

Ministère de l'enseignement
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO
STOMATOLOGIE**

Année Universitaire 2014 – 2015

Thèse N° ____/

THESE

**ENQUÊTE SUR LES AGRESSIONS CONTRE LES
AGENTS DE SANTE DANS LES STRUCTURES
SANITAIRES DE BAMAKO**

Présentée et soutenue le 07/05/2015 devant la **Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie**

Par

Monsieur *Calvain DIARRA*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : Pr Soukalo DAO

MEMBRE DU JURY : Dr Salif SAMAKE

CO-DIRECTEUR DE THESE: Dr Oumar GUINDO

DIRECTEUR DE THESE : Dr Japhet Pobanou THERA

ENQUÊTE SUR LES AGRESSIONS CONTRE
LES AGENTS DE SANTE DANS LES
STRUCTURES SANITAIRES DE BAMAKO

DEDICACES

Je rends grâce à :

A L'ETERNEL, ma force, mon rocher, mon libérateur et ma forteresse où je trouve un abri ! Mon bouclier, la force qui me sauve, ma haute retraite !

A son serviteur JESUS-CHRIST mon sauveur et seigneur.

Toute ma reconnaissance et mon action de grâce pour ton secours dans la détresse. Ta bonté, ta fidélité et ton amour qui m'ont accompagné tout au long de ce parcours étudiantin et qui, j'en suis sûr, m'accompagneront dans la suite de ce long trajet médical. Honneur, puissance et gloire à ton saint nom.

A MON PERE

Mr Joas Diarra ;

Humble et fidèle serviteur du Dieu Vivant. C'est de toi que j'ai hérité la crainte de Dieu qui est le commencement de la sagesse.

L'éducation et le courage que j'ai reçus de toi ont fortement contribué à ce travail. Merci d'avoir pris soin de moi durant tous ce temps que j'ai passé sur les bancs. Les mots me manquent en ce jour pour t'exprimer ma joie et ma reconnaissance.

A MA MERE

Madeleine Diarra ;

Maman simple et compréhensive, c'est de toi que j'ai appris la patience et la persévérance. L'amour et l'affection que tu m'as donnés me vont droit au cœur.

Merci pour ton soutien inimaginable.

Les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance. Puisse le Tout Puissant te donner santé et longue vie pour jouir du fruit de tes efforts. Je t'aime maman.

A Ma SCEUR

Esther Diarra ;

Tu as toujours été respectueuse et compréhensive à mon égard. Que l'eternel te bénisse et t'accorde joie, paix et amour dans ton foyer. Merci à toi.

- **LA FAMILLE DIARRA à kalabambougou :**

Vous avez toujours été avec moi durant mes études universitaires ; Vous avez contribué à mon succès. Veuillez trouver ici mon amour et ma sincère reconnaissance. Que l'éternel vous accompagne dans vos projets.

- **A Mon MAITRE FORMATEUR :**

Dr Théra Japhet. P

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

- **A MON AMI Dr Dembélé Djonny Jonas et sa fiancée**

Vous m'avez toujours soutenu dans les bons et mauvais temps. Merci pour votre fraternité. Ce travail est aussi le vôtre. Que Dieu vous bénisse dans votre foyer.

- **A MES TANTES :**

Merci pour vos bénédictions et prières, que Dieu vous accorde sa protection divine.

- **A MES ONCLES :**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi durant ce long temps d'étude que le nom puissant de Jésus Christ vous accompagne dans cette vie.

- **A MES COUSINS ET COUSINES :**

Votre amour et vos encouragements m'ont permis de surmonter les moments durs, recevez ici mes sincères remerciements.

- **A MES AMIS :**

Dr Victor Frédéric Dembélé, Nimi Blaise Diarra, Ara Nestor Keita, Romaric Dackouo, Dr Seko H Dembélé etc....

Dieu ne place jamais les hommes au hasard. Vous étiez toujours à mes côtés dans les moments de joie et même d'épreuves. Vos apports multiformes pour la réalisation de ce travail ont été sans limite. Ce travail est le votre.

- **A MON oncle**

FEU ALFRED DIARRA ;

Que l'Éternel veuille t'accueillir dans sa demeure sainte.

- **L'ASSOCIATION PARISI :**

Grâce à cette association, je me trouvais toujours dans la grande famille des
bwa. Merci pour votre amour.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire en maladies infectieuses,**
- **Chef de Service des maladies infectieuses et tropicales du centre Hospitalo-universitaire du Point G**
- **Chef du DER en médecine et Spécialités médicales à la FMOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS**
- **Directeur adjoint du CEREFO**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose: CEREFO/FMOS/NIAID**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies infectieuses et Tropicales)**
- **Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des Pathologies Infectieuses de Langue Française)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre spontanéité et votre ardeur au travail font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Salif SAMAKE

- **Docteur en médecine**
- **Conseiller au ministère de la santé**

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables. Toute notre fierté est d'être encadrée, par vous.

C'est l'occasion pour nous, cher maître, de vous exprimer notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Médecin spécialiste en santé publique**
- **Chercheur à l'agence nationale de l'évaluation des hôpitaux (ANEH)**

Cher maître,

Votre cordialité et votre gentillesse nous ont touchés le long de notre travail à vos côtés.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un être admiré de tous.

Vos conseils ont su guider à bien ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, la marque de notre profonde gratitude et reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Japhet Pobanou THERA

- **Spécialiste d'ophtalmologie**
- **Spécialiste de médecine légale et d'Expertise**
- **Maitre-assistant de Médecine Légale à la FMOS**
- **Maitre-assistant d'ophtalmologie à la FMOS**

Cher maître,

Vous nous avez fait un réel honneur en acceptant de diriger notre thèse.

Recevez nos remerciements pour nous avoir acceptés au sein de votre service.

Votre discipline et votre amour indéfectible du travail font de vous un exemple pour les apprenants que nous sommes.

Votre rigueur et votre sérieux donnent à ceux qui vous côtoient une ligne de conduite pour parfaire leur travail.

Votre respect de l'autre nous laisse voir votre grandeur d'âme.

Pardonnez-nous pour tous nos manquements et nos erreurs au cours du travail

Permettez-nous de vous réitérer notre profond respect et notre admiration et que

Dieu vous accorde une longue vie.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....

II- GENERALITES.....

III- METHODOLOGIE.....

IV- RESULTATS.....

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....

VII- REFERENCES /BIBLIOGRAPHIQUE.....

VIII- ANNEXES.....

Liste des abréviations

- **OMS** (organisation mondiale de la santé)
- **CSRéf** (centre de santé de référence)
- **CHU** (centre hospitalier universitaire)
- **CSCOM** (centre de santé communautaire)
- **ASACOSEK** (association pour la santé communautaire de sébénicoro)
- **CPN** (consultation prénatale)
- **EPA** (établissements publics à caractère administratif)
- **EPH** (établissement public hospitalier)
- **ORL** (Oto Rhino Laryngologie)
- **VIH** (Virus d'Immunodéficience Humaine)
- **SIDA** (syndrome immunodéficience Acquise)
- **APHM** (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille)
- **CVD** (Le Centre pour le Développement des Vaccins)
- **ONG GIP-ESTHER** pour la lutte contre le VIH/SIDA
- **PMA** (paquet minimum d'activités)
- **PAM** (Programme Alimentaire Mondial)
- **DCI** (dénomination commune internationale)
- **MRTC** (Malaria Research and Training Center)
- **DNDS** (La Direction Nationale du Développement Social)
- **UTM** (Union Technique de la Mutualité)
- **PDSC** (Plan de Développement Socio-Sanitaire de la Commune)
- **ITT** (Incapacité temporaire de travail)
- **SOMAPIT** (Société Malienne des Pathologies infectieuses et Tropicales)
- **SAPI** (Société Africaine des Pathologies Infectieuses)
- **SPILF** (Société des Pathologies Infectieuses de Langue Française)
- **ANEH** (agence nationale de l'évaluation des hôpitaux)

I. INTRODUCTION :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) l'agression ou la violence est une menace ou une 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[8].

L'agression faite aux agents de santé se définit comme toute interaction violente soigné-soignant avec dommage corporel ou psychique [1]. Les agressions commises au préjudice des médecins et autres professionnels du secteur de la santé sont une préoccupation constante pour les pouvoirs publics, et ce d'autant que l'agression est toujours très mal vécue par ceux dont le devoir est de soigner en toutes circonstances [2].

C'est un phénomène social en émergence dans notre société, l'agression prend une signification particulière lorsqu'elle touche les personnes lors de leur activité professionnelle. L'agression au travail dépasse aujourd'hui le cadre traditionnel des atteintes physiques pour englober tous les incidents survenant sur les lieux de travail, au cours desquels des salariés sont victimes de comportements abusifs, de menaces verbales ou d'agression psychique impliquant un risque pour leur sécurité, leur santé et plus généralement leur bien-être[4].

