



Université Lille Nord de France
Pôle de Recherche
et d'Enseignement Supérieur

HARRE Anaïs

**Le management institutionnel face aux violences des résidents sur le personnel en
établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

Sous la direction de Monsieur Henri BIGO

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master
Année universitaire 2017-2018

Date de la soutenance : Jeudi 6 septembre 2018 à 08h00

Composition du jury :

Stanislas WOCH, Président du jury, ILIS

Henri BIGO, Directeur de mémoire, ILIS

Anne MOSZYK, Directrice de la Résidence Autonomie, Le Val des Roses

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier sincèrement les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie Monsieur Henri BIGO, directeur de mémoire, d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet, de sa disponibilité et de ses conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Stanislas WOCH, président du jury, pour la validation de mon sujet et les enseignements et conseils prodigués quant au processus d'élaboration de ce travail.

J'adresse ma reconnaissance à Madame Anne MOSZYK, Directrice de la résidence Le Val des Roses à Dunkerque, pour avoir accepté d'être mon deuxième membre de jury, m'avoir accueillie dans le cadre de mon contrat de professionnalisation en master 2 et enfin pour m'avoir formée tout au long de cette année.

J'adresse ma gratitude à Madame Chantal CHABERT, Documentaliste de la Bibliothèque Universitaire de Lille - Santé, pour son aide dans mes recherches bibliographiques.

Ensuite, je témoigne ma gratitude à l'ensemble des directeurs d'établissement pour avoir accepté de participer à mon enquête, d'avoir échangé sur cette thématique et de s'être montrés disponibles. Aussi, je témoigne ma gratitude à l'ensemble des salariés qui ont disposé de leur temps afin de répondre au questionnaire.

En outre, je remercie l'ensemble des professionnels interrogés lors d'entretiens pour leur disponibilité afin d'échanger et de répondre à mes interrogations.

Puis, j'adresse ma reconnaissance à l'ensemble des intervenants de l'ILIS pour les enseignements de qualité dispensés au cours de ma formation.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes proches pour leur soutien, leur aide et leurs encouragements jusqu'à l'aboutissement de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : LES VIOLENCES EN ETABLISSEMENT.....	4
Chapitre 1. Définition	4
A. Violence des usagers sur le personnel, de quoi parle-t-on ?.....	4
B. Une violence issue de plusieurs facteurs	7
Chapitre 2. Réglementation	13
A. Une obligation de sécurité de l'employeur envers ses salariés	13
B. Quelle réglementation pour l'utilisateur.....	15
C. Quelle(s) politique(s) mise(s) en place	17
Chapitre 3. Les impacts et leurs enjeux.....	19
A. Pour les équipes.....	19
B. Pour le résident	21
C. Pour le directeur	22
PARTIE II : LA RÉALITÉ DU TERRAIN	25
Chapitre 1 : Méthodologie employée	25
A. L'élaboration de l'enquête et des grilles d'entretien.....	25
B. Les échantillons.....	26
Chapitre 2 : Résultats de l'enquête	27
A. Typologie des répondants	27
B. La confrontation à la violence.....	29
C. La gestion du risque dans les établissements	32
D. La banalisation de la violence	35
Chapitre 3 : Entretiens semi-directifs	37
A. Comportements violents : une réponse symptomatique.....	37
B. La violence comme moyen d'expression.....	38
C. La prise en charge en EHPAD	39

PARTIE III : UNE DÉMARCHE TYPE DE GESTION DU RISQUE DE VIOLENCE.....	40
Chapitre 1 : Prévention, une première barrière au risque	40
A. Savoir pour comprendre, en parler pour agir	40
B. Les outils de prévention en interne.....	42
Chapitre 2 : Que faire quand l'acte de violence a surgi	45
A. Travailler en équipe	45
B. Accompagner le professionnel victime	50
Chapitre 3 : Les difficultés et limites de la prise en charge du risque	53
A. Violences : une démarche unique impossible	53
B. Les difficultés organisationnelles	54
CONCLUSION.....	55

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AES :	Accompagnant Éducatif et Social
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l' Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ANI :	Accord National Interprofessionnel
ARS :	Agence Régionale de la Santé
AS :	Aide-Soignant
ASH :	Aide Service Hospitalier
ASL :	Aide Service Logistique
ASS :	Assistant de Service Social
AVS :	Auxiliaire de Vie Sociale
BIT :	Bureau International du Travail
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
COFIL :	COmité de PILotage
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DUER :	Document Unique d'Évaluation des Risques
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FEI :	Feuille d'Évènement Indésirable
FHF :	Fédération Hospitalière de France
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
IDEC :	Infirmier Diplômé d'État Coordinateur
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
MACSF :	Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français
OMS :	Organisme Mondial de la Santé
ONVS :	Observatoire national des Violences en milieu de Santé
PRS :	Plan Régional de Santé
QVT :	Qualité de Vie au Travail
UCC :	Unité Cognitivo-Comportementale

INTRODUCTION

De nos jours, les établissements de santé font face à de nombreux changements qu'ils soient sociaux, technologiques ou encore numériques. Cette évolution implique de nombreux bouleversements au sein des établissements et leur demande de s'adapter continuellement, notamment au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux définis dans l'article L312-1. I du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) comme : « Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale¹ ». Ces structures vont donc accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique qui ne peuvent plus vivre à domicile, ou des personnes souhaitant obtenir davantage de liens sociaux et qui ne souhaitent plus vivre seules chez elle.

Cette hétérogénéité du public accueilli peut causer des situations complexes pour les professionnels : s'adapter à des personnalités différentes, à des pathologies et des problématiques diverses dans un contexte économique leur demandant de plus en plus d'efforts. Les résidents vont, de ce fait, avoir des comportements différents en établissement : une attitude passive, un bien-être mais on peut également voir apparaître ce que l'on appelle couramment des « comportements problèmes » dont les comportements violents.

Au sein des structures médico-sociales, lorsque l'on évoque le terme violence, celle-ci est régulièrement mise en relation avec la maltraitance exercée par les professionnels vers les usagers. La maltraitance ayant été définie par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) comme « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers un ou plusieurs usagers ». Or il est plus rare, voire banalisé, que l'on aborde la violence des usagers sur le personnel. Il était donc intéressant d'étudier la violence en établissement sous un autre angle, lorsque celle-ci émane des résidents.

¹ LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Article L312-1. I du Code de l'action sociale et des familles

En effet, cette problématique va engendrer de nombreuses conséquences au sein d'un établissement. Le directeur devra alors mettre en place un management institutionnel adapté à cette difficulté rencontrée soit un « ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise² » dont l'objectif est de prendre en charge le risque. Juridiquement un risque est « un évènement dont l'arrivée aléatoire, est susceptible de causer un dommage aux personnes ou aux biens ou aux deux à la fois³ ». La violence exercée par un résident est donc bien un risque auquel les professionnels sont considérablement confrontés et il est donc important que le responsable mette en place une gestion de ce risque.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la gestion des risques comme une démarche qui a pour objectif « d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences⁴ ». Adapter à notre problématique, il s'agit d'assurer la sécurité des professionnels lors de l'exercice de leur travail et donc de diminuer le risque de survenue de violence pour le professionnel et la gravité de leurs conséquences.

Ce constat m'a donc amenée à la problématique suivante : « Quels outils mettre en place pour gérer le risque de violence dans les EHPAD ? ».

L'hypothèse serait qu'une démarche de gestion du risque peut être mise en place afin de lutter contre la banalisation de la violence dans les établissements.

L'objectif de ce mémoire est de répondre à la problématique exposée et de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse. La construction de ce mémoire a été réalisée par des recherches bibliographiques puis par la réalisation d'une enquête et d'entretiens semi-directifs et enfin par la construction d'un modèle de démarche à suivre de gestion du risque de violence au sein des établissements.

Dans un premier temps, une définition approfondie de la violence ainsi que la réglementation et les enjeux seront présentés.

² LAROUSSE., S.d., *Définition management*

³ *Dictionnaire du droit privé.*, S.d., *Définition du risque*

⁴ HAS, 6 octobre 2016, *Outils, guide & Méthode - Sécurité du patient - Gérer les risques*

Dans un second temps, les résultats de l'enquête réalisée auprès de directeurs et de professionnels dans la région Hauts-de-France ainsi que les entretiens semi-directifs qui ont été menés seront étudiés. Ces résultats, mis en corrélation avec les recherches documentaires confirmeront ou non l'hypothèse.

Enfin, une troisième partie sera consacrée au développement d'une démarche de gestion du risque de violence pouvant être mise en place dans les établissements.

PARTIE I : LES VIOLENCES EN ÉTABLISSEMENT

Chapitre 1. Définition

A. Violence des usagers sur le personnel, de quoi parle-t-on ?

1) Un vocabulaire complexe

Lorsque l'on parle de ce sujet en établissement, plusieurs termes vont être employés : agressivité, agression, comportements agressifs, violence... Il devient très vite complexe de les différencier. Il s'agit également d'un débat pour les auteurs : la définition de la violence pour l'un sera la définition de l'agressivité pour l'autre. Ceci ayant été une difficulté pour ce mémoire, il est donc important de définir pourquoi l'emploi du mot violence a été choisi.

Pour Gbézo, l'agressivité, « ad-gressere » en latin, signifie aller au-devant de l'autre ou attaquer⁵. L'agressivité sert la défense de soi, de son territoire, de ses valeurs. Ferey en donne une définition proche de celle de Gbézo où l'agressivité « renvoie à l'instinct de survie⁶ ». On va retrouver deux formes d'agressivité : celle que l'on exerce contre soi-même, l'autodestructivité, et celle qu'on exerce contre les autres, l'hétérodestructivité.

Pour Gbézo, l'agression : « correspond à un comportement physique ou verbal dont le but premier est de nuire à autrui, physiquement ou psychiquement », il s'agit de « l'expression comportementale de l'agressivité ».

Le terme violence, quant à lui, est construit sur la racine grecque « bio » signifiant « vigueur » et « bios » qui signifie « la vie ». La violence prend racine dans « l'usage de la force pour porter atteinte à l'intégrité physique des personnes ou des objets, visant leur destruction ou leur causant un dommage⁷ ». La personne victime de la violence va être comme une source de frustration et/ou de danger. Il s'agirait d'un mouvement défensif que le cerveau met en œuvre en vue d'atteindre un objectif.

⁵ Gbézo E., 2005, *Les soignants face à la violence*, Éditions Broché.

⁶ Ferey J-M., juin 2013, *La gestion de l'agressivité en institution*, Éditions Chronique sociale.

⁷ Gbézo E., *op.cit.*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) utilise et donne en 1996 une définition de la violence : « La violence, c'est l'usage ou la menace d'usage intentionnel de la force physique ou de pouvoir, à l'encontre de soi-même, d'une autre personne, d'un groupe ou d'une communauté, causant ou pouvant fortement causer des traumatismes physiques et psychologiques, la mort, l'absence de développement ou la privation⁸ ».

Dans le secteur médico social, l'ANESM utilisait le terme de « violence » dans ses revues de bonnes pratiques professionnelles. L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) utilise également le mot « violence » d'une part dans son appellation, et d'autre part dans ses écrits.

L'Accord International Professionnel (ANI) du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail utilise le terme violence et donne une définition de violence au travail : « la violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail⁹ ».

Enfin, le comportement de la personne va provoquer une violence sur le personnel agressé. Le risque est donc bien le résultat, c'est-à-dire, la violence qui est subie. Il a donc été choisi d'utiliser le terme de violence par rapport à l'impact du comportement du résident sur le professionnel.

L'objectif étant principalement de savoir quelles en sont les différentes expressions et quels peuvent être les facteurs amenant à ces situations.

2) Violence : un champ très varié

A travers les lectures, cinq violences ont été repérées et différenciées : les incivilités, les violences verbales, les violences psychologiques, les violences physiques, et les violences sexuelles.

Le dictionnaire Larousse définit l'incivilité comme un « manque de civilité, de politesse » ou encore des « attitudes, des propos qui manquent de courtoisie¹⁰ ». Brioul, quant à lui, les définit comme « des manquements aux règles de ce que l'on a l'habitude d'appeler la

⁸ OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 5p.

⁹ ANI, 26 mars 2010, *Accord sur le harcèlement et la violence au travail*.

¹⁰ Larousse., S.d., *Définition incivilités*

politesse, le savoir-vivre, la courtoisie, régissant les comportements entre personnes d'une même culture, ce qui constitue en fait les conditions du lien social, d'une vie collective conviviale dans une société donnée¹¹ ». L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) note que les incivilités répétées laissent également des traces et peuvent provoquer chez les professionnels de la lassitude, de la démotivation, de la perte de confiance en soi voire de la peur¹².

Gbézo donne une définition des violences verbales : « Elles se manifestent par des insultes, des propos grossiers ou méprisants, des reproches, des menaces, des entorses aux règles de vie ou encore aux consignes de sécurité¹³ » Il est également suggéré que les violences verbales pourraient éventuellement être des signes avant-coureurs et donc d'un passage à l'acte aux violences physiques.

Les violences psychologiques sont définies par Gbézo comme : « Toute action qui porte atteinte, par sa répétition ou sa gravité, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne ou d'un collectif de travail. Elle peut revêtir différents aspects et se traduire notamment par des humiliations, des menaces, du chantage, des accusations, des insinuations non fondées, des représailles injustifiées, des exigences excessives par rapport aux tâches, des critiques constantes portant plus sur la personnalité que sur le travail accompli¹⁴ ». On retrouve une définition similaire chez Brioul : « humiliations, manipulations, dénigrement, insultes ou menaces, utilisant les mots, les regards, les sous-entendus¹⁵ ».

Les violences verbales et les violences psychologiques ayant des frontières étroites en terme de définition, une classification a été réalisée pour la suite du mémoire. Pour les violences verbales, il s'agit d'insultes, de propos grossiers ou méprisants et pour les violences psychologiques, des humiliations, des menaces, des chantages, et des accusations.

¹¹ Brioul M., 2017, *Comprendre et gérer la violence en institution médico-sociale : de la souffrance aux coups*, ESF Éditeur.

¹² INRS. 05 janvier 2017, *Agression et violences externes*

¹³ Gbézo E., *op.cit.*

¹⁴ Gbézo E., *op.cit.*

¹⁵ Brioul M., *op.cit.*

Les violences physiques, elles, constituent une atteinte envers le corps d'un individu dans son intégrité physique ¹⁶. Cette atteinte physique peut se traduire de différentes manières : coups, jets d'objets, bousculades, agrippements, griffures, morsures, menaces de piqûre avec une seringue infectée ou une arme etc.

Enfin, les violences sexuelles font référence à une conduite se manifestant par des paroles, des gestes et des comportements à connotation sexuelle ou consistant à obliger, par divers moyens, une personne à avoir des relations sexuelles non désirées.

Toutes ces formes de violences peuvent être rencontrées au sein des établissements médico-sociaux. Il est primordial de les connaître, de les repérer, de les identifier avant de pouvoir adopter l'attitude adéquate pour y pallier. Il est également essentiel de connaître les facteurs pouvant faire émerger une violence. Connaître les facteurs, c'est savoir sur quoi agir et donc comment agir.

B. Une violence issue de plusieurs facteurs

De nombreux facteurs peuvent faire émerger des actes violents. Il peut être compliqué pour les professionnels d'agir sur l'ensemble de ces facteurs mais il reste pertinent de les connaître. Ainsi lorsqu'un résident s'avère être violent avec les équipes, connaître le ou les facteurs pourrait leur permettre de les supprimer, de les modifier, et si ce n'est pas possible de les anticiper pour pouvoir éviter la survenue de violence. Les facteurs peuvent être classés dans 3 catégories : personnels, interpersonnels et institutionnels.

1) Facteurs personnels

Tout d'abord, la personnalité de l'individu peut manifester des comportements violents à des degrés et sous des formes plus ou moins variables. En effet, chaque individu aura un degré différent d'impulsivité, d'excitabilité, d'instabilité émotionnelle, d'intolérance à la frustration, d'un besoin immédiat de gratification et bien d'autres... Il s'agit d'un facteur où il peut être difficile d'agir car il fait écho à une personnalité et nous ne pouvons que difficilement la changer ou la modifier. L'intérêt dans le facteur « personnalité » consiste à prendre en considération certains antécédents de violence et l'histoire personnelle de chacun qui pourra donner davantage d'informations pour la prise en charge.

¹⁶ Gbézo E., *op.cit.*

La vieillesse est également un élément remarquable. En effet, au cours de la vieillesse, le cerveau va se dégrader. La première partie à se dégrader sera la dernière qui s'est mise en place lors du développement du cerveau durant l'enfance, c'est-à-dire le lobe pré-frontal.

Cette zone est le siège des fonctions exécutives, fonctions de haut niveau, mais également les plus complexes. C'est notamment grâce à ces fonctions que l'on peut avoir des comportements complexes (ex : planifier quelque chose, inhiber certaines paroles, etc). Ce n'est donc pas étonnant que dans le vieillissement normal, on observe des comportements différents ou des comportements plus désinhibés chez certaines personnes.

La vieillesse c'est aussi accepter la perte de notre autonomie, la transformation du corps, l'entrée en institution et à long terme notre confrontation à la mort.

Ensuite, certaines données médicales peuvent amener à une souffrance elle-même amenant à une situation de violence, on pense aux causes somatiques (douleurs, autres maladies sous jacentes etc) ou iatrogènes (traitements médicamenteux non adaptés, effets secondaires etc).

Puis, de plus en plus d'établissements accueillent des personnes vieillissantes ayant des troubles psychiatriques. Les professionnels ne sont pas forcément formés pour recevoir et prendre en charge ce type de public. Les pathologies psychiatriques sont nombreuses et complexes. La méconnaissance des pathologies et de leur impact sur la personnalité de l'individu et sur ses comportements va influencer le facteur interpersonnel et poser des difficultés quant à la gestion du risque. En effet, sans connaissance de la maladie, il sera difficile de mettre en place des actions significatives. Enfin, la prise en charge des violences sera différente que pour les autres facteurs.

Nombre d'établissements voit également augmenter le nombre de résidents ayant une consommation excessive d'alcool ou de drogues. L'alcoolisme et la toxicomanie sont des facteurs éminents pouvant entraîner des comportements violents. En effet, la consommation de ces produits va avoir des conséquences neurologiques dont la perte d'inhibition pouvant amener à des comportements ayant pour résultats l'augmentation de violences physiques¹⁷.

