>

12-10-23 15:02



À : Soroge Audrey Cc : MSSP

Bonjour,

Je vous confirme qu'il n'est pas nécessaire de soumettre votre étude au Comité d'Ethique étant donné qu'il ne s'agit pas d'une étude entrant dans le champ d'application de la loi de 2004 et que vous ne souhaitez pas la publier dans une revue scientifique ou médicale.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL  
Secrétariat Administratif  
Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège  
Route 562, Porte 166  
Avenue de l'Hôpital, 1  
4000 Liège  
Tel: +32 4 323 21 58  
ethique@chuliege.be



### Annexe 3 : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

Ci-joint se trouve la grille adaptée en vue de l'évaluative du travail de recherche effectué. (38–40)

n°	item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion</b>		
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
<b>Réponse : un seul auteur a mené les entretiens individuels : SOROGÉ Audrey</b>		
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
<b>Réponse : infirmière diplômée spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente et étudiante en cours d'année diplômante d'un master en sciences de la santé publique</b>		
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
<b>Réponse : étudiante</b>		
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
<b>Réponse : Une femme</b>		
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<b>Réponse : Infirmière en cours d'année diplômante d'un master en sciences de la santé publique. Expérience professionnelle d'étudiante infirmière aux soins intensifs et pompier volontaire. Pas d'expérience dans la recherche.</b>		
<b>Relation avec les participants</b>		
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
<b>Réponse : non, pas personnellement</b>		
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
<b>Réponse : connaissance de l'objectif et du titre de la recherche, connaissance de la description du chercheur en termes d'activité professionnel</b>		
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?
<b>Réponse : signalement de l'objectif de la recherche et des motivations pour le sujet</b>		
<b>Domaine 2 : conception de l'étude</b>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
<b>Réponse : étude phénoménologique</b>		
<b>Sélection des participants</b>		
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
<b>Réponse : échantillonnage non probabiliste par choix raisonné</b>		
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
<b>Réponse : via email et réseaux sociaux</b>		
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
<b>Réponse : 21 participants</b>		
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

<b>Réponse</b> : une seule personne a refusé de participer, par manque de temps		
<b>Contexte</b>		
<b>14</b>	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
<b>Réponse</b> : déplacement du chercheur au domicile de 8 participants et sur le lieu de travail des 13 autres par soucis de facilité pour ces derniers		
<b>15</b>	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
<b>Réponse</b> : enfants de certains professionnels lors d'entretien au domicile		
<b>16</b>	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
<b>Réponse</b> : 8 pompiers-ambulanciers, 3 infirmiers, 5 médecins et 5 policiers travaillant activement depuis au moins 2 ans au sein de la province du Luxembourg, tous âges et sexe confondus		
<b>Recueil des données</b>		
<b>17</b>	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
<b>Réponse</b> : un guide d'entretien semi-directif comprenant des amorces et des questions de relance a été utilisé, testé et modifié au préalable		
<b>18</b>	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
<b>Réponse</b> : oui, 8 fois pour les pompiers-ambulanciers, 3 fois pour les infirmiers, 5 fois pour les médecins et 5 fois pour les policiers, ce qui fait un total de 21 fois		
<b>19</b>	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
<b>Réponse</b> : oui, un enregistrement audio pour chaque entretien		
<b>20</b>	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
<b>Réponse</b> : oui, pendant l'entretien pour permettre de mémoriser d'éventuelles relances		
<b>21</b>	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
<b>Réponse</b> : entre 30 minutes et 1 heure		
<b>22</b>	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
<b>Réponse</b> : le seuil de saturation a semblé atteint pour la chercheuse		
<b>23</b>	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Réponse</b> : non		
<b>Domaine 3 : analyse et résultats</b>		
<b>Analyse des données</b>		
<b>24</b>	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
<b>Réponse</b> : une personne		
<b>25</b>	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
<b>Réponse</b> : le codage est disponible à la demande		
<b>26</b>	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

<b>Réponse :</b> <i>les thèmes ont été déterminés à partir des données</i>		
<b>27</b>	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
<b>Réponse :</b> <i>aucun logiciel n'a été utilisé pour gérer les données</i>		
<b>28</b>	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<b>Réponse :</b> <i>non</i>		
<b>Rédaction</b>		
<b>29</b>	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
<b>Réponse :</b> <i>des citations identifiées ont été utilisées pour illustrer les résultats</i>		
<b>30</b>	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
<b>Réponse :</b> <i>oui</i>		
<b>31</b>	Clarté des thèmes principaux secondaires	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
<b>Réponse :</b> <i>les résultats ont été présentés à l'aide de 5 thèmes (nature des comportements, facteurs favorisants, adaptations stratégiques, répercussions et banalisation en découlant)</i>		
<b>32</b>	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?
<b>Réponse :</b> <i>une discussion est présente dans le travail</i>		