Le milieu de soin comme tout autre secteur professionnel en contact avec le public semble particulièrement concerné par ce phénomène, quelle que soit la forme de l'agression. Ainsi le personnel soignant se trouve très souvent face à des personnes, malades, ou accompagnants, en état de vulnérabilité ou de fragilité pouvant favoriser la perte des repères d'une relation sociale civilisée. Ce risque professionnel s'ajoute aux différentes contraintes du travail hospitalier. Ses éventuels effets sur la santé physiques et mentale de l'agent hospitalier sont susceptibles de diminuer la motivation et d'augmenter l'absentéisme, entraînant une altération de la qualité des soins fournis aux patients [4].

Ainsi en France en 2007, 39% des incidents d'agressions faites aux agents de la santé étaient verbales, 29% de vols ou des tentatives de vol, 14% d'agressions physiques, 10% de vandalisme, 5% de menaces ou lettres anonymes, 1% d'autres catégories d'incidents. Les praticiens les plus exposés sont les médecins

généralistes (60%), les lieux d'activité étant préférentiellement le milieu urbain en centre-ville (45%) ou en banlieue (35%) [2].

Au Royaume-Uni 25 à 59% des praticiens exerçant en médecine générale subissaient chaque année des agressions verbales et de 1 à 11% étaient victimes annuellement d'agressions physiques. C'était le plus souvent au cabinet médical (40,2%) que l'agression avait lieu, les violences physiques les plus graves survenant pendant une consultation et durant les visites de nuit [2,5].

A Casablanca, les médecins ont été plus victimes d'agressions verbales que les infirmières (90,9% contre 80,9%) tandis que Les infirmières ont été plus victimes d'agressions physiques que les médecins (40,4% contre 27,3%) [3].

Au Mali, aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet d'où notre intérêt à focaliser notre recherche sur ce thème hautement important pour la sécurité du personnel de santé qui s'intitule : « enquête sur les agressions contre les agents de santé dans les structures sanitaires de Bamako ». Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs.

OBJECTIFS :

I. OBJECTIF GENERAL :

Etudier les actes d'agression subis par le personnel de santé au cours de l'exercice de son travail.

II. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. Déterminer la fréquence des agressions faites aux agents de santé.
2. Déterminer le profil socio-professionnel des agresseurs et des agressés.
3. Déterminer les suites réservées à l'agression.
4. Apprécier la qualité de la prise en charge des victimes.

II. GENERALITES:

A. Base légale en France : [22]

La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires a prévu en faveur des fonctionnaires et agents non titulaires une garantie de protection à l'occasion de leurs fonctions. Le principe de la protection fonctionnelle est posé par l'article 11 de cette loi, dont le premier alinéa dispose que : «Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales ». Cette protection est justifiée par la nature spécifique des missions confiées aux agents publics qui les exposent parfois, dans l'exercice de leurs fonctions, à des relations conflictuelles avec les usagers du service public et qui leur confèrent des prérogatives pouvant déboucher sur la mise en cause de leur responsabilité personnelle, civile ou pénale.

La protection est due aux agents publics dans deux types de situations :

- a. Les agents publics bénéficient de la protection de l'administration contre les attaques dont ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions. Ainsi en dispose le troisième alinéa de l'article 11 : « La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté».
- b. Les agents publics, y compris les anciens agents publics, sont protégés par l'administration lorsque leur responsabilité pénale est mise en cause à l'occasion de faits commis dans l'exercice de leurs fonctions. Le quatrième alinéa de l'article 11, introduit par la loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, prévoit que « la collectivité publique est tenue

d'accorder » sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle. En dehors de ces hypothèses, les agents publics bénéficient d'une garantie contre les condamnations civiles prononcées à raison d'une faute de service. Le deuxième alinéa de l'article 11 dispose en effet que : « Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour une faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui ». Le présent circulaire a pour objet de préciser les conditions et les modalités de mise en œuvre d'une part de la protection fonctionnelle et d'autre part de la garantie civile au bénéfice des agents publics relevant de la fonction publique de l'Etat.

Elle présentera successivement :

- les principes généraux régissant l'octroi de la protection ;
- les procédures et dispositifs communs aux différents types de protection ;
- les règles régissant la protection accordée à l'agent victime d'attaques en lien avec sa qualité d'agent public;
- les règles régissant la protection accordée à l'agent pour lui permettre de se défendre dans le cadre d'un procès pénal intenté contre lui en lien avec l'exercice de ses fonctions ;
- les règles régissant les conditions d'application de la garantie civile
- les mécanismes de remboursement des sommes avancées par l'administration dans le cadre de la protection de l'agent victime d'attaques ;

- les modalités d'organisation de la protection au sein de l'administration.

B. Les types d'infractions et préjudices :

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels, aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

C. Sanction en vigueur au MALI : [21]

ARTICLE 166 du code pénal : Tout individu qui, volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnelle pendant plus de vingt jours, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 500.000 francs. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. S'il y a

eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés. Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3 et 4, l'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra être prononcée.

Selon l'article 178 du même code pénal : Quiconque aura, par paroles, écrits, actes, gestes ou signes conventionnels, menacé autrui d'un attentat contre sa personne qui serait punissable de la peine de mort ou des travaux forcés, sera puni de six mois à trois ans d'emprisonnement. Si les menaces ont été faites avec ordre ou sous condition, la peine sera d'un à cinq ans d'emprisonnement. Quiconque aura, par paroles, écrits, gestes ou signes conventionnels, menacé autrui de coups, blessures, violences ou voies de fait volontaires autres que ceux prévus aux alinéas 2, 3 et 4 de l'article 166 du présent Code, si la menace a été faite avec ordre ou sous condition, sera puni d'un emprisonnement de onze jours à trois mois.

D. Types d'agression et de violence :

Les agressions sont essentiellement de trois types :

- les **violences** dites de « **prédation** » (cambriolages, vols et rackets, homicides) et qui touchent un nombre relativement restreint de professions bien définies, le secteur bancaire notamment ;
- les **violences physiques**, les **menaces** ou les **insultes** qui touchent un très large éventail de professions en butte à l'agressivité de leur clientèle ou de leur public, dans les activités de service notamment ;
- les **actes de destruction ou de dégradation**, dirigés non sur des personnes mais sur des biens matériels, les salariés confrontés à ces actes de vandalisme pouvant se sentir attaqués dans leur travail et leur identité professionnelle.

E. Profil de l'agresseur : [2]

On ne peut pas parler d'un profil unique ou particulier à l'encontre des médecins mais on peut indiquer que certains profils psychologiques ou criminologiques sont plus récurrents que d'autres :

- Les clients anxieux, impulsifs, frustrés, las d'attendre leur tour ou déçus de ne pas obtenir ce qu'ils désirent (prescription, arrêt maladie, prolongation d'arrêt de travail), qui lancent des propos hostiles, diffamatoires ou calomnieux, se livrent à du chantage, des incivilités, des dégradations légères.
- Les alcooliques violents qui peuvent proférer des injures, des menaces contre le praticien ou sa famille et commettre des agressions physiques à l'encontre de leur prescripteur habituel.
- Les toxicomanes (substitués, sous l'effet de substances addictives diverses ou en état de manque) qui perpètrent préférentiellement des vols de numéraires, d'ordonnances, de médicaments et volontiers des menaces et violences physiques en cas de refus du praticien de prescrire les psychotropes qu'ils exigent ;
- Les personnes souffrants de troubles sévères de la personnalité (psychopathes, états limites), de troubles de l'humeur (maniaques, bipolaires, dépressifs) ou d'états psychotiques (schizophrènes, paranoïaques, hypocondriaques délirants). Ces malades mentaux graves sont parfois les auteurs de menaces de mort, de fausses accusations, de harcèlements sexuels ou persécutifs, d'agressions physiques pouvant aller jusqu'à l'homicide spontané ou prémédité.
- Les délinquants de droit commun, assez jeunes en général, qui passent plus volontiers à l'acte lorsque le praticien se rend en visite, notamment dans les quartiers difficiles ou lors des gardes de nuit, profitant de l'isolement de ce dernier pour le voler ou voler son véhicule.

F. Conduite à tenir dans diverses situations de crise :

Le principe essentiel, dans les situations difficiles impliquant des personnes susceptibles d'être dangereuses pour elles-mêmes, autrui et l'environnement, est de privilégier la négociation par rapport à l'action. Le praticien doit donc tenter de gérer une situation de crise aigüe par des mots plutôt que par une réaction défensive de force ou l'utilisation d'une arme, sauf en cas de risque majeur et immédiat pour sa vie , celle de sa famille ou de ses proches collaborateurs, ce que lui permet par ailleurs le cadre de la légitime défense. Il doit donc se manifester calmement, garder le sang-froid et être compréhensif, alerter si possible les secours et surtout ne prendre aucune initiative dangereuse risquant d'aggraver les choses.