¹⁷ *Educalcool., 2007, Les effets de la consommation abusive d'alcool*

Enfin, il est également important de souligner qu'en EHPAD on retrouve un public hétérogène présentant une multitude de fragilités qu'elles soient physiques, sensorielles, cognitives ou sociales. Quand on parle de violence par des personnes âgées en EHPAD, celle-ci est, dans la majorité des cas, associée à une pathologie neuro-dégénérative par les équipes de direction et le personnel. L'enquête Mallier¹⁸ de 1998 a démontré que le facteur premier rendant une personne âgée agressive est la maladie. L'enquête n'apporte pas d'informations supplémentaires sur le type de maladie, le propos est donc à nuancer. Pourtant une question se pose, est-ce vraiment la maladie en elle-même qui provoque la violence ? En effet, deux personnes ayant la même pathologie n'auront pas toutes les deux un comportement violent. Au final, la pathologie ne serait-elle pas une difficulté à l'expression d'un problème sous-jacent ? Dire que les comportements violents sont dûs aux pathologies neurodégénératives n'est ce pas finalement un raccourci pour un problème qui relève plus de la communication ? Cette réflexion, largement répandue fera l'objet d'entretiens semi-directifs dans la seconde partie de ce mémoire.

2) Facteurs interpersonnels

On parle de « facteurs interpersonnels » les facteurs qui résultent de la relation entre le résident agresseur et le personnel agressé. En effet, la communication permet d'échanger des informations continuellement. Cette communication peut utiliser différents supports tels que les mots, les gestes, les positions du corps, les mimiques, les attitudes. Manoukian va identifier un autre support qui est « les accessoires » c'est-à-dire : « tout ce qui participe à la relation comme la tenue vestimentaire, les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre, urinoir)¹⁹ ». Ces supports peuvent influencer des comportements violents de résident amenant une violence pour le personnel.

La communication verbale et non verbale sont essentielles dans la relation entre le personnel et l'individu. Le personnel peut, dans certains cas, influencer le comportement de l'agresseur soit de manière passive à travers sa personnalité, soit de manière active à travers le comportement qu'il pourra avoir avec l'autre. Ainsi, une attitude défensive, un mot, une parole reçue comme une provocation verbale ou physique, mais également du stress, un épuisement moral et/ou physique, une démotivation peuvent provoquer des malentendus ou des comportements équivoques pouvant être source d'agressivité.

¹⁸ Mallier M., 1998, « Détreffes cachées : vieux en danger », *Revue de l'infirmière*, n°42, pp. 20-37.

¹⁹ Manoukian A., 2014, *La relation soignant-soigné*, Éditions Lamarre.

Demander à un malade de se déshabiller peut être reçu comme un ordre, une suggestion, une demande, une proposition et cela dépendra du type de relation que le soignant établit. La demande peut alors être interprétée comme un ordre par le malade qui peut devenir agressif et violent²⁰. Le mode d'accompagnement du résident est essentiel par exemple le vouvoiement, respecter son intimité, favoriser son autonomie, l'informer des actes qui vont être réalisés, etc.

La communication peut également s'avérer difficile par le résident qui n'arrive plus à s'exprimer pour diverses raisons. Le comportement apparaît alors comme le seul moyen de communication existant.

Enfin, un décalage peut s'opérer au sein de l'établissement et influencer sur les relations. L'EHPAD est un lieu de vie pour les résidents mais un lieu de travail pour les professionnels. Cette différence peut être source de conflit. Cette situation peut être illustrée par Rimbert entre ce qu'il appelle le chronomètre et le carillon. Le chronomètre représente le temps des soignants qui est « marqué par l'urgence, la précipitation permanente de ceux qui doivent assurer un nombre important de tâches dans un temps restreint et ne peuvent transférer à l'équipe suivante celles qui n'auraient pas été achevées ». Le carillon quant à lui, représente « le temps domestique des patients, marqué par une certaine atonie, alors que leur seul horizon est celui de voir passer les heures de la journée²¹ ». Cette vision différente et les objectifs complètement opposés peuvent être une source de conflit.

3) Facteurs institutionnels

L'entrée en établissement pour les résidents consiste en une rupture avec leur environnement habituel c'est-à-dire leur habitat depuis des dizaines d'années. Les résidents vont passer par ce que l'on appelle un deuil blanc. Ils prennent conscience de l'altération progressive de diverses fonctions et il s'agit pour eux de mettre fin à toute une vie en entrant au sein d'une structure. De plus, s'agissant en grande majorité d'entrée non souhaitée par le résident, il peut vivre cette entrée comme une violence en son encontre et donc rejeter l'environnement qui l'entoure.

²⁰ Manoukian A., *op. cit.*

²¹ Rimbert G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, n°54, pp. 93-104

Ensuite, chaque être humain a besoin de son espace vital, c'est à dire d'un espace qui soit nôtre, qui nous appartient. Notre espace vital doit être respecté, seules les personnes, que l'ont choisies comme légitime, ont le droit d'y entrer. En institution, l'espace vital est la chambre. Lorsque notre espace vital est menacé par l'intrusion d'une personne qui n'est pas légitime, cette intrusion peut déclencher en retour un comportement défensif. Il est d'ailleurs assez récurrent de voir apparaître des situations de violences, notamment physiques, lors des toilettes ou des couchers.

De plus, les résidents doivent cohabiter ensemble et vivent dans une institution et donc composer avec un ensemble de personnalités, d'histoires et de pathologies. Les conflits peuvent donc très vite surgir. On peut également voir surgir une violence de l'institution. En effet, l'institution c'est essayer de mettre en place un vivre-ensemble en imposant des règles, des horaires, des animations planifiées, il s'agit de garantir l'intérêt général mais parfois au détriment de l'individu lui-même. Le refus de l'institution étant le deuxième facteur de violence selon l'enquête Mallier²².

Enfin, au niveau de l'organisation de travail il y a plusieurs facteurs : un manque ou une insuffisance de formation pour identifier et contenir la violence, un manque de reconnaissance et de soutien de la part de l'institution, des problèmes divers au sein des services et une tendance à banaliser les actes de violence, avec l'idée encore largement répandue que les violences font parties « des risques du métier ».

A travers ces facteurs, on peut constater que la violence d'un résident n'est pas vide de sens. Il s'agit le plus souvent d'un appel, d'un moyen de défense, mais également d'une manifestation de mécontentement ou d'affirmation de soi : « C'est bien la souffrance qui conduit à la violence²³ ».

Il est, fort heureusement, bien plus rare de voir apparaître une volonté directe de nuire aux professionnels.

²² Mallier M., *op. cit.*

²³ Brioul M., *op. cit.*

Les facteurs ne sont pas toujours les mêmes d'une personne à l'autre et une personne peut avoir plusieurs facteurs. Une personne n'aura pas un ou plusieurs facteurs attirés. Ce sont des situations qui changent et évoluent. Il n'y a pas de solution miracle, mais il faut essayer de comprendre et de corriger tous les facteurs conduisant à une situation de violence. Il est donc intéressant de se renseigner sur la réglementation à ce niveau. Comment fait-on quand la violence devient signe d'un appel à l'aide? Quelles obligations a l'employeur pour les professionnels ? Que peut-il arriver à l'utilisateur violent ?

Chapitre 2. Réglementation

A. Une obligation de sécurité de l'employeur envers ses salariés

Le code du travail précise dans l'article L230-2 que « le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes²⁴ ».

L'employeur est donc tenu à une « obligation de sécurité de résultat²⁵ » afin d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de l'ensemble des professionnels.

Ainsi pour exemple, dans un arrêt en date du 15 décembre 2016, la cour de cassation a jugé un employeur, suite à la plainte d'une salariée victime de trois agressions par des résidents au sein d'une association d'accueil de mineurs, car celui-ci n'avait pas satisfait à son obligation de santé et de sécurité en relevant un « *défaut d'implication dans la prévention des risques de violence et d'incivilités auxquels était exposée la salariée*²⁶ ». Les juges ont relevé que l'employeur s'était contenté d'annoncer son intention d'engager une réflexion sur la question de la violence et des incivilités des résidents, sans jamais « s'impliquer activement dans une prise en compte efficace des risques, ni prendre en compte avec sérieux le risque particulier auquel était exposée la salariée ».

Il est à noter que la jurisprudence a opéré un revirement majeur en matière d'obligation de sécurité de résultat avec l'arrêt « Air France » du 25 novembre 2015. Ainsi, même si l'atteinte à l'intégrité physique et/ou mentale du salarié est établie, « l'employeur ne peut être condamné pour manquement à son obligation de santé et de sécurité s'il a effectivement pris toutes les mesures auxquelles il est légalement tenu²⁷ ». On relève ainsi l'importance pour l'employeur de mettre en place une démarche de prévention du risque et par conséquent de se mobiliser sur cette problématique.

²⁴ Ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail, Article L230-2 du Code du travail.

²⁵ Selon le terme utilisé dans les textes de loi

²⁶ Cours de cassation, civile, chambre sociale, 15 décembre 2016, n°15-20887

²⁷ Cours de cassation, civile, chambre sociale, 25 novembre 2015, n°14-24444

Au cours de l'évaluation des risques, l'employeur est donc tenu de « repérer les éventuels postes ou situations de travail à risque, les personnes exposées et les principaux facteurs de risque (ou principales causes). A partir de cette évaluation, des mesures de protection collective permettant de prévenir les situations de violence externe doivent être recherchées avec les travailleurs concernés²⁸ ».

Par ailleurs, un arrêté est récemment sorti sur la violence des usagers sur le personnel avec l'arrêté du 28 décembre 2016 de la loi de modernisation relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

Dans l'Article 1 de cet arrêté, il est mentionné une liste de dysfonctionnements graves et événements dont les autorités administratives, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et le département, doivent être informés. Le dernier point de la liste établit que : « Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers²⁹ » doivent faire l'objet d'un signalement.

Jusqu'alors cette déclaration de comportements violents était recommandée. Avec cet arrêté, elle est désormais obligatoire pour les employeurs. Le terme de « comportements violents », sans autres précisions, laisse cependant le doute sur les types de violence à déclarer.

Ensuite, les partenaires sociaux français ont signé le 26 mars 2010 un accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail qui a été étendu par arrêté le 31 juillet 2010. De cet arrêté, ont découlé des dispositions obligatoires pour l'ensemble des employeurs. Il convient aux entreprises :

- « de déclarer clairement que le harcèlement et la violence sur le lieu de travail ne sont pas tolérés,
- De prévoir des mesures appropriées de gestion et de prévention³⁰ ».

Cet accord reconnaît également que les catégories professionnelles ayant un contact avec du public sont plus fréquemment exposées à la violence.

²⁸ INRS., *op. cit.*

²⁹ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, Chapitre Ier : Nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées, Article 1.

³⁰ INRS., *op. cit.*

Cet accord vient compléter l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail, signé le 2 juillet 2008, qui a pour objet d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress, de détecter les situations de stress et de mettre en place des actions. Cet accord a démontré le lien entre violence au travail et stress des professionnels³¹.

Enfin, le Bureau International du Travail (BIT) à Genève en 2003 porte une directive générale sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Cette directive souligne « l'importance d'instaurer, au sein des établissements du secteur, une politique de prévention intégrée et participative :

- Intégrée : prise en compte de tous les types d'intervention , équilibre à faire entre prévention, traitement et évaluation ;
- Participative : implication de toutes les parties concernées par l'élaboration et l'application d'initiatives de lutte contre la violence³² ».

A travers ces réglementations, l'employeur a un réel intérêt à prendre en considération ce risque, à mettre en place une démarche de gestion de celui-ci afin de protéger ses salariés mais également lui-même.

B. Quelle réglementation pour l'usager

Avec la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale du CASF³³, le résident a vu l'exercice de ses droits et libertés individuelles se développer, ainsi des droits fondamentaux vont être spécifiés. La continuité de cette loi s'effectue avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement que l'on nomme loi ASV de décembre 2015. Une attention particulière a été réalisée par les établissements et un changement dans leur mode de prise en charge et leur organisation s'est vu opéré. Mais la place du résident s'est vue également changée et celui ci est pleinement reconnu au sein de l'institution comme un citoyen lambda relevant ainsi d'une même règlementation qu'il soit en institution ou non.

³¹ ANI, 2 juillet 2008, Accord national interprofessionnel sur le stress au travail.

³² BIT Genève, 2003, Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène.

³³ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Pour Ferey, une agression n'est pas un accident du travail et donne pour exemple : « Je monte sur une chaise pour changer l'ampoule au milieu du couloir du service et je chute, me brisant ainsi une jambe, c'est bien un accident du travail. Je me fais frapper par un patient dans le cadre de mon métier et j'ai le nez brisé, c'est clairement une agression et non un accident. Les établissements qui couvrent ainsi les agissements de patients, de résidents, ou autres personnes prises en charge, outre qu'ils n'aident en aucun cas l'agresseur à se sentir responsable de son acte, commettent elles-mêmes un délit en se substituant au procureur et à la justice³⁴. » L'article 1240 du code civil déclare que « tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer³⁵ ». Si nous appliquons la loi 2002-2 où le résident est un citoyen lambda, aucune différence ne devrait donc apparaître.

La violence est condamnable par la loi selon leur type, leur caractère par le code pénal, c'est un fait. L'article 122-1 du code pénal stipule que « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle en détermine la peine et en fixe le régime³⁶ ».

Toutefois, la réglementation est à nuancer sur la question de la responsabilité de l'usager. En effet, le résident, dans la majorité des cas, va exercer un comportement violent pour exprimer un besoin, un inconfort, une gêne qu'il ne peut exprimer autrement à cause d'un trouble psychique. Il applique donc en quelque sorte ses droits et libertés de la seule façon dont il arrive encore à communiquer. Les EHPAD prennent en charge les personnes âgées ayant des fragilités. Les fragilités étant responsables de leur comportement, on ne peut faire appel à la loi à chaque fois qu'une situation violente intervient. Il s'agit donc plutôt de réaliser une gestion en interne.

³⁴ Ferey J-M., *op. cit.*

³⁵ Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, Article 1240 du Code civil.

³⁶ LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, Article 122-1 du code pénal.

A contrario, quand il s'agit d'une violence dont l'objectif pur et simple est de blesser la personne, une sanction doit être envisagée, et notamment un rappel à la loi. Il appartiendra à la direction d'apprécier le caractère volontaire ou non de la situation et de l'analyser dans sa globalité afin de réfléchir à une solution adaptée.

C. Quelle(s) politique(s) mise(s) en place

En ce qui concerne les politiques, à l'heure d'aujourd'hui, aucune ne ressort réellement que ce soit dans les Plans Régionaux de Santé (PRS) ou dans la stratégie nationale de santé. Au niveau de l'intervention de l'état, il existe l'ONVS piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère des Solidarités et de la Santé, créé en 2005 suite au meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante par Romain Dupuy, un patient schizophrène entré par effraction dans leur unité, à l'hôpital psychiatrique de Pau.

Suite à cet accident, la circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation (maintenant ARS) et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (maintenant DGOS).

L'ONVS a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux ainsi que la médecine de ville.

Pour recenser les actes de violence commis en milieu de santé, l'observatoire a conçu et diffusé un système de remontée des actes de violence. Le signalement est encore peu réalisé par les établissements car il s'agit d'une base de volontariat. L'ONVS élabore également un guide de prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé dont des fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) et la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF) notamment les fiches sur « J'encadre un personnel victime » et « Je suis un personnel victime³⁷ ».

³⁷ ONVS., S.d., *Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social.*

En 2009, la Haute Autorité de Santé a quant à elle développé, un guide de recommandations « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs » à destination des professionnels et des aidants sur les facteurs d'un comportement dit perturbateur (opposition, agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations et troubles du sommeil). Le guide propose une démarche d'analyse et apporte des éléments sur la mise en place d'approches non médicamenteuses ou médicamenteuses, si nécessaire. Le rapport permet donc d'apporter quelques éléments sur la prise en charge.

Il est intéressant d'observer qu'au niveau des orientations politiques, la problématique des violences en institution reste peu développée. Force est de constater qu'un réel enjeu de responsabilité civile et pénale, existe pour le responsable de l'établissement. La responsabilité de l'employeur n'est pas le seul impact, en effet cette violence va toucher la personne agressée et des conséquences vont apparaître. Il est donc important d'analyser les conséquences de ces violences pour en déterminer les enjeux et à terme, mettre en place des actions.

Chapitre 3. Les impacts et leurs enjeux

A. Pour les équipes

Pour Brioul, les équipes sont confrontées à cette problématique et l'appréhende en étant soit « une source d'angoisse sans solution » soit cela les conduit à des « décisions radicales comme l'exclusion ou le dépôt de plainte ». Les actes violents sont souvent désignés comme des "comportements problèmes" et le personnel se retrouve démuni sur les attitudes à adopter pour les prévenir, les gérer et si possible, les supprimer.

Pour le personnel agressé, il s'agit d'une expérience difficile, voire éprouvante et les effondrements ne sont pas rares suite à ces situations. Lors de ces évènements, le personnel peut se sentir personnellement visé par l'agression et développer tout un panel de sentiments néfastes : colère, incompréhension, paralysie de pensée, de parole et des actes, perte de confiance en soi et en l'autre, peur, tristesse, culpabilité, honte/remise en question, rancœur, stress³⁸, etc.

Pour Ferey, le professionnel qui gère un individu agressif risque fort de se retrouver avec deux formes principales d'émotion : la colère et la peur. La colère est selon le dictionnaire Larousse « un affectif violent et passager résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales³⁹ ». Lorsqu'une personne bafoue nos droits ou nous manque de respect, la colère va alors nous submerger. Pour Ferey il s'agit d'un sentiment inapproprié et peu professionnel et la peur est donc la seule émotion « valable » dans ce type de situation bien que celui-ci soit également néfaste. La peur est un sentiment qui nous permet de signaler un danger. La peur va activer ce que nous appelons le stress, une réponse au danger.

Le stress constitue une charge mentale pour les professionnels. La violence peut faire ressentir au professionnel un sentiment d'insécurité, de travailler « la peur au ventre » et donc de travailler dans un état de stress soit temporaire, c'est-à-dire en présence de certains résidents, soit permanent. L'INRS identifie deux types de stress suite à une violence physique ou verbale : le stress aigu/stress chronique et le stress post-traumatique.

³⁸ Manoukian A., *op. cit.*

³⁹ Larousse., *S.d., Définition colère.*

Le premier concerne une réaction immédiate avec différentes conséquences : état d'agitation, incapacité de la victime à parler, se mouvoir. Le stress devient chronique quand le personnel est fréquemment confronté à des actes violents. Le stress sur le long terme, lorsque celui-ci devient chronique, et qu'il touche le milieu professionnel, va se caractériser par un épuisement professionnel ou un burn-out c'est à dire un « ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique⁴⁰ ». Le stress post-traumatique est un état de stress qui « persiste parfois plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'agression » en cas de choc psychologique important avec des conséquences psychologiques, somatiques ou comportementales.

Ensuite, le silence de cette violence entretient et renforce l'emprise de la crainte et donc le stress que cela provoque : « Il s'instaure un climat insidieux et néfaste d'insécurité ». La violence « engendre une anxiété latente mais bien présente dans les institutions médico-sociales. Le climat d'insécurité pour l'ensemble des usagers et la charge psychologique du travail pour le personnel en sont très sérieusement affectés. La réalité de ces comportements fait, certes, partie des « risques du métier » mais ils sont néanmoins à prendre en haute considération⁴¹ ».

Il peut également voir apparaître des tensions entre les collaborateurs telle que l'attitude à tenir en réaction à ces conduites, faut-il intervenir ou vaut-il mieux se protéger, certains collaborateurs étant indifférents à la violence en leur rencontre, ils ne vont parfois pas comprendre les ressentis exprimés par les autres.

De ce fait, ces sentiments vont avoir des impacts sur la qualité de vie au travail, la santé au travail et peut éventuellement entraîner de nombreuses conséquences sur l'entreprise : épuisement, burn-out, démotivation, cynisme, absentéisme, emballement du turn-over, allant même jusqu'aux démissions. Le guide développé par le cabinet Secafi témoigne de cet impact car d'après leur expertise, la violence dirigée par les résidents contre les salariés est le troisième motif d'arrêt de travail après les troubles musculo-squelettiques et les chutes⁴². L'INRS marque également la difficulté à recruter dans les entreprises où les situations de violence sont quotidiennes et ces situations peuvent à terme refléter une mauvaise image de la structure. Enfin, de ces conséquences directes peuvent résulter un impact financier important.

⁴⁰ INRS., 05 janvier 2017, *Épuisement professionnel ou burn-out*

⁴¹ Ferey J-M., *op. cit.*

⁴² HOSPIMEDIA., 10 juillet 2015, [Interview] Sylvie Fénérol, consultante au cabinet Secafi.

La violence peut également amener à une forme de maltraitance, « un mauvais réflexe en réponse à une situation de violence peut être assimilé à une forme de maltraitance⁴³ ». En effet, les violences physiques apparaissent souvent à la réalisation de la toilette ou à la réalisation des soins. Quand les soins doivent être obligatoirement prodigués et la toilette réalisée, il peut s'agir, parfois, « d'un acte ou comportement physique nuisant au bien-être, à l'épanouissement ou au développement de la personne » en effet, si la personne est dans un comportement violent à la réalisation de ces actes, l'épanouissement et le bien-être de la personne peuvent être remis en question. Pourtant il s'agit de soins effectués pour son bien-être, la frontière peut donc s'avérer étroite. Enfin, lors de violence, le réflexe reste de se protéger et dans cette protection il peut y avoir une violence en retour.

B. Pour le résident

Comme nous l'avons vu, la violence des résidents est causée par différents facteurs. Il s'agit bien souvent d'un comportement défensif de leur part et leurs violences sont à entendre comme des symptômes. Cette violence symptomatique peut donc nous avertir d'un dysfonctionnement qu'il convient de tenter d'élucider.

Il s'agit également de protéger le résident. En effet, Brioul décrit que « Laisser un patient exploser sans le contenir, c'est l'abandonner à sa propre destruction ». La mission des professionnels est aussi de protéger les patients contre eux-mêmes. Protéger les résidents c'est identifier leur mal-être. Les protéger, c'est donc détecter des signes, des indicateurs qui pourront éviter des situations de violence.

Ferey identifie quatre catégories d'indicateurs de violence : comportementaux, verbaux et para-verbaux, comportements non verbaux, et les situations.

Les facteurs comportementaux consistent à repérer comment le résident se tient, la façon dont il bouge, ses gestes (tendus ou secs), des petits comportements « nerveux » au niveau des mains ou des doigts (le pianotement), la manière dont il manipule les objets, ouvre et ferme les portes, etc.

⁴³ DREES., septembre 2016, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*

Les facteurs verbaux et para-verbaux tiennent compte de la tension de la voix, la vitesse du débit verbal, avec parfois une augmentation de la tonalité, des grognements, des phrases courtes, des onomatopées, de l'écholalie (répétition automatique des paroles), ou au contraire un silence inquiétant etc.

Pour les comportements non verbaux, il peut s'agir d'un changement de la coloration du visage, l'apparition de taches rougeâtres sur la gorge (érythème impudique), une transpiration accrue, un tremblement au niveau des lèvres, des doigts, des poings serrés etc.

Enfin des facteurs situationnels nombreux et propres à chacun, d'où l'importance de bien connaître les résidents.

Ces indicateurs ne sont qu'une hypothèse à confirmer et doivent être repérés pour tous individuellement. En effet, pour certains résidents ou certaines situations, la violence peut s'avérer imprévisible. Mais essayer d'identifier des indicateurs, c'est essayer de voir apparaître le risque et permettre de mettre en place des actions avant que la situation ne soit plus sous contrôle. A terme, il s'agira de réduire la violence au sein de l'établissement.

Il est à noter que certains résidents vont avoir des comportements violents non pas dans une vision défensive ou dans une recherche de communication mais parce que ceux-ci recherchent un bénéfice personnel et vont donc agresser « volontairement ». Il est donc important de différencier cette violence et de mettre en place une conduite différente.

C. Pour le directeur

La violence est une difficulté récurrente au sein des établissements médico-sociaux. Pour l'employeur, juridiquement il s'agit de répondre aux obligations légales et de se protéger mais pas seulement. Dans une institution, la prise en compte de la violence est du ressort de l'organisation institutionnelle, administrée par la hiérarchie. Avec un public de plus en plus dépendant et ayant des pathologies neuro-dégénératives ou psychiatriques, la violence en EHPAD peut augmenter. Les managers d'établissements de santé doivent donc prendre en charge cette problématique, mettre en place une réelle démarche de prévention et mobiliser des outils afin de lutter contre la banalisation de ces actes.

Les situations de violence sont préoccupantes à la fois pour les salariés qui travaillent ou qui ont le sentiment de travailler dans l'insécurité et pour les résidents, où l'employeur se doit de veiller à leur bien-être et leur garantir une sécurité au sein de l'établissement.

Il est également à noter qu'un comportement violent d'un résident peut s'exercer sur le personnel mais également sur les résidents. Ainsi, laisser s'exercer la violence de résidents sans actions mises en place c'est peut-être voir apparaître des situations violentes entre résidents.

Enfin, depuis quelques années la notion de qualité de vie au travail apparaît de plus en plus, et une attention particulière y est portée par les professionnels et par les instances. L'ANI de juin 2013 sur la qualité de vie au travail nous donne cette définition : « sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué⁴⁴ ».

L'impact des violences sur les salariés peut, à terme, mettre en péril la qualité de vie au travail notamment sur le sentiment de bien-être et sur les conditions de travail. Une étude réalisée par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) en mars 2018 sur la corrélation entre le travail et le bien-être psychologique montre les 15 métiers les moins favorables au bien-être psychologique. On retrouve des métiers omniprésents dans les EHPAD tels que les aides-soignants et les infirmiers. De plus pour 47% des professionnels travaillant en secteur public médico-social, le travail contribue de façon très négative ou négative au bien-être. Tout cela s'explique notamment par une demande émotionnelle forte dont l'indice est calculé par « vivre des situations de tension avec le public, devoir calmer des gens, travail au contact de personnes en situation de détresse, devoir cacher ses émotions, être bouleversé, secoué, ému dans son travail⁴⁵ ». L'impact de la violence se voit là apparaître comme un réel problème sur le bien être psychologique des personnes.

⁴⁴ ANI, 19 juin 2013, *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle*

⁴⁵ DARES., mars 2018, *Travail et bien-être psychologique - Rapport de l'enquête CT-RPS 2016, n°217*

L'ANI sur le harcèlement et la violence au travail déclare aussi que « Les entreprises qui laissent les incivilités s'installer, les banalisent et favorisent l'émergence d'actes plus graves de violence et de harcèlement⁴⁶ ».

Ainsi, on voit apparaître la notion de banalisation que l'on peut définir comme « action de rendre banal, commun, courant quelque chose ⁴⁷ ». Laisser s'installer la violence dans les établissements, c'est banaliser cette violence alors que celle-ci ne devrait pas devenir chose courante.

L'enjeu pour le directeur est donc multiple, bien-être des résidents, bien-être des salariés, sécurité pour tous, qualité de vie au travail, obligations réglementaires, image de l'établissement, freiner la banalisation, aspect financier...

L'ensemble de ces lectures bibliographiques démontre l'intérêt, la réglementation et les enjeux de cette problématique. Etant un sujet peu évoqué en institution, une enquête de terrain était essentielle afin de sortir des aspects littéraires et d'analyser ce qu'il se passe réellement dans les EHPAD.

⁴⁶ ANI, 26 mars 2010, *Accord sur le harcèlement et la violence au travail*

⁴⁷ Larousse., S.d., *Définition banalisation*

PARTIE II : LA RÉALITÉ DU TERRAIN

Chapitre 1 : Méthodologie employée

A. L'élaboration de l'enquête et des grilles d'entretien

Afin de confronter les lectures bibliographiques à la réalité du terrain, une enquête a été réalisée et deux questionnaires ont été formalisés : un à destination des salariés (*Annexe I : Questionnaire des salariés*) et un à destination des directeurs d'établissements (*Annexe II : Questionnaire des directeurs*).

Pour la rédaction des questionnaires, la problématique et les recherches bibliographiques ont été reprises afin de composer les questions. La phase de rédaction des questionnaires, soit de la première ébauche en passant par le test sur un échantillon jusqu'à la validation de ceux-ci a duré approximativement deux mois.

Afin d'avoir une analyse homogène, il a été demandé aux professionnels de répondre aux questions en ayant pour base ces trois dernières années. Le questionnaire pour les salariés comporte 35 questions dont 19 questions fermées et 16 questions ouvertes. Le questionnaire pour les directeurs comporte 34 questions dont 20 questions fermées et 14 questions ouvertes.

En ce qui concerne les grilles d'entretien, celles-ci ont été réalisées sur une thématique assez précise « le rôle et l'impact d'une pathologie sur des comportements violents » (*Annexe III : Grille d'entretien*). En effet, il était pour moi impératif de confirmer ou non l'idée principale dans les esprits c'est-à-dire que la pathologie est ce qui rend le résident violent. Il s'agissait également de mieux comprendre le comportement agressif du résident, les facteurs, et le lien avec l'institution.

B. Les échantillons

L'enquête devant être diffusée au sein des établissements, il était nécessaire de se déplacer dans les structures afin de rencontrer les directeurs. L'échantillon choisi se compose donc d'EHPAD entre 60 et 100 lits dans un rayon de 50 km autour de Dunkerque. Ce périmètre représente 263 villes et sur ces 263 villes, 33⁴⁸ EHPAD correspondent aux critères dont :

- 19 établissements publics soit 58% ;
- 10 établissements privés à but non lucratif soit 30% ;
- 4 établissements privés à but lucratif soit 12%.

Un contact mailing ou téléphonique a été réalisé avec un nombre de relances limité à deux maximum. Au total, 11 établissements ont accepté de participer à l'enquête soit 33,33% des EHPAD de l'échantillon. Nous retrouvons précisément pour les établissements publics 8 répondants sur 19 soit 42,11% et pour les établissements privés à but non lucratif 3 répondants sur 10 soit 30%. Il est à noter qu'aucun établissement privé à but lucratif n'a répondu. L'échantillon représente une capacité d'accueil moyenne de 78 places, représentatif de la moyenne nationale.

Une rencontre a été organisée avec chaque directeur d'établissement permettant de définir les modalités de diffusion et de leur fournir les moyens de mise en œuvre (questionnaires, boîte de dépôt pour les questionnaires, affiche de communication).

Concernant la phase de diffusion, les deux questionnaires sont anonymes. Le questionnaire des directeurs était disponible via un lien GoogleForms envoyé par e-mail. Le questionnaire des salariés était disponible en version papier et à remettre dans une ou plusieurs boîtes de dépôt consignée placée à un endroit stratégique de l'établissement (salle de pause, salle de transmission) défini avec les directeurs lors des rendez-vous.

Les résultats des questionnaires des salariés ont été recueillis sur le logiciel Excel⁴⁹. Cette base a permis ensuite le traitement et l'analyse des données. Concernant les résultats des questionnaires des directeurs, grâce au site GoogleForms, la base Excel a pu être extraite permettant le traitement et l'analyse des données.

⁴⁸ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie., S.d., Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches

⁴⁹ Microsoft Excel, Microsoft, 2016

Au sujet des entretiens, 4 professionnels ont été interrogés :

- Dr Durand – Psychiatre et Responsable du secteur Bergues/Coudekerque de l'Établissement Public de Santé Mentale des Flandres ;
- Dr Messin – Médecin en consultations mémoire, chef de l'Unité Cognitive-Comportementale au sein de la Polyclinique de Grande-Synthe et pilote de l'équipe mobile de psychogériatrie de la polyclinique de Grande-Synthe ;
- M Briffaut – Psychologue travaillant au sein de l'Unité Cognitive-Comportementale de la Polyclinique de Grande-Synthe ;
- Mme Delaeter – Infirmière coordinatrice à l'Unité Cognitive-Comportementale de la Polyclinique de Grande-Synthe et membre de l'équipe mobile de psychogériatrie de la polyclinique de Grande-Synthe.

Il s'agit de professionnels travaillant quotidiennement sur notre problématique et donc experts sur le sujet.

Chapitre 2 : Résultats de l'enquête

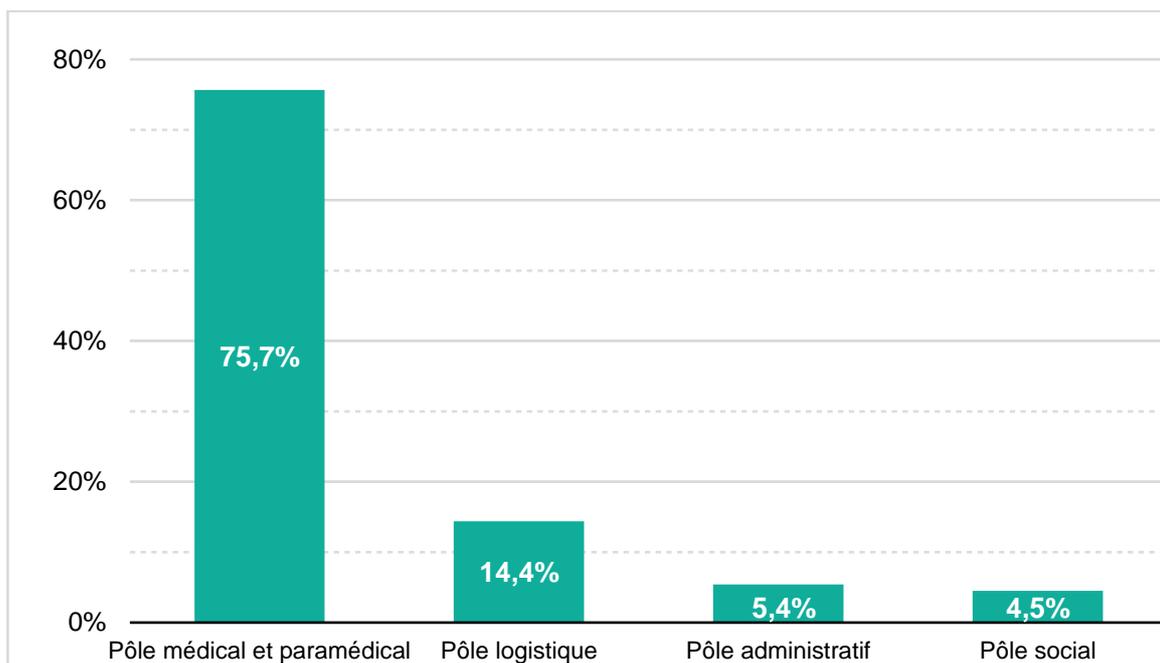
Au total, 7 directeurs sur les 11 sollicités ont répondu. Concernant les salariés, 116 questionnaires ont été récoltés. Les résultats des directeurs sont difficilement représentatifs à cause du nombre de directeurs ayant répondu à l'enquête, mais permettent de comparer deux opinions (directeurs et salariés) dans les mêmes établissements. Les comparaisons entre salariés et directeurs seront à relativiser, en effet l'échantillon n'est pas le même.

A. Typologie des répondants

Le questionnaire des salariés étant adressé à l'ensemble des professionnels de la structure, leurs métiers ont été regroupés en 4 pôles pour l'analyse :

- Le pôle médical et paramédical qui se compose des métiers : Accompagnant Éducatif et Social (AES), Aide Médico-Psychologique (AMP), Aide-Soignant (AS), Auxiliaire de Vie Sociale (AVS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), élève IDE, cadre de santé, Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), médecin coordonnateur, ergothérapeute, psychologue, psychothérapeute ;
- Le pôle logistique : Aide Service Logistique (ASL), Aide Service Hospitalier (ASH), lingère, personnel de cuisine ;
- Le pôle administratif : comptable, secrétaire ;
- Le pôle social : Assistant de Service Social (ASS), animateur.

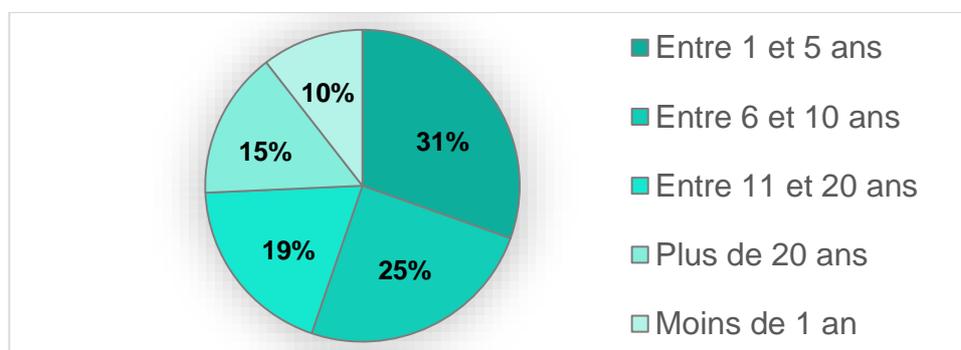
Comme on peut le constater dans le graphique ci-dessous, il s'agit très majoritairement de réponses de la part du pôle médical et paramédical.



Graphique 1 : Pourcentage de répondants par pôles métier

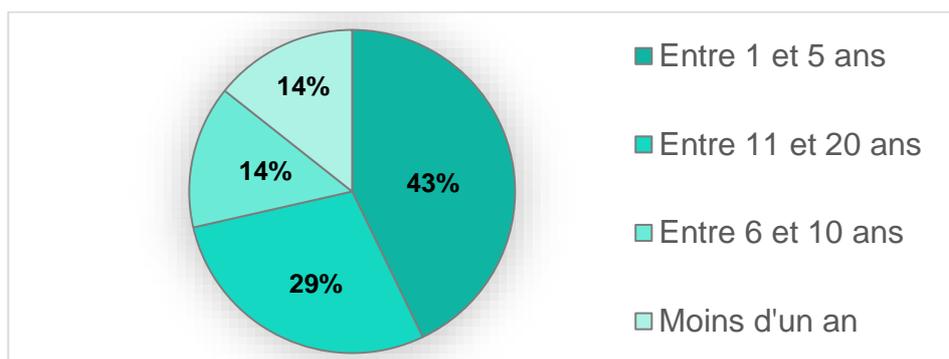
Les EHPAD comportant majoritairement du personnel appartenant au pôle médical et paramédical, il n'est pas étonnant de voir apparaître ce résultat. Nous pouvons également supposer ce résultat par une confrontation plus élevée pour ces professionnels que pour d'autres aux situations de violence.