Deux éléments sont fondamentaux dans la gestion des situations difficiles ou conflictuelles :

- La communication et l'écoute, en instaurant le dialogue avec l'interlocuteur agressif, en recueillant l'information le concernant, en déterminant les origines du conflit et en essayant de comprendre sa logique ;
- L'évaluation rapide des risques encourus par la recherche du profil physique (sexe, âge, robustesse) et mental (ivresse, excitation, dépression, désorientation, délire) du sujet en crise et par celle des principaux facteurs situationnels de dangerosité : isolement géographique et environnemental du médecin , fuite impossible , éloignement des secours , nature grave des revendications ou infractions, préméditation ou spontanéité des faits , plusieurs intervenants hostiles, menaces de mort , présence d'une arme blanche ou à feu, inefficacité ou impossibilité d'échanges verbaux significatifs et d'explications rationnelles avec l'agresseur.

1. Lors d'une agression verbale

- Eviter la surenchère, rester calme ;
- Tenter de dialoguer ;
- Prévenir la police ou la gendarmerie si nécessaire ;
- Déposer une plainte ou une main courante selon les cas ;
- Remplir la fiche déclarative incident de l'ordre.

2. Lors d'une agression physique

- Eviter la surenchère, rester calme ;
- Tenter de dialoguer ;
- Ne jamais tourner le dos à l'agresseur, rester de face ;
- Essayer de fuir en cas de risque majeur ;
- Aviser ou faire aviser la police ou la gendarmerie le plus rapidement possible ;
- Préserver les traces et indices s'il y a lieu ;
- Donner le maximum de détails du ou des auteurs (description physique et vestimentaire, âge, immatriculation des véhicules, etc.) ;
- Se faire établir un certificat médico-légal initial des lésions traumatiques constatées ;
- Déposer une plainte avec constitution de partie civile lors du dépôt de la plainte ou lors de l'audience ;
- Remplir la fiche déclarative incident de l'ordre.

3. Lors d'un vol à main armée

- Eviter l'escalade et la surenchère par des cris, des injures ou une résistance physique ;
- Etre le plus attentif possible quant à la description de l'agresseur ;

- Etre attentif à la scène et rapporter tous les détails comportementaux, même les plus anodins ;
- Déclencher l'alerte dès que l'agresseur a quitté les lieux ;
- Ne toucher à rien en attendant l'arrivée de la police ou de la gendarmerie ;
- Retenir les témoins éventuels de l'agression ;
- Déposer une plainte avec constitution de partie civile.

G. PREVENTION :

Dans sa politique générale de prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, l'employeur doit prendre des mesures qui visent à lutter contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel sur le lieu de travail.

1. Dans le cadre de la prévention primaire :

L'employeur doit déterminer les mesures matérielles et organisationnelles qui doivent être prises pour éliminer les situations qui peuvent engendrer de la violence ou du harcèlement.

2. La prévention secondaire et tertiaire : ont pour but, si on ne peut pas éliminer les situations qui peuvent engendrer des comportements abusifs, de prévenir la survenance de tels comportements ou d'en limiter les dommages s'ils surviennent. Les mesures matérielles et organisationnelles à prendre sont entre autres :

- la désignation du conseiller en prévention et des éventuelles personnes de confiance ;
- l'instauration d'une procédure interne à l'entreprise qui permet à la personne qui s'estime l'objet de comportement abusif : d'être accueillie et de recevoir les conseils nécessaires ; de bénéficier d'une intervention rapide et impartiale de la personne de confiance et du conseiller en prévention ;

- informer tous les travailleurs des modalités selon lesquelles le travailleur peut faire appel au conseiller en prévention compétent ou à la personne de confiance ;
- la détermination des obligations de la ligne hiérarchique dans la prévention, l'information et la formation des travailleurs.
- des mesures de prise en charge des victimes, par exemple dans le cadre de la remise au travail des travailleurs qui ont été victimes de comportements abusifs. L'employeur doit porter une attention particulière sur les mesures à prendre vis-à-vis des travailleurs qui entrent en contact avec des tiers. Pour l'aider à mener sa politique de prévention, il est tenu un registre auprès du conseiller en prévention ou de la personne de confiance dans lequel les travailleurs peuvent mentionner les faits de violence ou de harcèlement dont ils estiment avoir été l'objet de la part d'un tiers à l'entreprise. L'employeur doit donc désigner un conseiller en prévention spécialisé dans les aspects psychosociaux du travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. L'employeur qui occupe moins de 50 travailleurs doivent faire appel à un conseiller en prévention d'un service externe, tandis que l'employeur qui occupe plus de 50 travailleurs, doit décider après avis préalable du comité pour la prévention et la protection du travail si les missions attribuées au conseiller en prévention spécialisé seront exécutées par un conseiller en prévention du service interne ou s'il fait appel à un service externe. S'il décide de faire appel à un conseiller du service interne, il devra obtenir l'accord préalable de l'ensemble des membres représentant les travailleurs au sein du Comité de prévention et pas cet accord, l'employeur doit demander l'intervention de l'inspection du Contrôle du bien-être au travail. Si suite à cette intervention aucun accord n'est trouvé, il doit faire appel à un conseiller en prévention d'un service externe. S'il décide de faire appel à un service externe, il devra obligatoirement s'adresser au service auquel il est déjà affilié. De

plus, l'employeur a la possibilité de désigner une ou plusieurs personnes de confiance qui interviennent exclusivement dans la recherche de solutions de manière informelle.

H. PRISE EN CHARGE DE LA VICTIME : [20]

Lorsqu'un agent est victime dans son exercice professionnel, sa prise en charge se fait à plusieurs niveaux :

1. Clinique :

La prise en charge est physique et rapide, voire médicalisée, en vue de l'orientation de la victime selon son état de santé et son choix d'établissement. Un examen médico-légal est alors demandé, les renseignements utiles recueillis, les éléments de preuve conservés, les traces et les indices préservés.

2. Psychologique et sociale :

La prise en charge est immédiate et systématique, selon la procédure formalisée par l'établissement.

3. Administrative :

La prise en charge s'effectue en plusieurs étapes :

- remplir la fiche d'événement indésirable et rédiger un rapport circonstancié,
- constituer un dossier d'accident du travail,
- informer la victime sur ses droits (notamment la possibilité de prendre contact avec le défenseur des droits),
- constituer un dossier sinistre par l'établissement.

4. Juridique :

La prise en charge porte sur l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte, voire sur l'assistance et la protection juridiques avec mise à disposition d'un avocat et sa prise en charge financière par l'établissement.

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre :

- prendre rendez-vous avec les forces de l'ordre le plus rapidement possible.
- garantir le dépôt de plainte par la victime et/ou l'établissement.

En interne :

- assurer les mesures de protection de la victime
- mettre en place une cellule de crise et de communication selon la situation,
- prendre une sanction disciplinaire à l'égard de l'auteur du fait de violence si celui-ci est agent de l'établissement (avec renvoi au règlement intérieur, à réévaluer si besoin),
- rédiger un rapport d'imputabilité au service,
- saisir les instances concernées.

5. Suivi de la victime :

Le suivi constitue l'appui indispensable d'une lutte efficace contre les violences en milieu hospitalier.

L'agent victime doit systématiquement :

- informer son établissement de toutes les suites procédurales dont il aura connaissance (convocation, factures, etc.)
- transmettre ses informations à son établissement ou à l'avocat mandaté.

L'agent peut solliciter, même plusieurs semaines suivant l'événement :

- une aide, un soutien, un accompagnement social et/ou psychologique,
- sa participation à des groupes de parole, une indemnisation de ses préjudices auprès de l'administration de son établissement.

METHODOLOGIE :

I. CADRE ET LIEU D'ETUDE :

Notre étude a été menée dans le district de Bamako au niveau du CHU Gabriel TOURE, du centre de santé de référence de la commune V, du centre de santé communautaire de Sébénicoro et de l'hôpital Mali-Gavardo. Les quatre structures ont été choisies sur la base de : leur fréquentation, leur position géographique et leur accessibilité.

1. Présentation de l'hôpital Gabriel Touré :

- 1.1 Présentation de l'hôpital Gabriel Touré :

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959. Situé en commune III et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURÉ » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste. Il a contracté la maladie au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE (hôpital national), était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992 ; avant de devenir (EPH) par la loi 02-050 du 22 juillet 2002. Par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003, il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. Le centre hospitalier universitaire Gabriel Toure est l'un des plus grands hôpitaux du Mali, et certainement le plus fréquenté du fait de sa proximité, situé au centre-ville de Bamako. La loi 02-050 portant loi hospitalière au Mali, la loi 03-022 portant création de l'hôpital Gabriel Touré, la charte du malade et de nombreux autres textes généraux organisent le service public hospitalier, et le service au public, et déterminent les droits du malade vis-à-vis de l'institution hospitalière et de son personnel.