En moyenne, les salariés exercent leur métier depuis suffisamment de temps pour pouvoir avoir un recul nécessaire sur les violences auxquelles ils ont été confrontés (voir graphique ci-dessous).



Graphique 2 : Nombre d'année d'exercice du poste - Salariés

Concernant les directeurs, on retrouve une similitude sur le graphique :



Graphique 3 : Nombre d'année d'exercice du poste - Directeurs

Les salariés travaillent au sein de leur structure depuis 8 ans en moyenne (sur 93,1% de réponses). On retrouve une majorité de femmes (89,5%) et la moyenne d'âge est 36 ans (sur 76,7% de réponses).

Les directeurs, quant à eux, sont en poste au sein de leur établissement depuis 3 ans en moyenne. Cependant, on retrouve une grande différence avec 5 directeurs étant en poste depuis moins d'un an et demi, un directeur depuis 6 ans et un directeur en poste depuis 11 ans. Il y a également une majorité de femmes (71.4%) et la moyenne d'âge est 42 ans.

B. La confrontation à la violence

1) État des lieux

Pour commencer, il est intéressant de souligner que seulement deux personnes, sur l'ensemble des salariés ayant répondu au questionnaire, ont exprimé le fait de n'avoir jamais été confrontés à des situations de violence ces trois dernières années.

Il s'agit d'une personne travaillant comme animateur depuis 6 mois et d'une personne travaillant comme comptable.

L'intérêt premier du questionnaire est de constater les violences auxquelles les salariés dans le secteur médico-social, et plus particulièrement dans les EHPAD, sont confrontés. Ainsi, 89,7% sont touchés par les incivilités, 86,2% par des violences verbales, 69,8% par des violences physiques, 42,2% par des violences psychologiques et 19,8% par des violences sexuelles. Il s'agit régulièrement des mêmes typologies de violence (Annexe IV : Analyse de l'enquête - tableau 1 à 5).

La confrontation des directeurs est moindre. En effet, 57,1% ont déjà été confrontés à une violence, soit 4 directeurs sur 7, mais il s'agit principalement d'incivilités (42,9%) peu fréquentes et de violences verbales (28,6%), une directrice relevant qu'elle y a été confronté 1 à 5 fois dans l'année et l'autre une fois par semaine. Une personne a déjà été confrontée à une violence psychologique. Aucune violence physique ou sexuelle n'a été rapportée.

À travers le questionnaire, les directeurs ont également estimé la confrontation de leurs salariés : 85,7% estiment que leurs salariés sont confrontés aux incivilités, 100% aux violences verbales, 71,4% aux violences physiques, 28,6% aux violences psychologiques et 42,9% aux violences sexuelles. Dans chaque établissement, toutes les violences ont été citées au moins une fois par les salariés. Or, seules les violences verbales ont été cochées par l'ensemble des directeurs. Se pose alors la question : « pourquoi les directeurs n'ont pas tous cochés l'ensemble des violences ? ».

2) La fréquence

Dans un second temps, l'accent était mis sur la fréquence de ces violences. Les directeurs ont estimés la fréquence de confrontation de leurs salariés (*Annexe IV - tableau 31*) et les salariés ont répondu parallèlement à travers leur questionnaire (*Annexe IV - tableau 6*). Pour les incivilités, les salariés sont généralement touchés au moins 1 fois par semaine. Pour les autres violences, il s'agit plutôt d'une à deux fois par mois ou 5 fois dans l'année. Les directeurs ont une bonne représentativité de la fréquence des violences auxquelles sont confrontés leurs salariés sauf pour les incivilités où il y a une sous-estimation de la fréquence.

3) L'impact

Ensuite, il est intéressant de voir l'impact de ces violences. Cet impact a été mesuré par le ressenti que l'individu exprimait en cas de confrontation à la violence. Le salarié pouvait cocher l'ensemble des ressentis.

Le tableau ci-dessous résume les 3 sentiments principaux ressentis pour chaque type de violence :

	1er sentiment	2ème sentiment	3ème sentiment
Incivilités	Incompréhension (35,6%)	Indifférence (34,6%)	Colère (28,9%)
Violences verbales	Colère (44,0%)	Indifférence (33,0%)	Incompréhension (25,0%)
Violences physiques	Colère (51,9%)	Peur (34,6%)	Manque de motivation (27,2%)
Violences psychologiques	Incompréhension (36,7%)	Colère (24,5%)	Manque de motivation (24,5%)
Violences sexuelles	Colère (65,2%)	Perte de confiance en l'autre (47,8%)	Manque de motivation (30,4%)

Tableau 1: Les 3 principaux sentiments ressentis des professionnels par typologie de violence

Comme nous pouvons le constater, les sentiments exprimés sont souvent les mêmes. Dans le questionnaire, les sentiments donnés étaient connotés négativement. Ce choix a été fait suite aux lectures bibliographiques. Une case « autre » permettait aux salariés de s'exprimer librement sur d'autres sentiments pouvant être ressentis. Très peu de personnes ont apporté des éléments (*Annexe IV - tableau 8*).

Comme nous l'avons vu dans la partie 2, la question du stress est très problématique. Il est à mentionner que 54,4% (sur 98,3% de réponses) des personnes interrogées se sentent stressées en présence de certains résidents. Les comportements violents peuvent donc être une véritable source de stress pour ce personnel.

Enfin, 31,0% des professionnels s'estiment préparés à aucune violence. 56,0% s'estiment préparés aux incivilités, 54,3% aux violences verbales. Pour les autres violences, les résultats chutent. En effet, 20,7% s'estiment préparés aux violences physiques, 22,4% aux violences psychologiques et 6,9% aux violences sexuelles. On peut suggérer ce résultat par le manque d'actions de prévention mises en place au sein des EHPAD interrogés.

4) Violences des résidents, maltraitance des professionnels ?

La violence peut amener à de la violence en retour. Ainsi, 51,3% (sur 97,4% de réponses) des professionnels ont déjà eu le sentiment d'être maltraitants dans une situation de violence. Les 3 raisons évoquées sont principalement la réaction en retour c'est-à-dire de mal agir (amplifier les choses, violence verbale en retour).

Ensuite la colère ressentie suite à des violences physiques qui amènerait à des coups, soit répondre à la violence par une violence. Enfin, ils ont le sentiment d'être violents en retour lorsqu'il faut canaliser et maîtriser la personne durant des situations spécifiques : les couchers, la toilette, prodiguer les soins, les fugues (Annexe IV - tableau 12).

C. La gestion du risque dans les établissements

1) Les actions de prévention

Comme nous l'avons constaté, les situations de violence sont récurrentes et destructrices pour les salariés d'un établissement. Il était donc important de voir les actions mises en place en amont et en aval dans les structures.

On observe que pour 85,0% (sur 97,4% de réponses) des personnes, aucun plan de prévention, à leur connaissance, n'était mis en place dans leur structure. Au niveau des directeurs 71,4% ont signalé ne pas avoir de plan de prévention mis en place.

Certaines actions de prévention ont pu être cochées par les salariés mais les pourcentages restent toutefois assez faibles (entre 0,0 et 17,3%) (Annexe IV - tableau 13). Pour les directeurs, les résultats sont assez variables (entre 0,0 et 42,9%) (Annexe VI, tableau 33). Les actions proposées étaient la sensibilisation, la formation, l'existence de conduite à tenir et la prise en compte dans le Document Unique d'Évaluation des Risques (DUER).

On constate que pour certaines actions des écarts sont présents et plutôt significatifs entre les directeurs et les salariés. Par exemple la prise en compte des incivilités dans le DUER (2,9% des salariés ont coché l'action contre 42,9% des directeurs) ou encore les taux concernant la formation pour les violences verbales, physiques et psychologique. En effet, moins de 10,2% des salariés ont cochés ces actions contre 42,9% des directeurs. Concernant les autres actions les taux restent peu élevés.

Une question ouverte permettait de recueillir les idées d'actions à mettre en place en amont. En effet, les professionnels sont en première ligne, il est donc impératif de les écouter. La formation est apparue à plusieurs reprises comme un souhait des salariés d'action à mettre en place dans leur établissement. D'autres actions ont été cités : réunion d'échanges pluridisciplinaires, mise en place de conduites à tenir, passer le relais à un collègue (Annexe IV - tableau 15).

Quant aux directeurs, un a suggéré la mise en place de réunions pluridisciplinaires avec la psychologue pour « lever les non-dits et les éventuels tabous qui peuvent exister » et un autre suggère la mise en œuvre de « formations spécifiques » pour les étudiants.

2) Les actions mises en place suite à une violence

Lorsque le comportement violent a eu lieu, il est intéressant de voir ce qui est mis en place dans les établissements, toujours avec la vision des salariés (Annexe IV - tableau 16) et celle des directeurs (Annexe IV - tableau 36).

Une présentation de 9 actions leur a été faite pour chaque violence : un suivi statistique, la déclaration d'un évènement indésirable, le soutien de la hiérarchie, une réunion d'équipe, un dédommagement si destruction de bien, une déclaration d'accident du travail, une traçabilité de l'acte, une sanction adaptée et le dépôt de plainte.

Les pourcentages d'actions mises en place sont plus élevés pour les violences physiques avec 3 actions principales : les réunions d'équipe, la déclaration d'évènement indésirable et la traçabilité de l'incident (dossier du résident, classeur prévu à cet effet). Il y a donc un travail réalisé par écrit mais peu d'actions sont mises en place par la suite.

On a également pu constater que pour l'ensemble des violences, les deux principales actions cochées sont la traçabilité et la déclaration d'évènement indésirable. Ensuite, les taux baissent radicalement surtout d'un point de vue des salariés.

On peut voir que la sanction est très peu utilisée sur l'ensemble des violences. Aucun salarié n'a eu un dédommagement en cas de destruction de bien (exemple : un vêtement arraché, une montre cassée). Le soutien de la part de la hiérarchie est encore peu réalisé selon les salariés. Des réunions en équipe sont peu effectuées.

Enfin, un décalage s'effectue sur les résultats des incivilités, des violences verbales et des violences sexuelles avec des taux peu élevés d'actions mises en place selon les salariés contrairement aux réponses des directeurs.

Une question ouverte a permis de recueillir les souhaits des salariés. On a pu relever les souhaits de mise en place de réunions pluridisciplinaire pour une évaluation, de création d'une cellule d'écoute, et de multiplier des discussions avec le résident et/ou sa famille (Annexe IV - tableau 18).

On note que pour 64,5% (sur 65,6% de réponses) des salariés, les actions mises en place en amont et en aval ne correspondent pas à leurs attentes. Il y a donc un travail important à réaliser sur cette problématique.

3) Pathologies et signes avant-coureurs

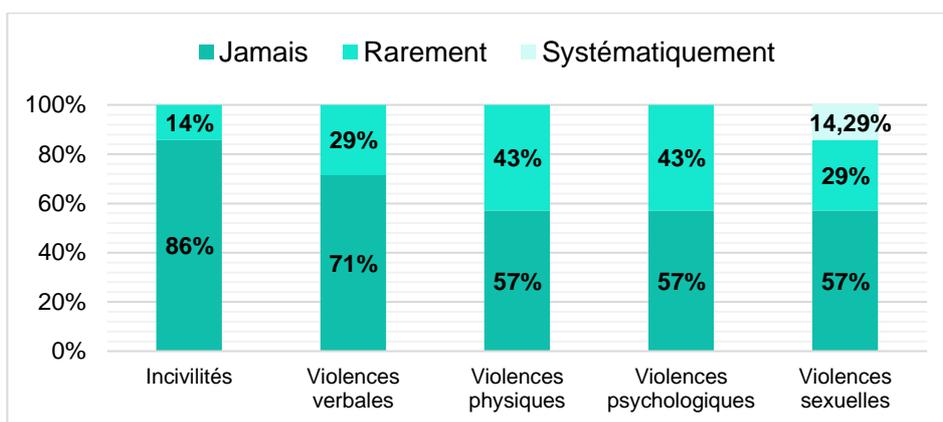
La pathologie étant systématiquement mise en corrélation avec les comportements violents des résidents, il était nécessaire de leur demander si une pathologie était diagnostiquée en général lors de ces situations. Ainsi sur 93,1% de réponses, 75,0% des professionnels avaient connaissance d'une pathologie diagnostiquée chez le ou les résidents agresseurs.

La question de détection de signes avant-coureurs était également essentielle pour pouvoir peut-être éviter les situations. Ainsi, pour 36,5% (sur 89,7% de réponses) des répondants, certains signes avant-coureurs ont pu être aperçus et 46,2% ont répondu par « parfois ». Ces signes avant-coureurs sont à prendre avec intérêt. En effet, ils permettent aux salariés de détecter un problème concernant les résidents et donc peut-être de le régler avant que la situation ne s'aggrave (Annexe IV - tableau 22).

4) Les instances

Une partie spécifique aux directeurs a été rédigée portant sur les instances corrélées à la problématique. Concernant l'ONVS 57,1% des directeurs connaissent l'observatoire, et 42,9% connaissent la plateforme de signalement. Il est à noter qu'aucun directeur ne l'utilise pour signaler des faits de violence. 85,7% des directeurs ne connaissent pas les fiches réflexes proposées par l'ONVS. Sur les 14,3% les connaissant, aucun ne les utilise.

Enfin, une question leur a été posée sur la fréquence de déclaration des violences à l'ARS et au département et il est fait part que pour toutes violences confondues les déclarations ne sont jamais faites ou que très rarement.



Graphique 4 : Fréquence de déclaration à l'ARS et au département des violences par les directeurs

Le manque de remontées est à prendre en considération. Sans remontée systématique, les instances ne peuvent pas avoir une bonne représentativité de ce qu'il se passe dans les établissements. Bien entendu, la fréquence de ces violences rend la tâche difficile pour les directeurs et il sera compliqué de déclarer systématiquement celles-ci.

D. La banalisation de la violence

Une question essentielle était de voir le ressenti des professionnels quant à la banalisation qu'il peut y avoir, selon eux, ou pas au sein de leur établissement. Pour 51,4% (sur 94,0% de réponses) des professionnels, une banalisation des violences existe. Les professionnels se sont beaucoup exprimés sur cette banalisation (*Annexe IV – tableau 9*), et 4 idées principales ont expliqué cette banalisation à leur sens :

- L'état de santé du résident et notamment la pathologie excuse les comportements violents : « beaucoup de choses sont "excusées" car ils ont une pathologie. Souvent, on nous répond qu'il faut éviter les coups ou alors qu'on s'y prend mal », « On nous explique que c'est à cause de la maladie et qu'il faut faire avec », « Tout est toujours considéré comme lié à la pathologie » ;
- Second argument, la récurrence : « Quotidien par rapport à l'évolution des pathologies », « les actes sont répétitifs, quotidiens, presque habituels » ;
- Ensuite le manque de moyens, de temps, d'actions mises en place : « Malgré les Feuilles d'Évènements Indésirables (FEI) rien ne change », « La direction est au courant des difficultés rencontrées avec certains résidents. Des FEI sont faites mais aucune réponse n'est donnée pour la conduite à tenir », « Manque de moyens, de

lieux pour personnes difficiles, manque d'écoute pour le personnel, manque d'unité de vie Alzheimer » ; « Manque de formation des professionnels », « Le manque de temps surtout est la clé première de cette violence verbale », « Une surcharge de travail entraîne malheureusement un manque de disponibilité face à nos résidents et entre autre la prise en charge des troubles relevant de la psychiatrie » ;

- Enfin le manque de considération du problème : « Tout le monde s'en fout. Comme les résidents sont âgés, on laisse passer certains comportements », « On ne se rend pas compte que certains résidents sont violents, on met sur le dos de la maladie et des fois psychologiquement c'est dur. On ne prend pas en compte notre souffrance psychologique », « On parle très souvent de la maltraitance des soignants envers les résidents mais jamais l'inverse ! ».

À contrario, pour les directeurs d'établissement, 71,4% estiment qu'il n'y a pas de banalisation quant à la question de violence dans les établissements. En effet, cela s'explique par différentes raisons telles que : « Les faits de violence qui peuvent survenir en EHPAD font immédiatement l'objet d'une analyse des causes et des solutions sont apportées aux équipes » ; « Les équipes sont sensibilisées au signalement des violences et à ne pas les banaliser » ou encore une : « Obligation de protection des salariés dans un contexte de Qualité de Vie au Travail (QVT) ».

Pour les deux directeurs ayant répondu « oui » à une banalisation, ils évoquent en cause la : « Mise en avant des droits et oubli des obligations vis à vis du fonctionnement de l'établissement » et le manque de « solution applicable contre la violence en EHPAD très souvent due à des personnes âgées souffrantes de pathologies entraînant ces comportements ».

Pour finir, il a été demandé aux salariés si une évolution de la violence a eu lieu ces dernières années. 55,1% (sur 84,5% de réponses) des salariés ont constaté une évolution de la violence. Ce résultat vient confirmer cette analyse qu'une prise en compte de ces situations de violence doit être faite et que des solutions doivent être apportées aux équipes.

Chapitre 3 : Entretiens semi-directifs

A. Comportements violents : une réponse symptomatique

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés d'une façon similaire et un discours unanime a fait écho.

Dans un premier temps, les propos se rejoignent avec une idée principale : la violence est une réponse à un problème sous-jacent. Ainsi, la plupart du temps, on a affaire à des comportements plutôt défensifs. C'est une réponse à quelque chose que la personne âgée perçoit comme une agression. Étant une réponse à un besoin, les comportements violents ne sont pas directement liés à une pathologie comme peut l'exprimer Mme Delaeter : « Ce n'est pas parce qu'on a une maladie d'Alzheimer qu'on est violent. Je ne sais pas de où vient ce mythe. C'est un raccourci. La violence c'est une réponse à une douleur, à un environnement inadapté. C'est une réponse à un problème environnemental humain ou architectural inadapté ». Ou encore Dr Durand : « Dans l'immense majorité des cas, les pathologies n'interviennent que très peu ».

Pour le Dr Messin, la maladie d'Alzheimer peut intervenir dans la modification de la personnalité pouvant amener la personne à devenir violente. En effet, selon ses observations, il explique que : « De temps en temps, la maladie en progressant affecte certains territoires cérébraux, amenant eux-mêmes à des changements de personnalité curieux » mais il nuance ses propos en développant que ces changements de personnalité « constituent eux-mêmes des symptômes de l'évolution de la maladie ». Il développe également que généralement d'autres facteurs interviennent et sont à prendre en première considération.

La maladie d'Alzheimer n'est donc pas la raison unique et simpliste des comportements violents de personnes âgées.