- **1.2 Missions de l'hôpital Gabriel Touré :**

Aux termes de la loi (n°03-022 AN-RM) susmentionnée il a été assigné à l'hôpital, quatre (04) missions principales à savoir :(1) Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ; (2) Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ; (3) Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ; (4) Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

- **1.3 Services administratifs, départements, et services de spécialité :**

Les services administratifs de l'Hôpital Gabriel TOURE se composent de la direction administrative ; du bureau de l'agent comptable ; du bureau du contrôleur financier ; du bureau du surveillant général ; du bureau des entrées (service des recettes), du service de maintenance biomédicale.

Conformément à la décision n° 0386/DGHGT du 30 novembre 2009, suite à la mise en œuvre du projet d'établissement, l'hôpital Gabriel TOURÉ est composé de sept (7) départements regroupant 27 services et des unités. Il s'agit de :

- **Département de médecine regroupant les services suivants :** Hépto-Gastro-entérologie ; Cardiologie ; Neurologie ; Diabétologie ; Dermatologie.
- **Département de chirurgie regroupant les services suivants:** Chirurgie générale ; Traumatologie et orthopédie ; Oto Rhino Laryngologie (ORL) ; Urologie ; Neurochirurgie ; Chirurgie pédiatrique ; Médecine physique (Kinésithérapie).
- **Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence** comprenant les services : Anesthésie ; Réanimation adulte ; Service d'Accueil des Urgences.
- **Département de gynécologie-Obstétrique** qui regroupe les services ci-après : Gynécologie ; Obstétrique.

- **Département d'imagerie médicale** comprenant les services : Scanner ; Mammographie et radiologie conventionnelle.
- **Département des services médico-techniques** qui comprend les services : Laboratoire d'analyses médicales ; Pharmacie.
- **Département de pédiatrie** composé de deux services : Pédiatrie générale ; Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative. Chaque département est dirigé par un Chef de département.

- **1.4 Capacités d'accueil, ressources humaines et partenaires :**

L'hôpital dispose actuellement de 441 lits. L'hôpital Gabriel Touré emploie 630 personnes dont 64% de professionnels de la santé (gradués dans diverses disciplines, 35% sont des médecins, et 7% sont des sages-femmes, et les autres 57% des infirmiers à divers paliers de soins (assistants médicaux, techniciens supérieurs, techniciens de santé), et 19% sont du personnel d'appui (sans diplôme professionnel) et 17% sont du personnel administratif (administrateurs civils, cadres financiers, comptables, juristes, communicateurs). Ces ressources humaines sont réparties entre 21 unités opérationnelles¹ appelées services techniques eux-mêmes regroupés en services administratifs, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, pharmaceutiques et médico-techniques.

Les partenaires du CHU sont essentiellement :

- ✓ L'OMS à travers les partenariats Africains pour la Sécurité des Patients «APPS»
-

- ✓ L'UNICEF pour la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition
- ✓ Le Centre pour le Développement des Vaccins (CVD)
- ✓ L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), partenariat à redynamiser
- ✓ L'ONG GIP-ESTHER pour la lutte contre le VIH/SIDA
- ✓ L'ONG Save The Children et le Projet KANGOUROU avec le GP/SP
- ✓ Le GFAOP dans le cadre de la lutte contre le cancer de l'Enfant
- ✓ Le PAM (Programme Alimentaire Mondial)
- ✓ La Fondation pour l'Enfance
- ✓ La Fondation Partage
- ✓ La Fondation THIAM
- ✓ Le MRTC (Malaria Research and Training Center)
- ✓ Le Gouvernorat du District de Bamako
- ✓ La Mairie du District de Bamako
- ✓ La Direction Nationale du Développement Social (DNDS)
- ✓ L'UTM (Union Technique de la Mutualité)
- ✓ L'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale)
- ✓ EDM –SA (Energie du Mali Société anonyme)
- ✓ Mutuelle des forces Armées (Armée de l'air)
- ✓ Le SAMU social
- ✓ Des donateurs anonymes et diverses autres associations religieuses et bénévoles.

2. Présentation du centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) du district de Bamako :

Dans la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chacune des six communes du District de Bamako.

C'est ainsi qu'en **1982** fût créé le Centre de Santé de la Commune V

(Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau technique minimal. Dans le cadre de la politique Sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de Développement Socio-Sanitaire de la Commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé, dont 9 sont fonctionnelles et le centre de santé de la commune a été restructuré. Par la suite le centre fut érigé en Centre de Santé de Référence à cause du mode de fonctionnement interne qui fut un succès. Le centre de santé de référence compte plus **165** travailleurs de toutes les catégories et est dirigé par un Médecin chef. Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'Etat, soit des contractuels.

3. Présentation du Cscm de sébénicoro(ASACOSEK) :

Sébénicoro est un quartier de la commune IV du district de Bamako situé sur la rive gauche du fleuve Niger. Le Cscm de sébénicoro est une structure communautaire de 1^{er} niveau créée en **1991** sous le nom de ASACOSEK (association pour la sante communautaire de sébénicoro) avec pour **1^{er} président Mr Souleymane BERTHE** (01/01/1991 au 03/06/2007).

Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, il est chargé :

- de fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations para – cliniques courantes ;
- d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;
- de développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile,

planning familial vaccination, éducation pour la santé) ;

- d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).

Le centre compte dans son sein un bloc de dispensaire avec 4 salles (composé : du bureau du médecin chef ; bureau du major ; le bureau de l'agent comptable et le laboratoire). Un bloc de maternité composé de 8 salles ; Un bloc de soin composé : (deux salles de soin ; d'une salle de garde ; d'une salle de consultation de l'équipe de garde ; une salle de perfusion et une salle de pharmacie), un guichet, 2 magasins ,5 toilettes externes et 2 toilettes internes. Il compte **27 personnels** dont : 1 médecin ; 6 sages femmes ; 1 infirmier d'état ; 1 infirmier du 1^{er} cycle ; 3 infirmières obstétriciennes ; 1 laborantin ; 6 aides soignants ; 1 matrone ; 1 pharmacien ; 3 aides comptables ; 1 manœuvre et 2 gardiens.

4. Présentation de l'hôpital Mali-Gavardo :

L'hôpital Mali-Gavardo est une structure privée de la mission catholique qui se trouve à sébénicoro en commune IV du district de Bamako situé sur la rive gauche du fleuve Niger. Il a été créé en février 2007 par des missionnaires italiens. Le centre compte dans son sein :

- Une salle de dialyse
- Une salle d'accouchement
- Une salle de CPN
- Deux salles de consultation médicale
- Une salle de consultation ophtalmologique
- Une salle de consultation d'odontologie
- Une salle de soins
- Deux salles d'hospitalisation

- Un bloc opératoire
- Une pharmacie
- Un laboratoire
- Une salle de vaccination
- Un bloc administratif
- Une salle d'échographie
- Une salle de garde
- Deux toilettes

Il compte 24 personnels dont : 3 médecins généralistes ,4 sage-femme ,2 infirmières obstétriciennes, 7 infirmiers d'état, 2 pharmaciennes, une secrétaire d'administration, 2 billeteurs et 4 gardiens.

II. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée entre Mars 2014 et janvier 2015.

1. Population d'étude :

Elle a été constituée par les personnels du CHU Gabriel Touré, du centre de référence de la commune V, L'hôpital Mali-Gavardo et du Cscm de sébénicoro.

2. Echantillonnage :

2.1 La taille de l'échantillon :

L'effectif minimal a été déterminé suivant la formule de Schwartz ci-après :

$$n = z^2 \times p \times q / i^2$$

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite ($z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95%)

n = taille de l'échantillon

α = risque estimé à 5 %

p = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique. La taille de l'échantillon étant déterminée en fonction des éléments ci-après : $p = 39\%$ (France 2007) [2].

$$q = 1 - p$$

i = précision de l'étude (marge d'erreur = 5%).

$$i = 5\%$$

Ainsi :

$$N = (1,96)^2 \times 0,39 \times 0,61 \div (0,05)^2 = 366$$

Les 366 cas ont été repartis entre les 4 structures selon leur popularité (CHU Gabriel TOURE : 50% ; CSRéf CV : 25% ; ASACOSEK : 15% ; HOPITAL Mali-Gavardo : 10%).

2.2 Déroulement de l'enquête :

Nous avons procédé à l'interrogatoire de toutes les personnes qui se sont prêtées à nos questions, au sein du CHU Gabriel Touré ; du centre de référence de la commune V ; l'hôpital Mali-Gavardo et le Cscm de sébénicoro.