Les professionnels développent ensuite l'idée que la violence est un symptôme « dont l'origine peut être multiple et associée » (Dr Messin). Plusieurs raisons peuvent intervenir, notamment toutes celles énumérées dans la partie I – Chapitre 1 – B. L'institution a une part importante des comportements violents : « On a 9 fois sur 10 affaire à un comportement défensif et uniquement défensif parce que l'institution peut être violente aussi » (Mme Delaeter).

« La violence ne va être consécutive qu'à deux choses. Très : schématiquement, l'environnement, traduction, c'est souvent l'institution elle-même qui va provoquer des situations de violence, puis après vous avez les maladies somatiques » (Dr Durand).

La difficulté dans ce symptôme est que celui-ci est perturbateur pour les équipes et pour les autres résidents, c'est pourquoi il est difficilement considéré comme véritable symptôme par les professionnels.

B. La violence comme moyen d'expression

Comme on l'a constaté dans l'étude, 75,0% des professionnels avaient connaissance d'une pathologie diagnostiquée chez le ou les résidents agresseurs. Une pathologie neurodégénérative va altérer les fonctions cognitives de l'individu. Ainsi, l'expression des sentiments et des ressentis sera plus difficile pour lui. N'ayant plus la faculté de pouvoir exprimer oralement son mal être, le résident va utiliser en moyen d'expression des mots tranchants ou des actes violents : « Son seul moyen de communiquer est de se débattre, de crier. Et le piège, c'est qu'on lui colle à lui comme aux autres une étiquette de patient violent ou difficile » (Mme Delaeter). M Briffaut explique ainsi : « Globalement, c'est souvent les mêmes causes. On en revient toujours au fait que la personne ne comprend plus ce qui lui arrive et qu'elle ne sait pas l'exprimer. Parfois, c'est le seul moyen d'exprimer cette souffrance ou cette douleur ou tout simplement cette confusion parfois ils sont perdus et c'est stressant en soi ».

Ainsi pour le Dr Messin, la violence exprimée est bien un comportement défensif « n'étant pas forcément dirigé contre celui qui le ou la reçoit mais seulement parce qu'il est là » et que « Beaucoup des maladies qui accompagnent les gens en EHPAD les privent effectivement d'avoir accès à leurs émotions et de pouvoir les rapporter dans des mots. Faut-il encore qu'ils puissent avoir un langage correct. Donc, ils vont donner plus à voir qu'à entendre ».

C. La prise en charge en EHPAD

La première question à se poser est celle-ci : « Qu'est ce qui se passe chez le patient et que nous, soignants, pouvons vite atténuer ? » Dr Messin.

Les violences en EHPAD sont récurrentes. Un travail important est donc à mettre en place au sein des établissements : « Notre travail c'est de décortiquer le comportement agressif et surtout d'évaluer l'environnement, dans quelles circonstances il intervient, à quel moment cela intervient et pourquoi cela intervient » (Mme Delaeter).

La réponse est unanime : le premier objectif est d'analyser le comportement : celui-ci va peut-être apparaître dans des situations précises, arrive t-il brutalement ou de manière progressive ?

Il faut decrypter le comportement : « Le rôle du soignant est d'aller chercher de quoi cette personne a besoin. Ce n'est pas extrêmement difficile mais cela prend du temps. Ce ne sont pas des choses compliquées, jamais, pas souvent, mais cela prend du temps » (Mme Delaeter).

L'analyse de l'enquête et des entretiens permettent de soulever un problème de prise en considération de ces comportements alors qu'il s'agit d'un problème récurrent pour les équipes et d'un mal-être pour le résident. Ces comportements ayant un impact très négatif, les établissements doivent développer une démarche de gestion de ce risque dont le but est de réduire l'apparition des violences et d'apporter ainsi une meilleure qualité de travail pour les professionnels et une meilleure qualité de vie pour les résidents.

PARTIE III : UNE DÉMARCHE TYPE DE GESTION DU RISQUE DE VIOLENCE

Comme nous l'avons vu, le personnel est trop souvent confronté à des situations de violence lors de l'exercice de leur travail. Il est donc essentiel de s'inscrire dans une démarche permettant de comprendre ce qui motive la violence et donc de la prévenir. La prévenir pour les professionnels mais également pour le résident lui-même. Lorsque la prévention ne suffit pas, et que la violence n'est pas évitable, il s'agira de comprendre cette violence et de limiter les répercussions que celle-ci peut avoir. L'objectif est donc de mettre en œuvre une série d'actions à destination des professionnels.

Chapitre 1 : Prévention, une première barrière au risque

A. Savoir pour comprendre, en parler pour agir

1) Reconnaître le risque

Avant toute chose, la première action cruciale est l'information et la sensibilisation sur ce sujet. Il s'agit d'informer les équipes sur ce risque au sein des établissements et également d'en parler pour reconnaître les situations de violence auxquelles les salariés peuvent être confrontés.

La reconnaissance du problème peut se faire à travers le document unique d'évaluation des risques. Ce document, réalisé et mis à jour annuellement par le directeur d'établissement, permet de répertorier l'ensemble des risques auquel les salariés sont exposés. Le but étant de mettre en place un plan d'action afin de réduire ou d'éliminer les accidents du travail et les maladies professionnelles qui peuvent en découler.

Une première reconnaissance du risque dans le DUER permettra d'avérer celui-ci, d'avoir fait un état des lieux au sein de l'établissement et enfin de lancer la démarche de prévention et d'accompagnement du risque.

2) La formation

Lorsque l'on évoque le terme de « prévention », la formation n'est généralement pas loin. La formation, c'est se former, s'instruire sur une thématique précise et donc se mettre en possession de connaissances nouvelles dont l'objectif est de les appliquer sur le terrain.

La formation apparaît comme la solution à ces situations. En effet, souvent demandée par les professionnels interrogés, la formation permet de comprendre, de se sentir prêt pour savoir comment intervenir. Plusieurs organismes vont proposer des formations sur cette thématique, il appartient au directeur d'établissement d'inscrire une formation à ce sujet dans son plan prévisionnel de formation.

Par ailleurs, il est important dans ce type de formation que l'ensemble des professionnels soit formé. Dans un premier temps, il est recommandé une formation pour le personnel médical et paramédical. En effet, il s'agit des professionnels les plus confrontés aux situations de violence. L'essentiel étant que tous les professionnels soient formés sur un laps de temps assez proche pour qu'une réelle dynamique collective puisse se mettre en place. Il est également nécessaire d'avoir la présence de l'équipe managériale en formation. En effet, l'équipe managériale doit impulser la démarche de gestion de ce risque. Pour cela, elle devra mettre en œuvre des actions en lien avec la problématique afin de mettre en place des actions efficaces et répondant aux besoins des salariés mais également des résidents. On parle ici du directeur d'établissement, du cadre de santé/IDEC et éventuellement le médecin coordonnateur et le psychologue.

La formation permet de s'instruire sur une thématique, mais, bien souvent, il n'y a pas de mise en application sur le terrain, de ce qui a été enseigné. Sans mise en application sur le terrain la formation est très vite oubliée et les enseignements tirés relèvent vite du passé. Il y a donc un vrai travail à réaliser par l'établissement pour assurer le suivi de la formation et que celle-ci devienne un vrai outil de travail pour les professionnels. Ce travail de fond devra principalement être réalisé par le cadre de santé/IDEC avec support du directeur d'établissement.

En amont, une formation reprenant la philosophie Humanitude, Carpe Diem ou Montessori permettrait aux soignants d'avoir des outils leur permettant de mieux accompagner les résidents en favorisant leur autonomie et en évitant de les mettre en situation d'échec pouvant déclencher des épisodes d'agressivité et de violence.

B. Les outils de prévention en interne

1) Conduite à tenir en cas d'agression

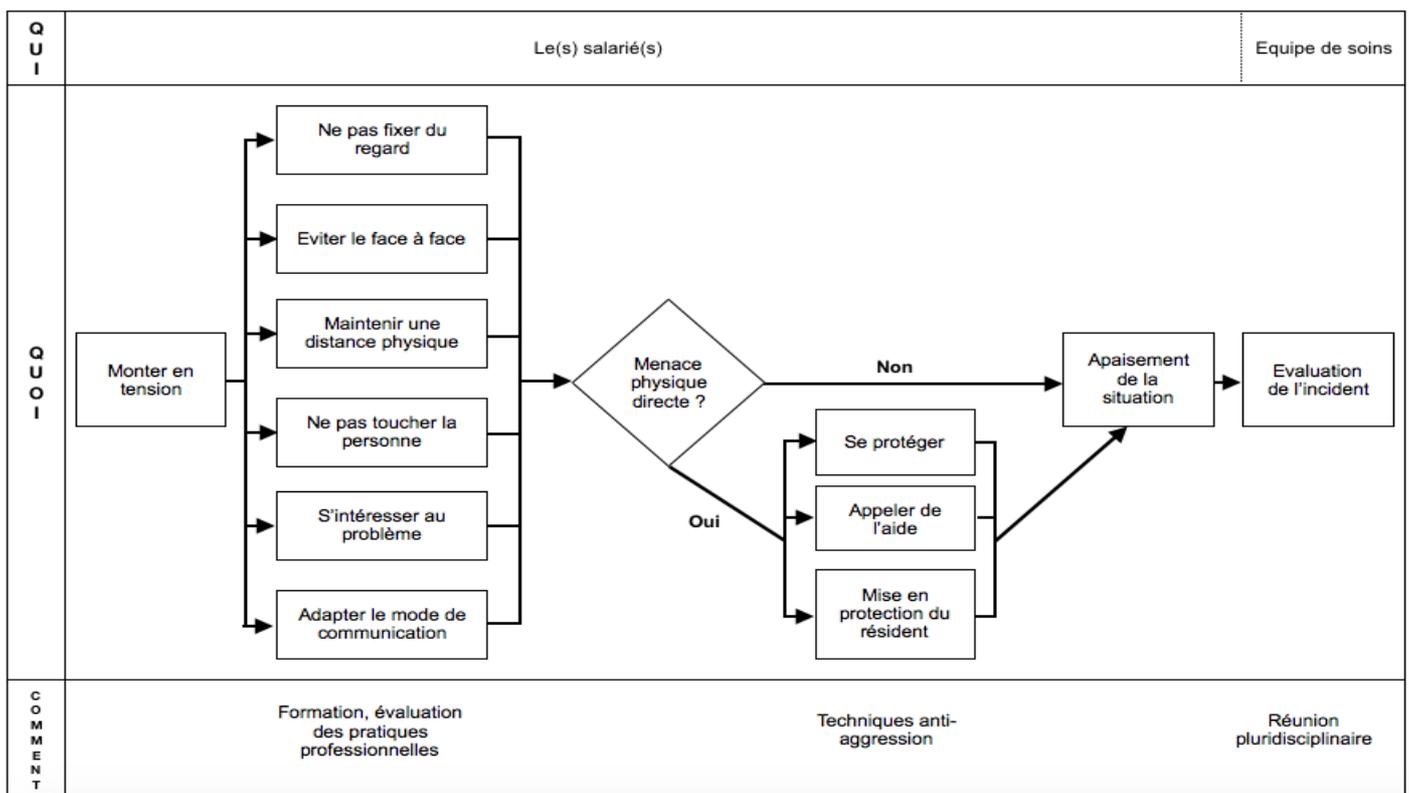
La conduite à tenir permet aux professionnels de connaître l'attitude, le comportement à adopter face à une situation. Avoir une conduite à tenir permettra aux professionnels d'avoir des repères. Il appartient donc à l'équipe managériale, soit le directeur, le cadre de santé/IDEC, le médecin coordonnateur et le psychologue de mettre en place un COmité de PILotage (COPIL) sur cette problématique pour élaborer une conduite à tenir à destination des professionnels leur permettant de se sentir davantage préparés en cas de confrontation à une violence. Bien-entendu, des salariés peuvent intégrer le groupe de travail afin d'avoir une démarche collaborative et participative.

La formation peut permettre aux équipes de management d'avoir les connaissances pour formaliser cette conduite à tenir. Il est évident que la conduite à tenir, à elle seule, ne suffira pas, d'où l'importance de la formation avec des cas concrets demandant de la mise en pratique au sein de celle-ci.

Concernant la conduite à tenir, il faut différencier les incivilités, les violences verbales, psychologiques, des violences physiques.

Dans les premières, nous sommes plus sur un dialogue contrairement aux secondes où un contact physique est présent. Par conséquent, pour les premières violences, il sera plus compliqué d'élaborer une conduite à tenir. Les professionnels auront un travail à faire sur la communication verbale et non-verbale qu'ils entretiennent avec le résident. Pour les violences sexuelles, tout dépend s'il s'agit d'une expression verbale de la violence ou d'une expression physique.

Concernant les violences physiques, la sécurité du professionnel peut être mise en danger. C'est pourquoi un modèle de conduite à tenir a été formalisé reprenant les lectures bibliographiques, celui-ci pouvant être adapté, modifié par les établissements.



Logigramme 1 : Conduite à tenir en situation de violence

Ainsi le salarié doit, dans un premier temps, adapter une attitude souhaitant l'apaisement de la situation à travers différentes postures professionnelles. Si celles-ci ne fonctionnent pas et amènent à une menace physique directe, le salarié doit se protéger. Pour cela Gbézo donne dans son livre ce qu'il appelle des « techniques anti-agression⁵⁰ » c'est-à-dire des techniques afin de se protéger face à des situations de violence physique sans blesser l'autre. La formation restant le meilleur moyen pour apprendre à se préparer et se protéger.

Lorsque la violence a eu lieu, il s'agit d'évaluer l'incident aussi bien d'un point de vue du ressenti à travers une cellule d'écoute et d'analyser la situation en équipe pluridisciplinaire pour apporter des solutions.

⁵⁰ Gbézo E., *op.cit.*

2) Le projet personnalisé d'accompagnement pour le résident

Le projet personnalisé d'accompagnement est un outil permettant aux équipes de connaître les résidents au sein d'un établissement : son histoire de vie, ses habitudes, ses besoins et toutes autres informations utiles pour accompagner la personne au sein de son nouvel environnement.

Comme nous l'avons vu, tous les résidents d'un EHPAD ne sont pas violents et comme nous l'avons vu une violence n'est jamais gratuite et est bien souvent issue d'un problème sous-jacent. Connaître le résident est donc crucial pour pouvoir détecter et comprendre le fond du problème, quand il ne s'agit pas de causes somatiques ou iatrogènes.

Durant les entretiens, plusieurs exemples de situations réelles ont été évoqués. Par exemple, un résident en EHPAD voulait constamment sortir, le personnel était contraint de le retenir (risque de fugue) et les situations de violences physiques apparaissaient systématiquement. En regardant la situation de plus près, le résident exerçait la profession de jardinier. La question s'est alors posée sur « Le résident est-il réellement dans une volonté de fuguer ou a-t-il juste envie et besoin d'être à l'extérieur, endroit où il a passé la plupart de son temps jusqu'à aujourd'hui ? ». Au final, des actions ont été mises en place pour faciliter son besoin d'extérieur et les violences physiques se sont réduites.

Dans cet exemple, on voit que l'histoire de vie peut avoir une place importante dans la réflexion en équipe. La meilleure solution pour connaître un résident reste de demander des informations à lui ou à sa famille par le biais de ces projets personnalisés d'accompagnement.

Enfin, connaître le résident c'est permettre de détecter des signes avant-coureurs pouvant être un moyen de communication afin d'exprimer un problème. L'objectif est donc de mettre en place un dispositif de surveillance. En cas de changement du comportement du résident, les professionnels peuvent remonter l'information afin de mettre en place une réunion de réflexion en équipe. Ce dispositif aura pour objectif d'éviter le passage à l'acte. L'enquête nous a montrés que souvent des signes avant-coureurs ont été relevés par les équipes avant une violence physique. Les signes avant-coureurs sont donc à écouter pour prévenir ce risque.

Chapitre 2 : Que faire quand l'acte de violence a surgi

A. Travailler en équipe

1) Mise en place de réunions de réflexion en équipe

Comme l'explique Arnaud Poupard, Responsable de l'ONVS de janvier 2014 à septembre 2016 : « tout acte de violence qui n'est pas remonté n'existe pas⁵¹ ».

Dans un premier temps, il s'agit donc de remonter soit les signes avant-coureurs, soit la situation de violence dans les 24 à 48h suivant l'incident. Des fiches d'évènements indésirables peuvent être mises à disposition, celles-ci étant plutôt bien utilisées comme le montre l'enquête. Il peut s'agir des fiches d'évènements d'indésirables classiques, c'est-à-dire celles utilisées pour tous évènements confondus ou d'une fiche spécifique. Le but est d'avoir un système de remontée d'informations efficace, le mieux étant de travailler avec des professionnels afin de choisir un outil pratique qu'ils pourront utiliser dans leur quotidien. Elles peuvent être un outil pour assurer le lien entre les équipes et le cadre de santé/IDEC qui pourra par conséquent organiser une réunion rapidement et avoir déjà une base d'informations. De plus, cet outil permettra d'assurer une traçabilité au niveau du résident concerné.

Ensuite, il est essentiel de réaliser cette analyse rapidement pour éviter que celle-ci ne soit oubliée et éviter si possible que cela se reproduise à nouveau. Dans un premier temps, il est recommandé d'avoir un comité réunissant les équipes du service (AS, AMP, IDE) avec le cadre de santé et le professionnel victime. Ce comité est à adapter en fonction de l'établissement mais l'objectif est d'avoir une première analyse de l'évènement.