2.3 Critères d'inclusion :

Toutes les personnes ayant consenti à participer à la présente étude et qui travaillent au sein de ces différentes structures.

2.4 Critères de non inclusion :

Toutes les personnes travaillant au sein de ces différentes structures n'ayant pas donné leur consentement et toutes les personnes qui ne travaillent pas dans ces différentes structures.

III. Collecte et analyse des données :

Les données ont été recueillies sur un questionnaire, leur saisie et leur analyse ont été faites sur les logiciels World et Epi info 3.5.3.

IV. Considération éthique :

4.1. Démarches administratives :

Nous avons adressé une lettre à ces différentes structures : CHU Gabriel TOURE ; Centre de Santé de Référence de la commune V ; Centre de Santé Communautaire de Sébénicoro, Hôpital Mali-Gavardo. Le centre de référence de la commune V, le Cscm de sébénicoro et l'hôpital Mali-Gavardo nous ont donné une réponse d'autorisation verbale. L'hôpital Gabriel Touré a donné une lettre d'autorisation écrite. Nous avons ensuite procédé à l'interrogatoire du personnel qui a accepté de répondre à notre questionnaire. Nous avons commencé l'enquête par l'hôpital MALI-GAVARDO ensuite le Cscm de sébénicoro puis l'hôpital Gabriel Touré et finir par le centre de référence de la commune V.

4.2. Consentement éclairé :

Le but de l'étude ainsi que ses procédures ont été expliqués à chaque participant(e). Le choix a été donné à chacun des participant(e)s de décider volontairement. Ils ont été également rassurés que la non participation n'engendre pas de conséquences néfastes. Le consentement éclairé a été verbal.

4.3. Confidentialité et anonymat :

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'évertua au respect des aspects suivants :

- respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adaptée.
- garantir la possibilité de retrait sans sanction.
- garantir la confidentialité et l'anonymat.

4.4. Valeur scientifique de l'étude :

Cette étude servira de base de données pour les chercheurs dans le futur.

Tableau I : Variables étudiées

Variables	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Sexe	Qualitative		Interrogatoire
Spécialité	Qualitative		Interrogatoire
Statut matrimonial	Qualitative		Interrogatoire
Agression	Qualitative		Interrogatoire
Type d'Agression	Qualitative		Interrogatoire
Lieu	Qualitative		Interrogatoire
Circonstances	Qualitative		Interrogatoire
Horaires	Qualitative		Interrogatoire
Incapacité de travail	Qualitative		Interrogatoire
Réaction	Qualitative		Interrogatoire

V. Référence :

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver.

Tableau II : Chronogramme de la thèse : Diagramme de GANT

Période d'examen Activités	Janvier 2014 à janvier 2015	Février 2014 à Mars 2014	Avril 2014 à Avril 2015
Recherche Bibliographique	+	+	+
Elaboration du protocole	+	+	
Collecte des données	+	+	
Rédaction du draft		+	+
Correction Dr THERA	+	+	+
Correction Dr GUINDO	+	+	+
Correction Dr SAMAKE			+
Correction Pr DAO			+
Soutenance			

VI. Définitions opérationnelles:

L'agression : c'est une menace ou une 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.

L'agression faite aux agents de santé se définit comme toute interaction violente soigné-soignant avec dommage corporel ou psychique.

Le patient agressif : c'est celui qui exprime une pulsion dont le contrôle est incertain.

Le patient dangereux : c'est celui qui est susceptible de commettre un passage à l'acte violent avec des gestes violents ou non.

Le patient violent : c'est celui qui est déjà passé à l'acte et continue à le faire, se situant au niveau de l'agir seulement.

L'infraction : Action ou omission, définie par la loi pénale et punie de certaines peines également fixées strictement par celle-ci.

Le délit : Au sens strict, le délit est une infraction dont l'auteur est punissable de peines correctionnelles. Les peines correctionnelles encourues par les personnes sont l'emprisonnement (11 jours à 5 ans), l'amende, travail d'intérêt général et des peines privatives ou restrictives de droits.

Le crime : C'est une infraction de droit commun ou infraction politique, sanctionnée, pour les personnes physiques, de la réclusion de (5 à 20 ans), de la détention à perpétuité ou la peine de mort voire d'une peine d'amende et des peines complémentaires. Pour les personnes morales, de l'amende et, dans les cas prévus par la loi, de peines privatives ou restrictives de droits.

La contravention : c'est une infraction que le code pénal punit d'une peine de simple police.

Le préjudice : c'est une atteinte portée aux droits, aux intérêts, au bien être de quelqu'un, du fait d'un tiers.

Notre étude a porté sur 366 personnels de santé enquêtés réparties des 4 structures sanitaires de Bamako (CHU Gabriel Touré, CSRef CV, ASACOSEK et hôpital Mali-Gavardo) dont 226 personnels ont été agressés (61,7%).

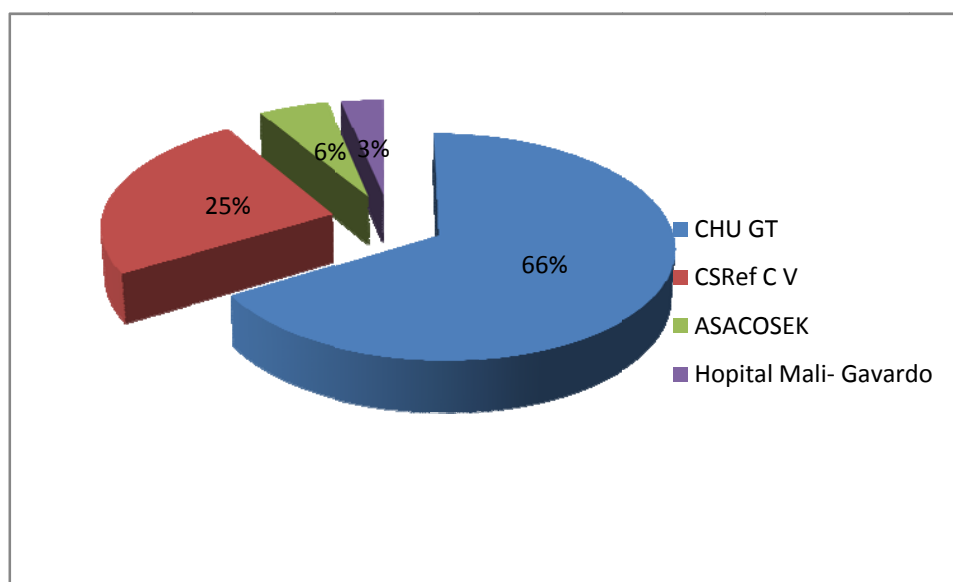


Figure 1 : Proportion du personnel enquêté par structure

Le CHU GABRIEL TOURE a enregistré le plus grand nombre de personnel enquêté soit 66%(n=243).

Tableau I : Répartition du personnel enquêté selon le sexe

Sexe	N	%
Masculin	224	61,2
Féminin	142	38,8
Total	366	100

Le sexe masculin représentait 61,2%(n=224) avec un sexe ratio H/F=1,6.

Tableau II : Répartition du personnel enquêté selon l'âge

Age	N	%
20-30 ans	200	54,6
31-40 ans	137	37,4
41 ans et Plus	29	8
Total	366	100

Dans notre étude 54,6% (n=200) du personnel avait l'âge compris entre 20-30 ans.

Tableau III: Répartition du personnel enquêté selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	N	%
Marié	221	60,4
Célibataire	142	38,8
Divorcé	1	0,3
Veuve/veuf	2	0,5
Total	366	100

Les mariés étaient les plus représentés soit 60,4% (221).

Tableau IV : Répartition du personnel enquêté selon leur qualification

Qualifications	N	%
Médecins spécialistes	21	5,8
Médecins généralistes	66	18
Sages-femmes	45	12,3
Infirmier /ière(s)	97	26,5
Aides soignant/es	6	1,6
Internes	95	26
Autres	36	9,8
Total	366	100

Autres : pharmaciens=16 Etudiants=8 Service social =12.
Dans notre étude les infirmiers représentaient 26,5% (n=97).

Tableau V : Répartition du personnel de santé selon la survenue d'une agression

Survenue d'une agression	N	%
Oui	226	61,7
Non	140	38,3
Total	366	100

Dans notre étude 61,7% (n=226) du personnel ont été agressés.

Tableau VI : Répartition du personnel de santé agressé selon leur centre

Agression selon le centre	N	%
CHU GT	158	69,9
CSRéf C V	51	22,6
Cscom sébénicoro	10	4,4
HOPITAL Mali-Gavardo	7	3,1
Total	226	100

Dans notre étude le personnel de santé du **CHU Gabriel Touré** était le plus agressé soit 69,9% (n=158).

Tableau VII: Répartition selon le sexe du personnel agressé

Sexe du personnel agressé	N	%
Masculin	149	65,9
Féminin	77	34,1
Total	226	100

Dans notre étude le sexe masculin était le plus agressé soit 65,9%(n=149).

Tableau VIII : Répartition du personnel de santé selon le type d'agression

Type d'agression	N	%
Verbal	217	96
Physique	9	4
Total	226	100

L'agression verbale était la plus représentée soit 96%(n=217).

Tableau IX : Répartition du personnel agressé selon leur qualification

Agression et qualification	N	%
Médecins spécialistes	6	2,7
Médecins généralistes	48	21,2
Sages-femmes	22	9,7
Infirmier /ière(s)	66	29,2
Aides soignant/es	4	1,8
Internes	58	25,7
Autres	22	9,7
Total	226	100

Autres : pharmaciens, étudiants, service social.

Dans notre étude le personnel de santé le plus agressé était les infirmiers soit 29,2%(n=66).

Tableau X : Répartition du personnel de santé selon le type de lésions

Types de lésions	N	%
Pas de lésions	223	98,6
Ecchymoses	3	1,4
Total	226	100

Le personnel de santé ayant été agressé physiquement ne présentaient que des ecchymoses soit 1,4%(n=3).

Tableau XI : Répartition du personnel de santé selon le lieu d'agression

Lieu d'agression	N	%
Bureau	108	47,8
Lit du malade	57	25,2
Cour du centre	61	27,0
Total	226	100

Dans notre étude les agressions au bureau (salle de consultation) étaient les plus représentées soit 47,8 % (n=108).

Tableau XII : Répartition du personnel agressé selon les circonstances de l'agression

Circonstances de l'agression	N	%
Insatisfaction dans la prise en charge	68	30,4
Défaut du triage	31	13,7
Situation mentale	15	6,6
Délai d'attente trop long	77	33,9
Demande de paiement de la consultation	35	15,4
Total	226	100

Dans notre étude les patients qui pensaient que leur délai d'attente était trop long représentaient 33,9% (n=77).

Tableau XIII : Répartition selon la période de survenue de l'acte d'agression

Période de l'agression	N	%
Matin	107	47,5
Après midi	46	20,3
Nuit	73	32,2
Total	226	100

Selon notre étude 47,5% des agressions avaient lieu le matin.

Tableau XIV: Répartition selon Les conséquences de l'agression

Conséquences	N	%
Pas d'ITT	214	94,3
1 à 3jours	12	5,7
Total	226	100

Le personnel agressé ayant eu une incapacité totale de travail représentait 5,7% (n=12).

Tableau XV : Répartition selon le statut de l'agresseur

Statut de l'agresseur	N	%
Malade	28	12,4
Accompagnant	192	86,7
Autres	6	0,9
Total	226	100

Autres : collègues, membres de la famille.

Dans notre étude les agressions ont été faites majoritairement par les accompagnants soit 86,7% des cas (n =192).

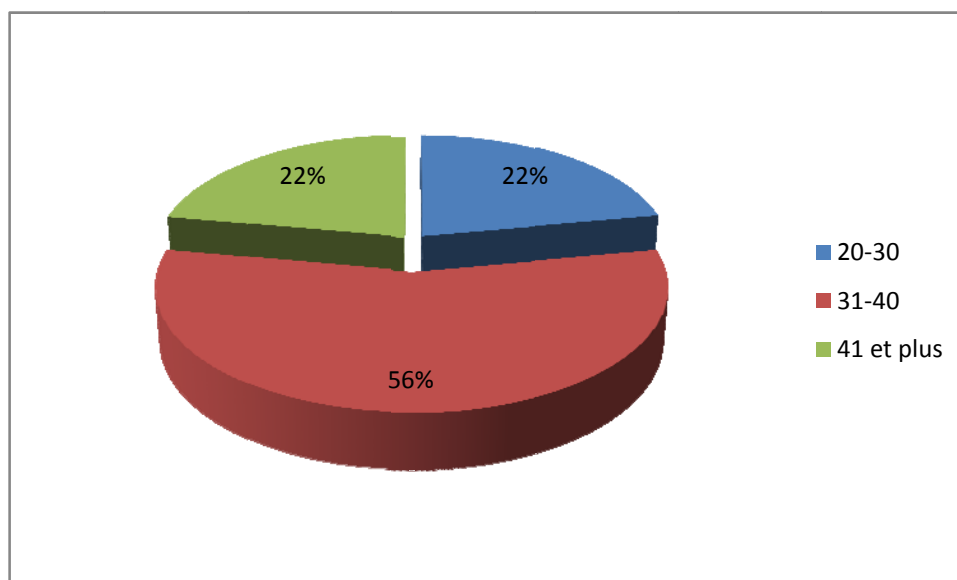


Figure 3 : Estimation de l'âge de l'agresseur

Dans notre étude 56% des agresseurs avaient l'âge compris entre 31 et 40ans (n =126).

Tableau XVI : Répartition selon le sexe de l'agresseur

Sexe	N	%
Masculin	198	87,7
Féminin	28	12,3
Total	226	100

Le sexe masculin était le plus agressif avec 87,7% (n=198).

Tableau XVII : Réaction du personnel agressé face à l'acte d'agression

Réaction à l'agression	N	%
Pas de réaction	185	81,1
Verbale	36	14,2
Physique	5	4,7
Total	226	100

Dans notre étude 81,1% (n=185) du personnel agressé n'avait pas réagit à l'acte d'agression.

Tableau XVIII : Répartition du personnel de santé selon le mode de règlement de l'agression.

Règlement de l'agression	N	%
Règlement à l'amiable	197	87,2
Règlement avec l'administration	25	11
Poursuites judiciaires	4	1,8
Total	226	100

Dans notre étude, 87,2% des agressions ont été réglés à l'amiable (n=197). Les poursuites judiciaires se sont limitées à la police judiciaire.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur 366 personnels de santé répartis dans quatre structures dont le CHU Gabriel TOURE, le CSRéf CV, le CSCOM de Sébénicoro et l'hôpital Mali-Gavardo.

Les quatre structures ont été sélectionnées en raison de leur fréquentation, leur accessibilité et par rapport à leur situation géographique.

A noter que certains personnels de santé de ces structures n'ont pas participé à cette étude pour des raisons personnelles malgré l'assurance de la confidentialité de notre enquête.

I. Statut sociodémographique :

- Le centre :

Le personnel de santé du **CHU Gabriel TOURE** était le plus représenté soit 66% (n=243), cela pourrait s'expliquer par le fait que le **CHU Gabriel TOURE** représentait le maximal de personnel de notre échantillon et en plus c'est un centre hospitalier universitaire qui accueille un grand nombre de malades.

- L'Age :

Dans notre étude, l'âge moyen de la population était de 28 ans, avec des extrêmes de 20 et 57 ans. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 20 et 30 ans soit 55% (n=200). Dans notre pays la population civile est majoritairement jeune. Ce résultat est inférieur à celui d'**Akrout M [6]** qui avait trouvé une tranche d'âge de 20 à 40 ans à 72,6%.

- Le sexe :

Le sexe masculin était le plus représenté soit 38,8% (n=224 avec un sexe ratio H/F=1,6); Cela pourrait s'expliquer par le fait que le personnel de santé masculin était plus représenté que le personnel de santé féminin à notre étude ; **Ladhari N [4]** avait trouvé un sexe ratio H/F=1,7.

- Le statut matrimonial :

Les mariés représentaient 60,4% (n=221) dans notre étude étant donné que l'âge moyen du mariage dans notre pays est de 18 ans pour les hommes et 15ans pour les femmes selon **l'article 4** du code de mariage du Mali **[23]**.

- La spécialité ou la qualification :

Dans notre étude les médecins généralistes représentaient 18% (n=66) contrairement aux infirmiers qui étaient de 26,5% (n=97), cela s'explique

par le fait que l'effectif des infirmiers est plus élevé que celui des médecins dans notre pays.

II. Statut agression :

- Agents agressés :

Le personnel de santé qui a été agressé représentait 61,7% (n=226) ; ce taux élevé pourrait s'expliquer par le caractère agressif de la population nationale qui est majoritairement jeune.

- Agents agressés par centre :

Le personnel de santé du **CHU Gabriel TOURE** était le plus agressé soit 69,9%(n=158) ce qui s'expliquerait par le fait que c'est un centre hospitalier universitaire qui accueille un grand nombre de malades et compte plus de 50% du personnel enquêté .

- Type d'agression :

L'agression verbale était la plus représentée avec 96%(n=217) ; cela s'expliquerait par le fait que l'agression physique n'est pas fréquente dans notre société. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Toutin T et Bénézech M** qui avaient trouvé 39% d'agression verbale en France [2] et d'**Acharhabi** qui avait trouvé 82,8% [3].