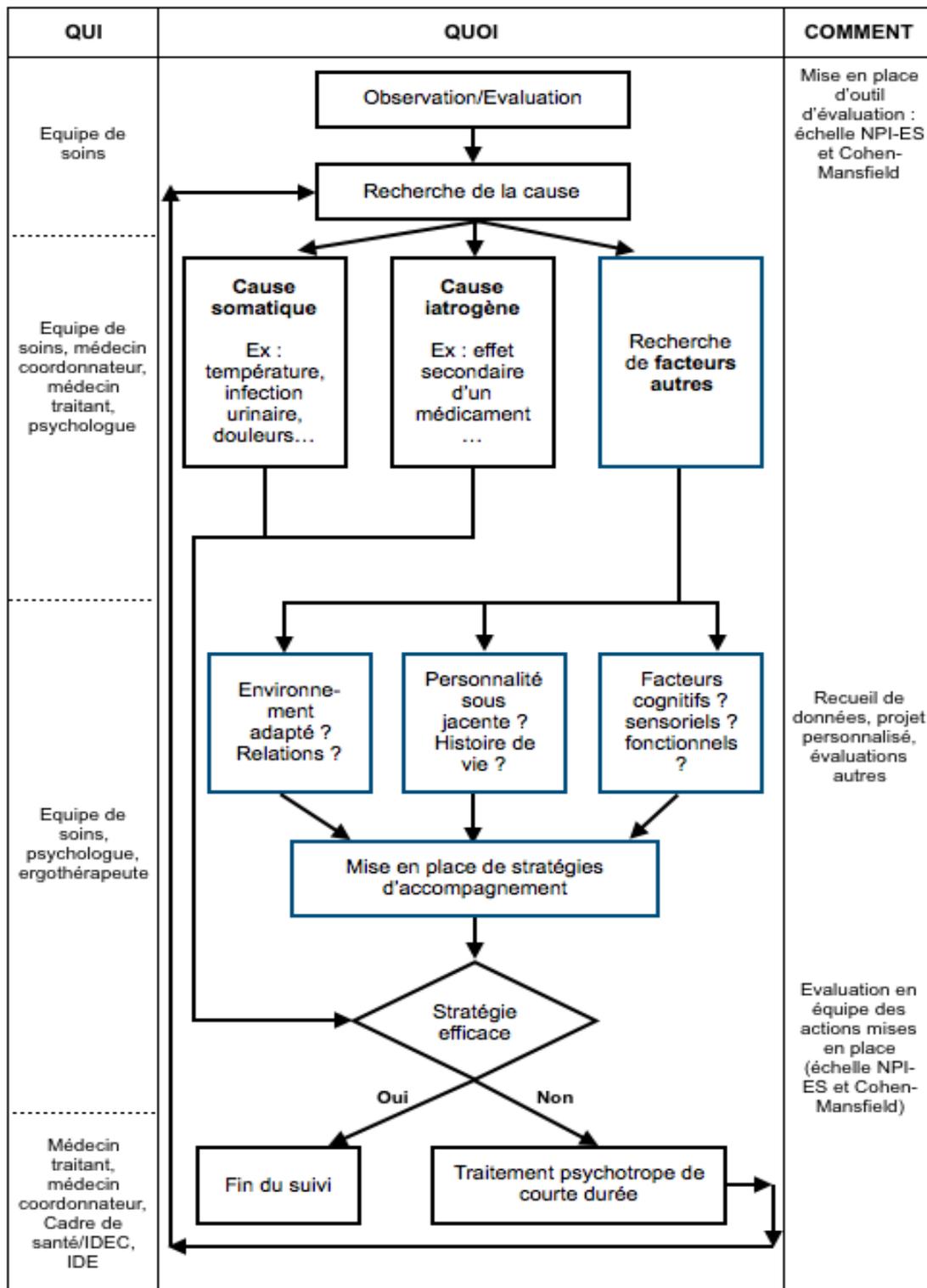
Ce comité permettra de revenir sur la situation, d'analyser celle-ci en équipe et de comprendre de où vient le problème. Il convient donc d'élaborer une description plus détaillée de l'apparition des violences avec notamment les situations où les violences apparaissent et de rechercher les causes.

Après cette première analyse en équipe, le comité pourra s'agrandir avec la présence du médecin coordonnateur, du médecin traitant et du psychologue de l'établissement afin d'établir la ou les causes de ces situations (voir l'arbre décisionnel ci-dessous).

⁵¹ HOSPIMEDIA, 30 août 2016. « Interview Arnaud Poupard, responsable de l'Observatoire national des violences en milieu de santé.

2) L'arbre décisionnel : un outil pour comprendre l'incident

Chaque situation où une violence apparaît est différente et propre à l'individu. L'arbre décisionnel ci-dessous permet d'avoir une ligne directrice pour réaliser l'analyse d'une situation de violence (toutes confondues).



Logigramme 2 : Arbre décisionnel dans l'analyse d'un incident

La première action est d'évaluer et d'analyser la situation. Plusieurs autres symptômes peuvent être associés à la violence et sont également à prendre en considération : l'opposition, l'agitation, les comportements moteurs aberrants, la désinhibition, les cris, les idées délirantes, les hallucinations et les troubles du sommeil.

Pour analyser la situation un entretien avec le résident est recommandé, si la communication est possible. Ensuite, il est intéressant de faire appel à d'autres sources de renseignements c'est-à-dire toutes personnes ayant une proximité avec le résident (personnel, intervenants extérieurs, proches).

La famille est un élément à ne pas négliger dans l'analyse de la situation. D'une part elle connaît le résident, ses antécédents, ses réactions et pourra être un indicateur essentiel pour les équipes soit pour détecter une montée en agressivité ou soit si l'acte de violence a eu lieu, remonter des éléments qu'elle avait, peut-être, repérés. Elle peut parfois aussi être la source de montée en agressivité amenant à une situation de violence qu'il faut prendre en considération.

Si l'entretien ne permet pas d'identifier la source du problème, deux outils d'évaluation existent afin d'aider les professionnels pour réaliser cette analyse : l'échelle NPI ES et l'échelle Cohen Mansfield.

L'échelle NPI ES qui signifie Inventaire Neuropsychiatrique Équipe soignante est un outil de travail s'adressant principalement aux équipes soignantes s'occupant de personnes en institution. Il permet de mettre des mots sur les troubles du comportement et de les quantifier grâce à une cotation « Fréquence * Gravité ». Une cotation « retentissement » permet d'évaluer à quel point le comportement est perturbant pour le soignant dans l'exercice de son travail et sur le plan émotionnel. Cet outil peut être utilisé par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. Pour les équipes, cela prend moins de 10 minutes pour évaluer une situation qui soulève des discussions. Il permet également d'évaluer l'évolution au fur et à mesure que le projet d'accompagnement est mis en place, de façon à assister à une diminution des scores (*Annexe V : Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)*).

L'échelle Cohen Mansfield est un outil pouvant compléter l'échelle NPI ES. Cette échelle dont le score maximal est de 203, permet d'évaluer « l'état d'agitation » d'un patient âgé. Plus le score est élevé, plus cette agitation est intense. L'intérêt de cet outil est d'évaluer le résident au début de l'analyse puis de réévaluer l'état du résident suite aux mesures prises afin d'apprécier ou non la mise en place de ces mesures (Annexe VI : L'échelle Cohen Mansfield).

Ensuite, une recherche des causes est à réaliser. Celles-ci étant principalement somatiques et iatrogènes, ces deux facteurs seront analysés dans un premier temps. Si aucun des deux ne sont symptomatiques, il y a intérêt à regarder l'ensemble des facteurs « autres » sachant qu'une multitude de facteurs peut exister.

Il est essentiel de tracer les analyses, les actions mises en place et de rassembler les documents afin d'assurer le suivi.

Enfin, des interventions non médicamenteuses sont à privilégier. Les traitements médicamenteux peuvent être instaurés si les symptômes sont d'origine somatique ou iatrogène. Il appartient à l'équipe soignante de solliciter le médecin traitant du résident de la nécessité d'une prescription médicamenteuse.

3) Les solutions externes à l'établissement

L'arbre décisionnel a pour vocation de résoudre l'ensemble des situations problématiques mais les équipes peuvent parfois se heurter à un mur et ne pas réussir à trouver la solution. L'avis d'un ou plusieurs autres professionnels spécialisés est recommandé en cas de comportement qui aurait tendance à stagner ou à s'aggraver et dont les actions mises en œuvre n'ont pas démontré un impact positif sur l'accompagnement du résident. Dans ce cas, trois solutions d'appui peuvent aider les équipes dans la difficulté d'un cas : le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de psychogériatrie et l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC).

Les unités de court séjour gériatrique prennent en charge des personnes âgées, en hospitalisation complète, afin d'établir un diagnostic et de traiter les pathologies existantes. Le court séjour gériatrique pourra être une solution face à des causes somatiques ou iatrogènes.

Les équipes mobiles sont des équipes composées le plus souvent de médecins, d'IDE et de psychologues. A la demande des établissements, les équipes mobiles peuvent se déplacer auprès des soignants ou des résidents. Elles ont un rôle de conseil et d'expertise sur leur domaine d'intervention. Elles ne dispensent pas directement de soins mais participent à l'amélioration de la prise en charge du résident dans les établissements où elles interviennent.

Une équipe mobile de psychogériatrie intervient dans les établissements pour donner son expertise sur la prise en charge de résidents en souffrance psychogériatrie présentant des syndromes gériatriques soit des troubles cognitifs et psycho-comportementaux. L'équipe mobile de psychogériatrie peut donc intervenir sur des situations de résidents violents envers le personnel en EHPAD. L'équipe mobile de psychogériatrie est généralement appelée par le médecin coordonnateur ou le cadre de santé/IDEC pour une expertise sur un résident. Chaque équipe mobile aura son propre fonctionnement en interne mais, en général, il y a d'abord une première concertation avec l'équipe soignante pour comprendre le besoin de leur intervention. S'en suit une visite des lieux et un entretien avec le résident de préférence ou avec la famille si nécessaire. Suite à cet entretien, un point en équipe se fait avec, si possible, des premières recommandations. Un bilan plus complet et des propositions de prises en soins adaptés à la personne et à la situation seront adressés dans les plus brefs délais. L'équipe mobile de psychogériatrie permet d'apporter un regard objectif de la situation. Il appartient ensuite à l'établissement de suivre, ou non, les recommandations.

Les unités cognitivo-comportementales sont des unités de 10 à 12 lits pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées présentant des troubles du comportement et/ou de l'agressivité. Pour les EHPAD, les UCC interviennent lorsque les professionnels d'une structure se sentent dépassés par le comportement d'un résident et souhaitent donc avoir leur expertise. Le résident est donc transféré en UCC après accord du médecin traitant et de la famille. Il est essentiel d'assurer une continuité des soins et donc transmettre les éléments d'analyses déjà effectués par l'établissement ainsi que tous antécédents utiles à la prise en charge. Le séjour est variable d'un résident à l'autre. Le résident retournera en établissement une fois qu'il sera apaisé et que la situation sera résolue.

B. Accompagner le professionnel victime

1) Mise en place d'une cellule d'écoute

Les sentiments exprimés lors de l'enquête auprès des salariés ont montré que la violence a un véritable impact néfaste sur le salarié. Comprenant le caractère défensif et le mode de communication que le résident met en place, le salarié peut se sentir touché personnellement par les violences exprimées. Le besoin d'écoute est alors fondamental. Un cadre d'écoute doit donc être proposé et mis en place au sein des établissements. Cet espace de paroles permettra aux salariés d'exprimer leurs sentiments : douleur, colère, peur, ou tout autre ressenti, sans formuler de jugement sur la personne. En effet, la personne aura besoin de compassion, d'écoute voire de silence.

Cette cellule d'écoute sera propre à chaque établissement. Il est recommandé la présence d'un psychologue, qui peut être celui de la structure mais il est parfois compliqué pour les salariés de s'exprimer auprès d'un collègue de travail et il est préférable d'avoir une personne extérieure à l'établissement. Le cadre de santé peut également être un interlocuteur dans cette cellule d'écoute.

Cette cellule d'écoute ou cet entretien doit également avoir lieu rapidement après l'incident. Il a pour objectif de réduire les incidents traumatisants de la situation. Tout d'abord, il faut laisser parler les émotions sans jugement, l'objectif étant de mettre des mots sur les actes. Par le biais de cette cellule d'écoute, l'enjeu est également de confirmer que l'équipe institutionnelle est présente et prend en charge ses salariés. La cellule d'écoute est l'emplacement idéal pour apaiser la situation et repérer si le salarié a besoin d'un suivi plus approfondi. Enfin, l'objectif est de mettre un point final sur l'évènement pour pouvoir l'analyser et le solutionner sereinement.

2) Le rôle de la direction

La question de la banalisation a montré que les professionnels sont épuisés du manque de considération de cette problématique dans les établissements. La hiérarchie a un rôle essentiel dans la prise en charge de ce risque car elle va impulser la démarche à différent niveau.

Cette problématique nécessite beaucoup de temps, c'est tout une politique d'établissement qui doit se mettre en place. Il s'agit d'un travail nécessitant de multiples acteurs, la création d'outils, une évaluation des pratiques et, à terme, une nouvelle façon de travailler. Une réelle dynamique doit être insufflée par la direction.

Tout d'abord, elle va budgétiser la formation pour permettre aux professionnels d'être qualifiés pour ce type de situations. Elle va créer la cellule d'écoute et va elle-même accompagner, écouter et soutenir les salariés. Si un salarié n'est pas en capacité de reprendre le travail, la direction doit entendre les besoins de celui-ci et adapter le retour au poste en cas de traumatisme.

Il appartient également à la direction de réaliser les déclarations d'accident de travail. Chaque situation de violence ne pourra pas aboutir à une déclaration. Cette déclaration sera réalisée lorsqu'une lésion corporelle ou psychique sera avérée. L'employeur sera donc tenu de déclarer cet accident dès lors qu'il en prendra connaissance. Le système de remontée d'informations et la cellule d'écoute étant de bons outils pour les lésions psychiques.

Une autre déclaration est également à réaliser : la déclaration d'évènement indésirable grave auprès de l'ARS et du département comme le stipule l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. L'ensemble des violences ne pouvant être déclaré, il appartient au directeur d'établissement de définir à quel moment une déclaration doit être réalisée.

Il peut être suggéré que la déclaration d'évènement indésirable aux autorités soit saisie lorsqu'une déclaration d'accident de travail est réalisée.

Ensuite, la direction va travailler sur la problématique avec les équipes en s'impliquant dans la création des conduites à tenir ou dans la refonte d'une organisation permettant des temps d'analyse de situation. Elle devra également favoriser avec le cadre de santé/IDEC le report de soin et favoriser le relais entre professionnels dans l'intérêt du résident.

De plus, le directeur interviendra pour certaines situations précises notamment lorsque la situation de violence est due à un problème institutionnel et/ou environnemental. Ce facteur peut nécessiter une réorganisation en interne. Par exemple, déplacer la personne dans une autre chambre, une autre institution. Le directeur étant responsable de l'organisation et du fonctionnement de son établissement il sera directement lié à toutes modifications de ces facteurs.

Puis, lorsque la violence est gratuite sur le personnel, certaines actions sanctionnantes peuvent être envisagées. Il appartient à la direction de recevoir le résident pour un temps d'échanges sur les situations violentes et de mettre en place des actions adéquates (rappel au règlement de fonctionnement, rappel à l'ordre, rappel à la loi, exclusion temporaire, exclusion définitive). Le dépôt de plainte peut également être favorisé par les directeurs d'établissement auprès de leurs salariés en leur proposant un accompagnement dans les démarches.

Enfin, les violences sur le personnel ont démontré l'impact négatif sur le bien-être au travail. A travers les actions mises en place les situations de violence devraient diminuer. Cet investissement devrait donc, à terme, engendrer des gains positifs sur la qualité de vie au travail des professionnels.

Chapitre 3 : Les difficultés et limites de la prise en charge du risque

A. Violences : une démarche unique impossible

L'analyse a montré la présence de différentes violences, et pour chaque violence, il y a une multitude de situation. Chaque violence ne peut pas avoir une seule et unique solution miracle. On pense notamment aux incivilités et aux violences psychologiques, celles-ci ont des effets néfastes sur les professionnels mais bien souvent, il sera compliqué de déterminer les facteurs et de pouvoir apporter des outils. La multitude des violences rend la tâche également compliquée car certaines sont encore très taboues, on pense ici aux violences sexuelles.

De plus, dans l'analyse de la situation, on attend des salariés un regard totalement objectif, mais, la relation et le regard que l'on porte à l'autre peuvent interférer dans l'analyse. Il peut alors parfois être difficile de prendre du recul pour pouvoir accompagner le résident.

Ensuite, dans une situation de violence, deux interlocuteurs communiquent. Ainsi, chaque individu est différent et percevra la situation de manière différente. Certaines personnes seront indifférentes aux situations de violence et ne comprendront pas forcément le ressenti d'autres collègues qui eux sont touchés de différentes manières par les événements. Le résident lui-même provoquant la violence est différent et les affinités qui ont pu être construites ou non entre le salarié et ce dernier vont également jouer sur l'impact de cette violence.

Enfin, comme on l'a vu des facteurs interpersonnels peuvent intervenir et parfois le personnel peut-être lui-même la source de cette violence. Il y a donc une remise en question de soi-même, de la prise en charge effectuée, des habitudes ou des pratiques qui doivent être réalisées et cela peut poser problème.

B. Les difficultés organisationnelles

Dans les établissements, le manque de personnel est récurrent ainsi les équipes peuvent être facilement surchargées. La prise en charge des situations de violence dans les établissements demande du temps aux équipes notamment sur l'analyse de ces situations. Un temps qu'elles n'auront pas forcément sachant que trouver le(s) facteur(s) d'une violence n'est pas chose facile.

Le rôle du directeur et du cadre de santé/IDEC va être essentiel car une réflexion organisationnelle doit être effectuée pour permettre de libérer du temps aux équipes pour faciliter les échanges et la réflexion sur les situations.

De plus, malgré des actions mises en place et des formations dispensées, les professionnels peuvent ne pas réussir à mettre en pratique les enseignements ou ne pas réussir à utiliser les outils.

Enfin, la capacité d'accueil des EHPAD ne facilitent pas la qualité de vie des résidents dans leur environnement. Il est bien évident que les structures d'accueil plus petites, telles que les unités de vie protégée, où les résidents sont moins nombreux, vont faciliter leur accompagnement et peuvent peut-être amener à une diminution des violences.

CONCLUSION

Face à l'absence de réponses adéquates aux violences des résidents sur le personnel en EHPAD, nous avons examiné au travers de ce travail un modèle de gestion du risque grâce au développement de plusieurs outils.

La considération des violences dans les EHPAD reste peu explorée jusqu'à présent dans les établissements interrogés.

Pourtant, nous avons démontré que les professionnels travaillant au sein d'EHPAD sont exposés aux situations de violence. Les professionnels se sentent bien souvent délaissés face à cette problématique à laquelle ils sont exposés quotidiennement. Ces violences au sein des structures ont pourtant prouvé les conséquences négatives qui pouvaient en découler aussi bien pour les résidents, les professionnels et les directeurs d'établissements.

La banalisation des actes par l'argument premier qu'une violence n'est que le fruit d'une pathologie est encore trop largement répandue. Un réel enjeu existe alors à travers la gestion du risque : mieux connaître les violences, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge.

Afin de les prendre en charge nous avons vu qu'une réelle démarche de gestion du risque doit se mettre en place au sein des établissements. Cette démarche doit impliquer l'ensemble des professionnels d'une structure afin que celle-ci soit efficace.

La démarche de gestion du risque a pour objectif de répondre aux obligations réglementaires de l'employeur, certes, mais surtout de mieux accompagner les équipes grâce aux différents outils mis en place et par conséquent de garantir aux résidents un accompagnement de qualité.

Deux types de mesure ont pu être exprimées à travers cette gestion du risque. Tout d'abord des mesures préventives à travers la reconnaissance du risque, la formation, le dispositif de surveillance, le projet personnalisé d'accompagnement ou encore les conduites à tenir.