- Agressions selon la qualification :

Notre étude a montré que le personnel de santé le plus agressé était les infirmiers soit 29,2%(n=66) tandis que les médecins généralistes représentaient 21,2%(n=48) .ce taux plus élevé des infirmiers pourrait être dû à leur exposition plus élevée que les autres agents de santé. Ce résultat est inférieur à celui d'**Akrout M** qui avait trouvé 48,1% [6].

- Lieu d'agression :

Les agressions au bureau (salle de consultation ou de soins) représentaient 47,8%(n=108) ; ce résultat s'expliquerait par le fait que c'est le lieu le plus représenté pour la demande de l'offre des soins (bureau de consultation pour les médecins et salle de soins pour les infirmiers).

- Circonstances d'agression :

Au cours de l'étude, les patients qui pensaient que leur délai d'attente était trop long représentaient 33,9%(n=77). Ce résultat est inférieur à celui d'**Acharhabi N** qui avait trouvé 37,9% [3]. Notre résultat pourrait s'expliquer par l'insuffisance de l'effectif du personnel soignant par rapport aux patients.

- **Période des agressions :**

Selon notre étude 47,5%(n=107) des agressions avaient lieu le matin, étant donné que la demande de l'offre des soins est énorme le matin avec un personnel de santé insuffisant. Ce résultat est supérieur à celui de **Toutin T** et **Bénézech M** qui avaient trouvé que 35,9% des agressions verbales avaient lieu le matin [2].

- **Les conséquences de l'agression :**

Le personnel agressé ayant une incapacité totale de travail(ITT) représentait 5,7%(n=12) avec une durée inférieure à 3 jours ; ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les agressions verbales étaient le plus représentées et n'entraînaient pas majoritairement une incapacité totale de travail. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Toutin T** et **Bénézech M** qui avaient trouvé une incapacité de travail de 2% inférieur à 3 jours [2].

- **Age de l'agresseur :**

Notre étude a montré que 56% des agresseurs avaient l'âge compris entre 31 et 40 ans (n=127) avec un âge moyen de 33 ans dont les extrêmes sont 20 et 50 ans, cela est dû au fait que les agresseurs étaient majoritairement jeunes.

- **Agresseurs :**

Les agressions ont été faites majoritairement par les accompagnants soit 86,7%(n=192) ; Cela pourrait s'expliquer par le fait que les accompagnants se préoccupent beaucoup de la prise en charge de leur parent malade. Nos résultats sont supérieurs à celui d'**Akrout M**, qui avait trouvé 15,1% pour les accompagnants [6].

- **Sexe de l'agresseur :**

Le sexe masculin représentait 87,7%(n=198) des agresseurs contrairement au sexe féminin 12,3%(n=28); **Bénézech M** avait trouvé 83% pour le sexe masculin [2,6] et **Alunni V** 70% [7]. Notre résultat pourrait s'expliquer par le caractère plus agressif du sexe masculin.

III. Conséquences de l'agression :

- **Type de réaction :**

La réaction verbale aux agresseurs par le personnel agressé représentait 14,2%(n=37) qui s'expliquerait par le fait que tout être humain a un caractère agressif.

- **Type de lésion :**

Le personnel de santé agressé physiquement ne présentait que des ecchymoses soit 1,4%(n=3), nos résultats sont inférieurs à celui d'**Akrout M** qui avait trouvé 59,4% d'écorchures, d'ecchymoses et d'hématomes [6,5] et de **Ladhari N** 16,7% d'hématomes et d'ecchymoses [4].

IV. Suites de poursuites :

- **Règlement des agressions :**

Le règlement à l'amiable des agressions verbales représentait 87,2%(n=197), avec l'administration 11%(n=25) ; ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le personnel de santé est respectueux, des principes d'humanisme et préfère toujours la voie de sensibilisation.

- **Poursuites judiciaires :**

Dans notre étude 1,8%(n=4) du personnel agressé avait engagé des poursuites judiciaires qui se sont limitées au niveau de la police judiciaire. Il n'y a pas eu de qualification des agressions.

I. Conclusion :

Au terme de notre étude, transversale et descriptive, qui a porté sur 366 personnels de santé, qui ont accepté de participer à notre étude des 4 structures suivantes : **CHU Gabriel TOURE, CSRéf CV, ASACOSEK** et **HOPITAL Mali-Gavardo** ; nous pouvons dire que la tranche d'âge **20-30ans** du personnel de santé enquêté était la plus représentée avec 55% et majoritairement masculin.

Notre étude a montré que 61,7% (n=226) du personnel enquêté ont été agressés dont 65,9% (n=149) du sexe masculin du fait d'une participation majoritaire de celui-ci. Le personnel de santé du **CHU Gabriel TOURE** était le plus agressé avec 69,9% (n=158). Le personnel de santé le plus agressé était les infirmiers soit 29,2% (n=66).

Parmi les différents types d'agression, l'agression verbale était le plus représentée 96% (n=217). Selon les circonstances d'agression, le délai d'attente était le plus représenté 33,9% (n=77) ; les agressions avaient lieu majoritairement le matin et étaient le plus causées par les accompagnants 86,6% (n=192) qui étaient le plus souvent du sexe masculin 87,7% (n=198).

Le personnel enquêté n'ayant pas réagi aux agresseurs représentait 81,1% (n=185). Les agressions ont été réglées le plus à l'amiable qu'avec l'administration. Dans notre étude toutes les poursuites se sont limitées à la police judiciaire.

II. Recommandations :

➤ **Au ministère de la santé :**

- Mettre en place un système efficace de sécurité du personnel de santé en recrutant le maximum de personnel de santé pour la prise en charge des patients et le personnel de sécurité formé dans ce sens .
- Mettre en place un système permettant au personnel de santé de faire recours à la justice en cas d'agression nécessitant des poursuites judiciaires.
- Former les médecins et les infirmiers sur la prise en charge des patients à caractère agressif.
- Mettre en place un système d'information et d'éducation des patients sur leurs droits mais aussi sur leurs obligations vis-à-vis du personnel soignant.

➤ **Au service de santé :**

- Assurer une bonne organisation des activités du service pour la prise en charge des patients.
- Mettre en place des procédures de soutien immédiat de la victime, de l'équipe par une présence médicale réelle (médecin chef, infirmier chef, direction du personnel).
- Faciliter la procédure des poursuites judiciaires en cas d'agression d'un agent de santé.

➤ **Au personnel de santé :**

- Respecter l'ordre d'arrivée des patients tout en sachant trier les urgences.
- Respecter les horaires de travail et de repos en vigueur dans notre pays.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES :

1. **Millaud F.** La clinique de la dangerosité de l'institut Ph Pinel de Montréal, nervure, 1991, vol 4, n° 9, p.39-42
2. **Toutin T, Bénézech M.** Le médecin victime dans son exercice quotidien : conduite à tenir pour sa sécurité, Annales médico-psychiatriques, 2007, vol 165, n° 10, p.768-773
3. **Acharhabi N, EL Hamaoui Y, Moussaoui D, Barras O.** Violence envers le personnel soignant au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca, Esperance médicale, 2008, vol. 15, n° 145, p.101-103
4. **Ladhari N, Fontana L, Faict T.W, Gabrillargues D, MILLOT-Theis B, Schoeffler C.** Etude des agressions du personnel du centre hospitalier universitaire de Clermont. Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 2004, vol. 65, n° 7-8, p.557-563
5. **Toutin T, Bénézech M.** guide pratique d'intervention et de gestion de crise lors de situations difficiles ou conflictuelles. Ann Med Psychol (Paris) 2005 ; vol 163, p.683-9.
6. **Akrout M ; Khalfallah T ; Bchir N.** Etude des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers universitaires tunisiens, Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 2003, vol 64, n° 1, p.13-17
7. **Alunni V, Borsoni-Carbonnel M.C, Ohayon P, Ollier A :** violence en milieu scolaire. Journal de médecine légale-Droit légal, 1997, vol 40, p.577-580.
8. **Organisation Mondiale de la Santé(OMS).**la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé, Communiqué de l'OMS.10 mai 2002.

9. **Prieto N, Vagnat JP.** 'La violence comme contre attitude' In soins 1998, vol 624, p.21-23.
10. **D'Urso P, Hobbs R.** Aggression and the general practitioner. Br Med J 1989, vol 298, p.97-8.
11. **Health Services Advisory Committee.** Violence to staff in the health services. London: HMSO; 1987.
12. **Hobbs FDR.** Violence in general practice: A survey of general practitioners 'views. Br Med J 1991; vol 302, p.329-32.
13. **Ordre des médecins,** Rubrique « exercice au quotidien », « observatoire de la sécurité ».
www.conseil-national.medecin.fr (le 10 Janvier 2015)
14. **Bénézech M .**Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. Ann Med Psychol (Paris) 2005 ; vol 163, p. 632-41.
15. **Louradour D.** les médecins face à l'agression. Gaz Med 1996; vol 103, n°17, p.31-4.
16. **Chaumartin N, Lukat S, Garriguet P, Lachaux B :** La violence en psychiatrie (dossier de 11 articles). Sante Ment 2003 ; n° 82, p.19-69.
17. **Violences à l'hôpital** (dossier de 10 articles). Sante Ment 1999 ; vol 42, p.15-51.
18. **Michel M, Thirion JF.** faire face à la violence dans les institutions de santé. Lamarre : Rueil-Malmaison ; 2004.
19. **Belfer R.** Epidémie de violence en milieu de soins, Santé et travail(Paris) 2000, vol 30, p.7-8.
20. **(FICHES REFLEXES sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social)**

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reflexes_ONVS.pdf (le 7mai 2014)

21.Code pénal du Mali : loi n -01-079 du 20 août 2001 portant code pénal

22.Circulaire FP n° 2158 du 05 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'Etat MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
Direction générale de l'administration et de la fonction publique B8 n° 2158(France)

23.Code de mariage et de la tutelle(Mali) : loi no 62 17AN RM 3
FEVRIER 1962

Agressions faites aux agents de santé :

(Lieu)

Fiche d'enquête

Je me nomme Diarra Calvin étudiant en fin de cycle(FMOS).

Je traite un sujet portant sur les agressions faites aux agents de santé ; pour cela, j'ai besoin de votre accord pour répondre aux questions suivantes :

Etes vous d'accord oui/.../ non/.../

I/ Caractéristiques socio démographiques :

1-Identité :

- Age :...../
- Sexe :...../ (a=masculin ; b=féminin)
- Statut matrimonial :...../

(a=marié ; b=célibataire ; c=divorcé ; d=veuve /veuf)

- Spécialité :...../

(a=médecin ; spécialiste ; b=médecin généraliste ; c=sage femme ;
d=infirmer/ère ; e=aide soignant/es ; f =interne ; g=autres à préciser)

II/ Agressions :

2-Avez vous déjà été agressé :...../ (a=oui ; b=non)

3-Si oui quel type d'agression :...../ (1=verbal ; 2=physique ; 3=autres)

4-Lieu de l'agression :...../

(a=bureau ; b=lit du malade ; c=cour du centre)

5-Circonstances de l'agression :...../

(a=insatisfaction dans la prise en charge ; b=défaut du triage ; c=situation mentale ; d=délai d'attente trop long ; e=demande de paiement de la consultation)

6-Horaire de l'agression :..... /

(a=matin ; b=soir ; c= nuit)

7-Interruption temporaire de travail(ITT) :..... / (oui ; non)

8-Si oui combien de temps :..... /

(a= inférieur à 3 jours ; b= entre 3 à 8 jours ; c= supérieur à 8 jours)

VII. Identité de l'agresseur :

- Age :...../
- Sexe :...../(a =masculin ;b=féminin)
- Agresseur :...../ (a=malade ; b=accompagnant)
- Lien entre l'agresseur et l'agressé(e) :...../

(a=familiale ; b=amis ; c=collègue ; d=autres, si oui à préciser..; e=aucun lien)

VIII. Conséquences de l'agression :

9-Réaction de l'agressé :

- auto défense :/(oui ; non)
- poursuites judiciaires :..... / (oui ; non)
- types de poursuit judiciaire :...../(a=police judiciaire ; b=tribunaux)
- aucune réaction :...../(oui ; non)
- autres à préciser :...../

10-Type de lésions :...../

(a=ecchymose; b= hématome ; c=plaie, d=aucune lésion)

IX. Suites des poursuites :

11-Règlement à l'amiable entre l'agent agressé et l'agresseur :.../(oui; non)

12-Règlement entre l'administration et l'agresseur :...../(oui ; non)

14-Qualification de l'agression :...../ (a=délit ; b=crime)

15-Décision de l'autorité judiciaire :..... /

a = paiement de dommage et intérêts

b = emprisonnement, si emprisonnement, durée de la peine :...../

c = paiement de dommage et intérêts plus emprisonnement

d = non lieu.

Fiche signalétique

Nom : Diarra

Prénom : Calvin

E-mail : calvain.diarra@yahoo.com

Titre de thèse : enquête sur les agressions contre les agents de santé dans les structures sanitaires de Bamako : cas du chu Gabriel TOURE, CSRéf cv, Cskom de sébénicoro et de l'hôpital Mali-Gavardo.

Année universitaire : 2014- 2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Médecine légale et santé publique

RESUME

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée dans 4 structures (CHU Gabriel TOURE, CSRéf CV, ASACOSEK et HOPITAL Mali-Gavardo) du district de Bamako du mois de janvier 2014 au mois d'octobre 2014.

Notre étude avait pour but de faire une évaluation des agressions faites aux agents de santé. Elle a porté sur 366 personnels de santé qui ont accepté de participer à l'étude.

Dans notre étude, l'âge moyen du personnel était de 30 ans, avec des extrêmes de 20 et 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 20-30 ans soit 55% (n=200). Le sexe féminin était le moins représenté soit 38,8%(n=142). Les mariés représentaient 60,4% (n=221).les médecins généralistes représentaient 18%(n=66).

Nous avons trouvé que 61,7%(n=226) du personnel de santé ont été agressés et le personnel du CHU Gabriel TOURE était le plus agressé avec 69,9%(n=158). Le sexe masculin était le plus agressé soit 65,9%(n=149). Selon le type d'agression, l'agression verbale était la plus représentée soit 96%(n=217) ; le personnel de santé le plus agressé était les infirmiers soit 29,2%(n=66).

Selon les circonstances, le délai d'attente trop longue était le plus représenté soit 33,9%(n=77) ; 47,5%(n=107) des agressions ont lieu le matin, 47,8%(n=108) ont eu lieu au bureau ; 86,6%(n=192) des agressions ont été causées par les accompagnants. L'agresseur était le plus souvent de sexe masculin soit 87,7%(n=198). La tranche d'âge 31-40ans (n=126) est plus représentée. Dans notre étude 97,3%(n=220) du personnel soignant n'avait pas de lien avec l'agresseur ; 81,1%(n=185) n'avait pas réagi aux agresseurs ; 87,2%(n=197) des agressions ont été réglées à l'amiable, 11%(n=29) avec l'administration.

Le personnel de santé agressé ayant engagé des poursuites judiciaires représentait 1,8%(n=4) dont les suites se sont limitées à la police judiciaire.

Mots clés : Agents de santé, Agressions, Médecine légale, Mali

Descriptive card

Name: Diarra

First name: Calvin

E –mail : calvain.diarra@yahoo.com

Title of thesis: investigation on the aggressions against the agents of health in the sanitary structures of Bamako: case of it fallen Gabriel TOURE, CSRéf CV, CSCOM of sébénicoro and Mali-Gavardo hospital.

Academic year: 2014-2015

City of oral examination for thesis: Bamako

Country of origin: MALI

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and odontostomatology

Sector of interest: legal medicine and public health

Summary

It was about a descriptive transverse survey that took place in 4 structures (FALLEN Gabriel TOURE, CSRéf CV, ASACOSEK and HOSPITAL Mali-Gavardo) of the district of Bamako of the month of January 2014 in the month of October 2014.

Our survey had for goal to make an assessment of the aggressions made to the agents of health. She/it was about 366 staffs of health who accepted to participate in the survey.

In our survey ,the staff's middle age was of 30 years ,with extremes of 20 and 60 years .the age group of the more represented was consisted between 20-30 years is 55%(n=200). The feminine sex was the less represented either 38, 8 %(n=142).the bridegrooms represented 60, 4 %(n=221).the physicians general practitioners represented 18 %(n=66).

We found that 61, 7 %(n=226) of the health staff have been attacked and the staff of him FALLEN Gabriel TOURE was the more attacked with 69, 9 %(n=158).the masculine sex was the more attacked either 65, 9 %(n=149). According to the type of aggression, the verbal aggression was the more represented either 96 %(n=217); the staff of health the more attacked was the male nurses is 29, 2 %(n=66).

According to the circumstances, the delay of too long waiting was the more represented either 33,9%(n=77); 47,5%(n=107) some aggressions take place the morning ,47,8%(n=108) had place at the office ; 86,6%(n=192) some aggressions have been caused by the accompanying . The aggressor was the most often of masculine sex either 87, 7 %(n=198). The age group 31-40 years (n=126) is represented more.

In our survey 97,3%(n=220) some nursing staff didn't have a tie with the aggressor ;81,1%(n=185) had not reacted to the aggressors ; 87,2%(n=197) some aggressions have been adjusted amicably , 11%(n=29) with the administration .

The staff of health attacked having hired judicial pursuits represented 1, 8 %(n=4) whose continuations limited themselves to the judicial police.

Keywords: agents of health, aggressions, legale medicine, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!!!