Ensuite, quand les mesures préventives ne suffisent pas, les mesures de secours prendront le relais à travers les réunions de réflexion en équipe, l'arbre décisionnel d'un incident, les solutions externes à l'établissement et la cellule d'écoute. Ces mesures permettront aux équipes de se sentir accompagnés, écoutés et équipés face à la problématique des violences dans leur structure.

Solutionner les problèmes de violence au sein des établissements n'est pas simple, des difficultés pragmatiques et organisationnelles pourront être présentes.

Par conséquent, le rôle du directeur est essentiel. Ce sont les directeurs qui vont impulser la démarche, travailler sur ce sujet en adaptant des outils à leurs structures et leurs professionnels pour, à terme, faire de la détection des signes avant-coureurs ou l'analyse de situation des automatismes et réduire ainsi les situations de violences au sein de leurs établissements.

Il est à noter que lors de l'enquête une autre source de violence est apparue à plusieurs reprises pour les professionnels, celle qui émane des familles. En effet, les salariés ont identifié une augmentation des violences de leur part et un travail mériterait d'être mené sur cette thématique, la source de ces violences étant différente de celle des résidents.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

ANI., 2 juillet 2008, Accord national interprofessionnel sur le stress au travail.

ANI., 26 mars 2010, Accord sur le harcèlement et la violence au travail.

ANI., 19 juin 2013, Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle.

Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales., 2016, Chapitre 1er : Nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées, Article 1. Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/28/AFSA1611822A/jo/texte>

BIT Genève., 2003, Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène.

Cours de cassation, civile, chambre sociale., 25 novembre 2015, n°14-24444. Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000031539712>

Cours de cassation, civile, chambre sociale., 15 décembre 2016, n°15-20887. Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000033635789>

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002. Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, Article 122-1 du code pénal. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213&dateTexte=&categorieLien=cid>

LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Article L312-1. I du Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797382&dateTexte=&categorieLien=cid>

Ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail, Article L230-2 du Code du travail. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006647499&dateTexte=&categorieLien=cid>

Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, Article 1240 du Code civil. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006437044>

Sites internet

LAROUSSE., 1852, Le Petit Larousse, Éditions Larousse

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie., S.d., Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches

Serge Braudo., 2018., Dictionnaire du droit privé.

Disponible sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/risque.php>

HAS., 6 octobre 2016, Outils, guide & Méthode - Sécurité du patient - Gérer les risques. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661118/fr/gerer-les-risques

Ouvrages

BRIOUL M., 2017, Comprendre et gérer la violence en institution médico-sociale : de la souffrance aux coups, ESF Editeur.

FEREY J-M., juin 2013, La gestion de l'agressivité en institution, Éditions Chronique sociale.

GBÉZO E., 19 juillet 2005, Les soignants face à la violence, Éditions Broché.

MANOUKIAN A., 2014, La relation soignant-soigné, Éditions Lamarre.

Rapports

DARES., mars 2018, Travail et bien-être psychologique - Rapport de l'enquête CT-RPS 2016, n°217.

DREES., septembre 2016, Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.

Educalcool., 2007, Les effets de la consommation abusive d'alcool.

HAS., 2009, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

INRS., 05 janvier 2017, Agression et violences externes.

INRS., 05 janvier 2017, Épuisement professionnel ou burnout.

OMS., 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé, 5p.

ONVS., DGOS., Ministère de la santé., avril 2017, Guide méthodologique - La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé.

ONVS., DGOS., 2017, Rapport 2017 des données 2015-2016.

ONVS., s.d., Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social.

Société Française de Gériatrie et Gérontologie., s.d., Les Unités Cognitivo-Comportementales.

Articles et périodiques

BOINEAU C., QUEAU SLEIMAN T., JAFFIOL D., janvier 2017. Contenir les manifestations agressives et les crises de violence : quand la parole ne suffit plus. Cahiers de l'actif, n° 488-489.

HERREROS G, novembre 2012, La violence ordinaire dans les organisations, Sciences humaines, n°242, pp. 40-43.

HOSPIMEDIA., 10 juillet 2015, [Interview] Sylvie Fénérol, consultante au cabinet Secafi.

LAURENS G., janvier 2014, Violence à l'hôpital : analyse et prévention, Préventive sécurité, n°133, pp.44-46.

MALLIER M., 1998, « Détresses cachées : vieux en danger », Revue de l'infirmière, n°42, pp. 20-37.

NAVARRE M., mars 2016, La violence en 15 questions, Sciences humaines, n° 279, pp. 2-47.

RAYNAL F., 31 mars 2017, Violences verbales : le poids des mots, le choc des émotions, Actualités sociales hebdomadaires, n° 3004, pp. 36-39.

RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », Lien social et Politiques, n°54, pp. 93-104.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I : LES VIOLENCES EN ETABLISSEMENT.....	4
Chapitre 1. Définition	4
A. Violence des usagers sur le personnel, de quoi parle-t-on ?.....	4
1) Un vocabulaire complexe.....	4
2) Violence : un champ très varié.....	5
B. Une violence issue de plusieurs facteurs	7
1) Facteurs personnels	7
2) Facteurs interpersonnels.....	9
3) Facteurs institutionnels	10
Chapitre 2. Réglementation	13
A. Une obligation de sécurité de l'employeur envers ses salariés	13
B. Quelle réglementation pour l'usager.....	15
C. Quelle(s) politique(s) mise(s) en place	17
Chapitre 3. Les impacts et leurs enjeux.....	19
A. Pour les équipes.....	19
B. Pour le résident	21
C. Pour le directeur	22
PARTIE II : LA RÉALITÉ DU TERRAIN	25
Chapitre 1 : Méthodologie employée	25
A. L'élaboration de l'enquête et des grilles d'entretien.....	25
B. Les échantillons.....	26
Chapitre 2 : Résultats de l'enquête	27
A. Typologie des répondants	27
B. La confrontation à la violence.....	29

1) Etat des lieux	29
2) La fréquence	30
3) L'impact.....	30
4) Violences des résidents, maltraitance des professionnels ?	31
C. La gestion du risque dans les établissements	32
1) Les actions de prévention	32
2) Les actions mises en place suite à une violence	33
3) Pathologies et signes avant-coureurs	34
4) Les instances	34
D. La banalisation de la violence	35
Chapitre 3 : Entretiens semi-directifs	37
A. Comportements violents : une réponse symptomatique.....	37
B. La violence comme moyen d'expression.....	38
C. La prise en charge en EHPAD	39
PARTIE III : UNE DÉMARCHE TYPE DE GESTION DU RISQUE DE VIOLENCE.....	40
Chapitre 1 : Prévention, une première barrière au risque	40
A. Savoir pour comprendre, en parler pour agir.....	40
1) Reconnaître le risque	40
2) La formation	41
B. Les outils de prévention en interne.....	42
1) Conduite à tenir en cas d'agression	42
2) Le projet personnalisé d'accompagnement pour le résident	44
Chapitre 2 : Que faire quand l'acte de violence a surgi	45
A. Travailler en équipe	45
1) Mise en place de réunions de réflexion en équipe	45
2) L'arbre décisionnel : un outil pour comprendre l'incident.....	46
3) Les solutions externes à l'établissement	48
B. Accompagner le professionnel victime	50
1) Mise en place d'une cellule d'écoute.....	50
2) Le rôle de la direction.....	50

Chapitre 3 : Les difficultés et limites de la prise en charge du risque	53
A. Violences : une démarche unique impossible	53
B. Les difficultés organisationnelles	54
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	56

TABLE SPECIFIQUE

Tableaux

<u>Tableau 1</u> : Les 3 principaux sentiments ressentis des professionnels par typologie de violence.....	31
--	----

Graphiques

<u>Graphique 1</u> : Pourcentage de répondants par pôles métier	45
<u>Graphique 2</u> : Nombre d'année d'exercice du poste – salariés.....	28
<u>Graphique 3</u> : Nombre d'année d'exercice du poste- directeurs	29
<u>Graphique 4</u> : Fréquence de déclaration à l'ARS et au département des violences par les directeurs	35

Logigrammes

<u>Logigramme 1</u> : Conduite à tenir en situation de violence	43
<u>Logigramme 2</u> : Arbre décisionnel dans l'analyse d'un incident.....	46

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Questionnaire des salariés	1
Annexe II : Questionnaire des directeurs	6
Annexe III : Grille d'entretien	13
Annexe IV : Analyse de l'enquête	14
Annexe VI: Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)	34
Annexe VI : L'échelle Cohen Mansfield	37

Annexe I : Questionnaire des salariés

Questionnaire : La violence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Partie 1 : Votre confrontation à la violence

- 1) Depuis ces trois dernières années, quelles sont les violences auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) de la part de résidents :
- Aucune
 - Les incivilités (manque de politesse, de savoir-vivre, de courtoisie)
 - Les violences verbales (insultes, propos grossiers ou méprisants)
 - Les violences physiques (coups, blessures)
 - Les violences psychologiques (humiliations, menaces, chantages, accusations)
 - Les violences sexuelles (gestes obscènes, attouchements)
- 2) Quelles sont les incivilités auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?
-

- 3) Quelles sont les violences verbales auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?
-

- 4) Quelles sont les violences physiques auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?
-

- 5) Quelles sont les violences psychologiques auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?
-

- 6) Quelles sont les violences sexuelles auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?
-

- 7) Depuis ces trois dernières années, à quelle fréquence avez-vous été ou êtes-vous confronté à ces violences ? cochez les cases correspondantes.

	Aucune	1 à 5 fois dans l'année	1 à 2 fois par mois	Minimum 1 fois par semaine	Minimum 1 fois par jour
Incivilités					
Violences verbales					
Violences physiques					
Violences psychologiques					
Violences sexuelles					

Partie 2 : Votre ressenti face à cette violence

8) Quel est/a été votre ressenti/sentiment lors d'une violence ? cochez les cases correspondantes.

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Non concerné					
Indifférence					
Colère					
Peur					
Tristesse					
Incompréhension					
Paralysie temporaire (incapacité de penser, parler, bouger)					
Perte de confiance en soi					
Perte de confiance en l'autre					
Honte/remise en question					
Culpabilité					
Rancœur					
Manque de motivation					
Autre					

9) Autres ressentis non cités :

10) Selon vous, existe-t-il une banalisation de la violence en EHPAD ?

- Oui
- Non

11) Si oui, pourquoi ?

12) Lors de l'exercice de votre travail vous arrive-t-il d'être stressé(e) lorsque vous êtes en présence de certains résidents ?

- Oui
- Non

13) Pour quelle(s) violence(s) estimez-vous être suffisamment préparé(e) ?

- Aucune
- Les incivilités
- Les violences verbales
- Les violences physiques
- Les violences psychologiques
- Les violences sexuelles

14) Avez-vous déjà eu l'angoisse d'être maltraitant(e) dans une situation de violence ?

- Oui
- Non

15) Si oui, dans quelle situation ?

Partie 3 : La gestion de la violence dans votre établissement

16) Avez-vous connaissance d'un plan de prévention de la violence dans votre établissement ?

- Oui
- Non

17) Si oui, savez-vous depuis quand celui-ci est-il en application ?

- Oui
- Non

18) Quelles sont les actions de prévention mises en place ? cochez les cases correspondantes.

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Sensibilisation					
Formation spécifique					
Existence de procédure/conduite à tenir					
Prise en compte dans le document unique d'évaluation des risques (DUER)					
Autre					

19) Autres moyens non cités :

20) Avez-vous des suggestions d'actions de prévention à mettre en place ?

21) Si vous avez déjà été confronté(e) à la violence d'un résident à votre rencontre, quelles ont été les actions mises en place ? cochez les cases correspondantes.

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Suivis et statistiques					
Déclaration d'événement indésirable					
Accueil et écoute par votre hiérarchie					
Réunion d'équipe afin d'établir une réflexion					
Dédommagement si destruction de bien					
Déclaration d'accident de travail					
Traçabilité de l'acte de violence (dossier du résident, classeur prévu à cet effet)					
Sanction adaptée envers le résident					
Dépôt de plainte					
Autre					

22) Autres moyens non cités :

23) Avez-vous des suggestions d'actions à mettre en place suite à une violence ?

24) Les actions mises en place pour lutter contre les violences correspondent-elles à vos attentes ?

- Oui
 Non

25) Avez-vous constaté une évolution de la violence depuis vos débuts ?

- Oui
 Non

26) Si oui, laquelle ?

27) Après avoir subi des violences de la part d'un résident, avez-vous eu recours à l'une de ces propositions ?

- Absence volontaire
- Arrêt maladie
- Changement de poste
- Démission

Autres : _____

Partie 4 : Le résident agresseur

28) En général, lors de violences de la part d'un résident, celui-ci avait-t-il une pathologie diagnostiquée ?

- Oui
- Non
- Pas à ma connaissance

29) Lors d'une violence physique de la part d'un résident, avez-vous réussi à détecter des signes avant-coureurs ?

- Oui
- Non
- Parfois

30) Si oui, lesquels ?

Partie 5 : Informations générales

31) Je suis :

- Un homme
- Une femme

32) Mon âge : _____

33) Mon poste :

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> animateur | <input type="radio"/> IDEC |
| <input type="radio"/> AMP/AES | <input type="radio"/> Médecin |
| <input type="radio"/> AS | <input type="radio"/> OSL |
| <input type="radio"/> ASL/ASH | <input type="radio"/> Personnel de cuisine |
| <input type="radio"/> IDE | <input type="radio"/> Secrétaire |

Autre : _____

34) Depuis combien de temps exercez-vous ce poste :

- Moins d'un an
- Entre 1 à 5 ans
- Entre 6 à 10 ans
- Entre 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans

35) Depuis combien de temps exercez-vous dans votre structure : _____

Annexe II : Questionnaire des directeurs

La violence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

*Obligatoire

Partie 1 : Votre confrontation à la violence

1. Depuis ces trois dernières années, quelles sont les violences auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) de la part de résidents ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Les incivilités (manque de politesse, de savoir-vivre, de courtoisie)
- Les violences verbales (insultes, propos grossiers ou méprisants)
- Les violences physiques (coups, blessures)
- Les violences psychologiques (humiliations, menaces, chantages, accusations)
- Les violences sexuelles (gestes obscènes, attouchements)

2. Quelles sont les incivilités auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?

3. Quelles sont les violences verbales auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?

4. Quelles sont les violences physiques auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?

5. Quelles sont les violences psychologiques auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?

6. **Quelles sont les violences sexuelles auxquelles vous avez été/vous êtes confronté(e) le plus souvent ?**

7. **Depuis ces trois dernières années, à quelle fréquence avez-vous été/êtes-vous confronté(e) à ces violences ? Cochez les cases correspondantes. ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Aucune	1 à 5 fois dans l'année	1 à 2 fois par mois	Minimum 1 fois par semaine	Minimum 1 fois par jour
Incivilités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences verbales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences physiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences psychologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 2 : Votre ressenti face à cette violence

8. **Quel est/a été votre ressenti/sentiment lors d'une violence ? Cochez les cases correspondantes.**

Plusieurs réponses possibles.

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Non concerné	<input type="checkbox"/>				
Indifférence	<input type="checkbox"/>				
Colère	<input type="checkbox"/>				
Peur	<input type="checkbox"/>				
Tristesse	<input type="checkbox"/>				
Incompréhension	<input type="checkbox"/>				
Paralysie temporaire (incapacité de penser, parler, bouger)	<input type="checkbox"/>				
Perte de confiance en soi	<input type="checkbox"/>				
Perte de confiance en l'autre	<input type="checkbox"/>				
Honte/remise en question	<input type="checkbox"/>				
Culpabilité	<input type="checkbox"/>				
Rancoeur	<input type="checkbox"/>				
Manque de motivation	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

9. **Autres ressentis non cités :**

10. **Selon vous, existe-t-il une banalisation de la violence en EHPAD ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. **Pourquoi ?**

Partie 3 : La confrontation de vos salariés face à la violence

12. **Selon vous, ces trois dernières années, quelles sont les violences auxquelles vos salariés ont été/sont confrontés de la part de résidents : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
 Les incivilités
 Les violences verbales
 Les violences physiques
 Les violences psychologiques
 Les violences sexuelles

13. **Selon vous, ces trois dernières années, à quelle fréquence vos salariés ont-ils été/ sont-ils confrontés à ces violences ? Cochez les cases correspondantes. ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Aucune	1 à 5 fois dans l'année	1 à 2 fois par mois	Minimum 1 fois par semaine	Minimum 1 fois par jour
Incivilités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences verbales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences physiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences psychologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **Pour quelle(s) violence(s) estimez-vous vos salariés suffisamment préparés ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
 Les incivilités
 Les violences verbales
 Les violences physiques
 Les violences psychologiques
 Les violences sexuelles

Partie 4 : La gestion de la violence dans votre établissement

15. **Avez-vous une politique de prévention des risques de violence dans votre établissement ?**

*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16. **Si oui, depuis quand celle-ci est-elle mise en application ?**

Une seule réponse possible.

0 à 1 an

1 à 3 ans

Plus de 3 ans

17. **Quelles sont les actions de prévention que vous avez mises en place ? Cochez les cases correspondantes.**

Plusieurs réponses possibles.

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Sensibilisation	<input type="checkbox"/>				
Formation spécifique	<input type="checkbox"/>				
Existence de procédure/conduire à tenir	<input type="checkbox"/>				
Prise en compte dans le DUER	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

18. **Autres moyens non cités**

19. **Avez-vous des suggestions d'actions de prévention à mettre en place ?**

20. Suite à la violence d'un résident sur un salarié, quelles sont les procédures mises en place ? Cochez les cases correspondantes.

Plusieurs réponses possibles.

	Incivilité	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Suivis et statistiques	<input type="checkbox"/>				
Déclaration d'événement indésirable grave	<input type="checkbox"/>				
Accueil et écoute de vos salariés (soutien, prise en charge, accompagnement)	<input type="checkbox"/>				
Réunion d'équipes afin d'établir une réflexion en équipe	<input type="checkbox"/>				
Dédommagement si destruction de bien	<input type="checkbox"/>				
Déclaration d'accident de travail	<input type="checkbox"/>				
Traçabilité de l'acte de violence (dossier du résident, classeur prévu à cet effet)	<input type="checkbox"/>				
Sanction adaptée envers le résident	<input type="checkbox"/>				
Dépôt de plainte	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

21. Autres actions non citées

22. Avez-vous des suggestions d'actions à mettre en place suite à une violence ?

23. Prévoyez-vous de mettre en place certaines actions ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

24. Si oui, lesquelles ?

Partie 4 : Les instances

25. **Connaissez-vous l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

26. **Connaissez-vous la « plateforme signalement » de l'ONVS ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. **Déclarez-vous tous faits de violence sur la « plateforme signalement » de l'ONVS ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

28. **Avez-vous connaissance des fiches réflexes de l'ONVS ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

29. **Si oui, les utilisez-vous ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. **A quelle fréquence déclarez-vous ces violences à l'ARS et au département ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement
Incivilités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences verbales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences physiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences psychologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 5 : Informations générales

31. **Je suis :** *

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

32. **Mon âge ***

33. **Depuis combien de temps exercez-vous le poste de directeur d'EHPAD ? ***

Une seule réponse possible.

Moins d'un an

Entre 1 à 5 ans

Entre 6 et 10 ans

Entre 11 et 20 ans

Plus de 20 ans

34. **Depuis combien de temps exercez-vous dans votre structure ***

Annexe III : Grille d'entretien

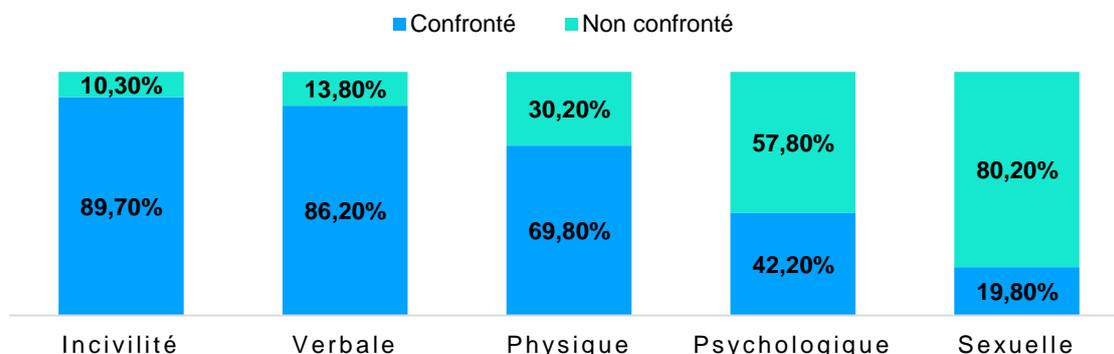
Nom de l'interviewé :	Date :
	Lieu :
	Durée :
Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise un mémoire sur la thématique « Quel management institutionnel face à la violence des usagers sur le personnel en EHPAD » avec pour problématique « Quels outils pour gérer le risque de violence des résidents sur le personnel en EHPAD » L'objectif de cette rencontre est donc d'avoir un retour d'expérience et vos connaissances sur le sujet.	
Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique.	
Thématique 1 : Analyse de la violence	
Comment analysez-vous la violence d'un résident sur un professionnel en institution?	
Considérez-vous la violence des résidents comme un comportement agressif ou défensif ?	
Thématique 2 : Violence et institution	
Comment la violence doit-elle être prise en charge en EHPAD ?	
Quel rôle doit avoir le directeur d'établissement à ce sujet ?	
Thématique 3 : Violence et pathologie	
Quel est l'effet d'une pathologie neuro-dégénérative sur le comportement violent d'un résident en EHPAD ?	
Peut-on prévoir une situation de violence ?	
Thématique 4 : Violence et solution	
Quelle est ou quelles sont les conduites à tenir ?	
Quelle(s) solution(s) proposez-vous ?	

Annexe IV : Analyse de l'enquête

I. Questionnaire des salariés

Partie 1 : Confrontation des salariés à la violence

Graphique 1 : Les salariés sont confrontés aux violences



NB : sur 100% de réponses

Tableau 1 : Typologie des incivilités auxquelles les salariés sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Manque de politesse	65
Manque de savoir-vivre, courtoisie	18
Manque de respect	13
Avoir tout de suite	11
Vous êtes payés pour faire ce travail	9
Demande avec des tons secs	9
Manque de respect du règlement de l'établissement	1

Tableau 2 : Typologie des violences verbales auxquelles les salariés sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Insultes	66
Grossièretés	30
Moqueries	15
Propos sexuels	13
Dévalorisation du métier	12
Vous êtes payés pour faire ce travail	12
Propos méprisants	9
Humiliations	1
Propos discriminatoires	1
Propos menaçants	1

Tableau 3 : Typologie des violences physiques auxquelles les salariés sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Coup (pieds, mains), claque	73
Pincement	16
Griffure	14
Morsure	13
Crachat	11
Coups de canne	6
Jet d'objet	4
Agrippement	3
Roule sur les pieds	2
Cheveux tirés	2
Poignets tendus	1

Tableau 4 : Typologie des violences psychologiques auxquelles les salariés sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Dévalorisation	5
Chantage	10
Accusation diverse	15
Humiliation	2
Menaces	15
Rabaissement de la personne	1

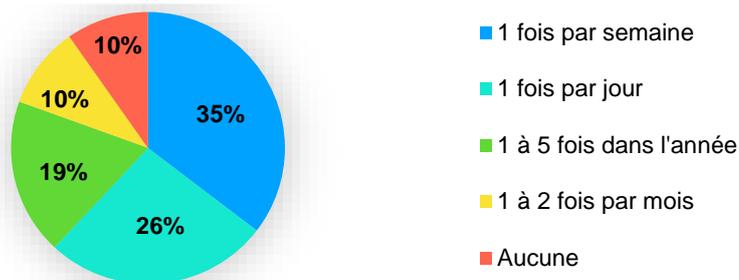
Tableau 5 : Typologie des violences sexuelles auxquelles les salariés sont le plus souvent confrontés

Information	Nombre de personnes ayant cité le propos
Attouchements (mains aux fesses, poitrine, caresses)	24
Propos inadaptés, indécents, sexuels	5
Allusions sexuelles	3
Masturbation	1
Exhibitionnisme	1

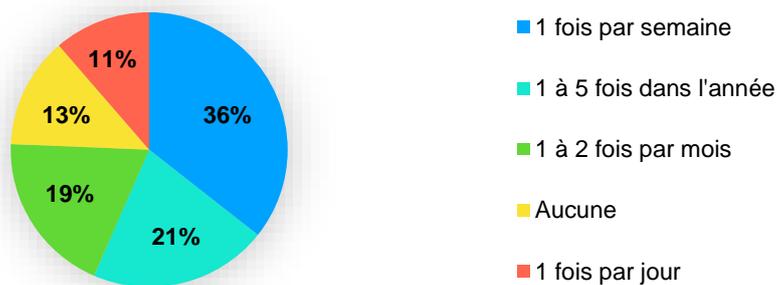
Tableau 6 : Fréquence de confrontation aux violences

	1 fois par jour	1 fois par semaine	1 à 2 fois par mois	1 à 5 fois dans l'année	Aucune
Incivilités	26,6%	35,4%	9,7%	18,6%	9,7%
Violences verbales	11,3%	35,7%	19,1%	20,9%	13,0%
Violences physiques	5,3%	16,7%	22,8%	25,4%	29,9%
Violences psychologiques	3,5%	11,4%	10,5%	17,5%	57,0%
Violences sexuelles	0,0%	0,9%	4,4%	13,2%	79,0%

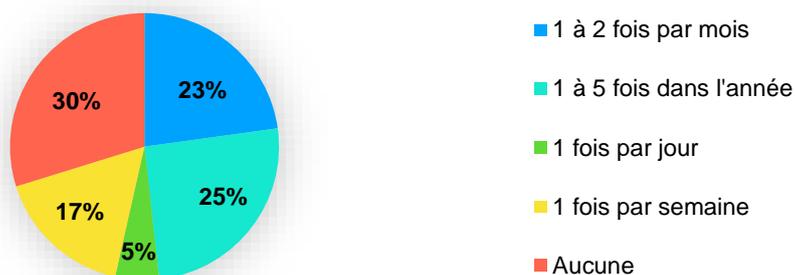
Graphique 2 : Fréquence de confrontation aux incivilités



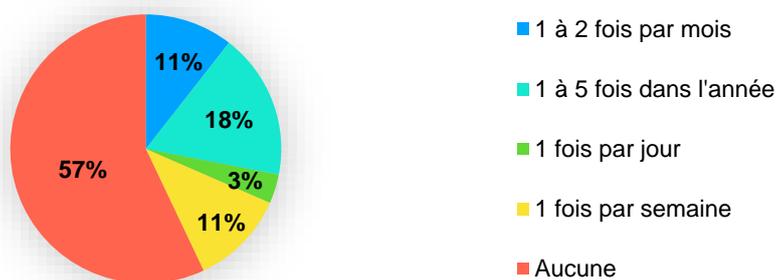
Graphique 3 : Fréquence de confrontation aux violences verbales



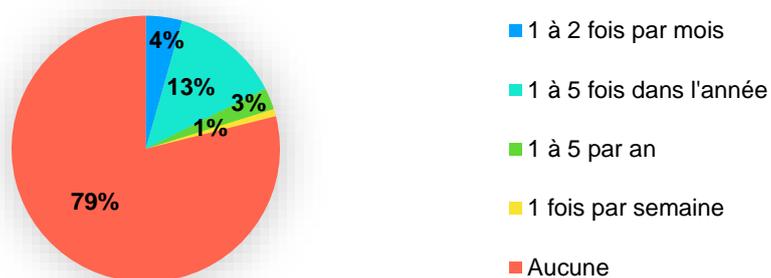
Graphique 4 : Fréquence de confrontation aux violences physiques



Graphique 5 : Fréquence de confrontation aux violences psychologiques



Graphique 6 : Fréquence de confrontation aux violences sexuelles



Partie 2 : Ressenti des salariés face aux violences

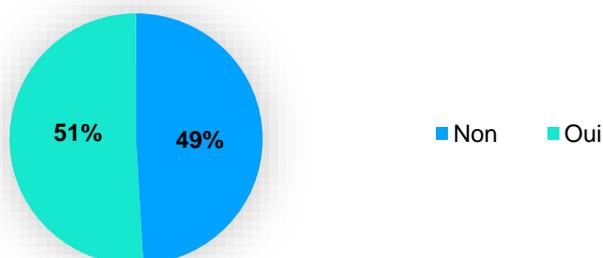
Tableau 7 : Ressentis des salariés lors de confrontation à la violence

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Indifférence	34,6%	33,0%	13,6%	16,3%	8,7%
Colère	28,9%	44,0%	51,9%	24,5%	65,2%
Peur	1,9%	2,0%	34,6%	6,1%	17,4%
Tristesse	21,2%	19,0%	11,1%	22,5%	4,4%
Incompréhension	35,6%	25,0%	23,5%	36,7%	13,0%
Paralysie temporaire (incapacité de penser, parler, bouger)	1,0%	0,0%	7,4%	2,0%	8,7%
Perte de confiance en soi	3,9%	11,0%	4,9%	22,5%	17,4%
Perte de confiance en l'autre	8,7%	5,0%	13,6%	18,4%	47,8%
Honte/remise en question	8,7%	16,0%	14,8%	18,4%	13,0%
Culpabilité	3,9%	4,0%	4,9%	14,3%	8,7%
Rancœur	4,8%	7,0%	12,4%	8,2%	17,4%
Manque de motivation	23,1%	23,0%	27,2%	24,5%	30,4%
Autre	5,8%	5,0%	6,2%	4,1%	8,7%

Tableau 8 : Autre ressentis des salariés lors de confrontation à la violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Recherche de facteurs et de solutions	3
Si pathologie indifférence sinon moins de tolérance	2
Empathie	2
Peine, compassion	2
Ignorance	2
Ne se sent pas visé	1
Haine	1
Exaspération	1
Prise de recul	1

Graphique 7 : Les salariés ont le sentiment d'une banalisation de la violence



NB : Sur 94,0% de réponses

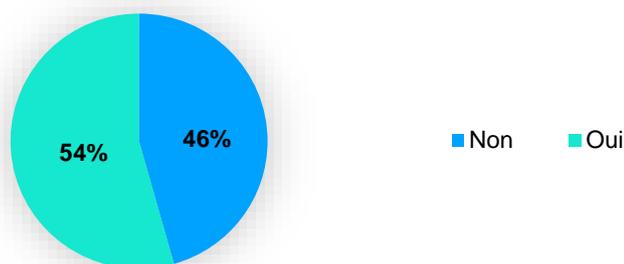
Tableau 9: Les raisons des salariés ayant le sentiment qu'il y a une banalisation de la violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Excusé par la pathologie	26
Acte banal, quotidien	9
Manque de temps	4
Manque de moyens	2
Manque d'écoute de la direction	2
Manque d'actions mises en place	2
Manque de considération	2
Tabou	2
Manque de formation	1
Charge de plus en plus lourde	1

Tableau 10: Les raisons des salariés ayant le sentiment qu'il n'y a pas de banalisation de la violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Prendre sur soi et accepter	2

Graphique 8: Les salariés sont stressés en présence de certains résidents

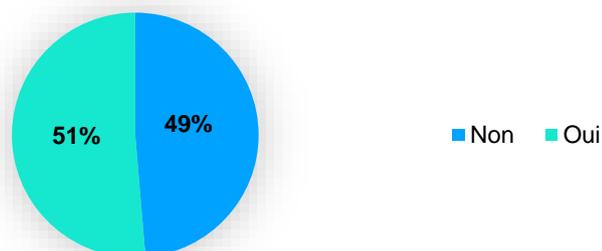


NB : Sur 98,3% de réponses

Tableau 11: Les salariés sont préparés aux violences

Information préparation	Fréquence (%)
Aucune	31,0
Incivilisés	56,0
Violences verbales	54,3
Violences physiques	20,7
Violences psychologiques	22,4
Violences sexuelles	6,9

Graphique 9: Les salariés ont l'angoisse d'être maltraitant en cas de violence en leur rencontre



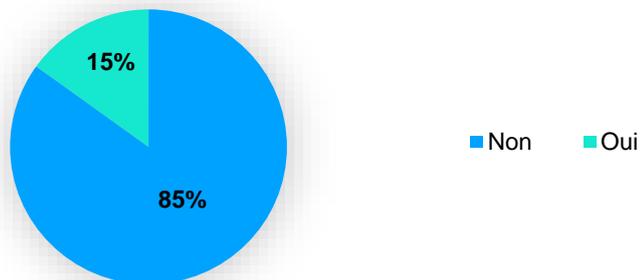
NB : Sur 97,4% de réponses

Tableau 12 : Les salariés évoquent les raisons d'angoisse d'être maltraitant en cas de violence en leur rencontre

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Peur de réagir en retour	12
Coups, colère en retour lors de violence physique	11
Canaliser, maîtriser une personne	9
Avoir répondu sur un ton inapproprié lors de violences verbales	5
Lors d'un soin à prodiguer impérativement	5
Lors d'une toilette où les coups étaient présents	3
Peur de mal faire, réagir	3
Forcer une résidente à revenir lors d'une fugue	2
Mettre au lit quand le résident ne veut pas	1
Avoir répondu sur un ton inapproprié lors de propos sexuels	1
En s'interposant	1
Fuite alors que le résident a besoin de la présence de la personne	1

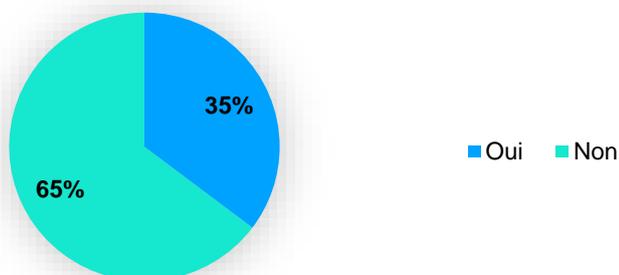
Partie 3 : La gestion de la violence dans l'établissement

Graphique 10 : Les salariés ont connaissance d'un plan de prévention de la violence dans l'établissement



NB : Sur 97,4 % de réponses

Graphique 11 : Les salariés ont connaissance de la date d'application du plan de prévention de la violence dans leur établissement



NB : Sur 14,7 % de réponses

Tableau 13 : Les salariés déclarent les actions de prévention mises en place

	Sensibilisation	Formation	Existence de conduite à tenir	Prise en compte dans le DUER
Incivilités	14,4%	4,8%	4,8%	2,9%
Violences verbales	17,0%	9,0%	10,0%	8,0%
Violences physiques	16,1%	8,6%	17,3%	8,6%
Violences psychologiques	14,3%	10,2%	8,2%	6,1%
Violences sexuelles	8,7%	0,0%	4,4%	4,4%

Tableau 14 : Les salariés évoquent d'autres actions de prévention mises en place

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Discussions en équipe	2
Transmissions	2
Protocoles mis en place	2
Ne rentre plus dans la chambre	1
Relève des équipes	1
Formation Alzheimer	1
Fiches d'évènement indésirables	1
Comité de bienveillance	1

Tableau 15 : Les salariés évoquent leurs suggestions d'actions de prévention à mettre en place

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Formation	32
Réunions d'échanges pluridisciplinaires	5
Procédures/conduites à tenir	4
Passer le relais à une collègue	2
Plus d'écoute	2
Mettre en place des lois	1
Flyers	1
Travailler en binôme	1
Comprendre le résident	1
Réunions et ateliers entre résidents et personnel soignant	1
Ne pas regrouper trop de résidents au même endroit	1
Poster la hiérarchie ou la direction lors d'une journée pour qu'ils se rendent compte de ce qui est subi lors d'une journée de travail	1
Transmission	1
Avoir davantage de données médicales sur les résidents	1
Entretien avec la psychologue	1

Tableau 16 : Les salariés déclarent les actions mises en place suite à une violence

	Suivi statistiques	Déclaration événement indésirable	Soutien de la hiérarchie	Réunion d'équipe	Dédommagement	Déclaration d'accident du travail	Traçabilité de l'acte	Sanction adaptée	Plainte
Incivilités	4,8%	23,1%	23,1%	18,3%	0,0%	0,0%	38,5%	1,7%	0,0%
Violences verbales	4,0%	31,0%	28,0%	28,0%	0,0%	0,0%	50,0%	4,3%	0,0%
Violences physiques	4,9%	50,6%	28,4%	35,8%	0,0%	16,1%	53,1%	1,7%	0,0%
Violences psychologiques	8,7%	26,1%	30,4%	17,4%	0,0%	0,0%	39,1%	1,7%	0,0%
Violences sexuelles	8,2%	10,2%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	18,4%	2,6%	0,0%

Tableau 17 : Les salariés évoquent d'autres actions mises en place suite à une violence

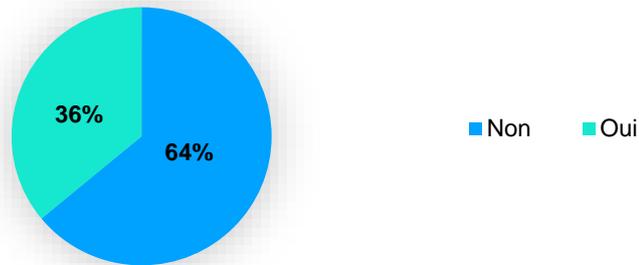
Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Communication entre collègues, transmission	2
La direction a reçu le résident qui insultait le personnel	1
Évaluation des fréquences verbales et physiques	1
Exclusion du résident	1
Intervention de la directrice	1
Réflexion en équipe	1
Port de blouse à manche longue pour les griffures	1
Dialogue avec le résident	1
Fiche de signalement dans le logiciel de soins informatique	1
Possibilité de changer d'unité	1

Tableau 18 : Les salariés évoquent leurs suggestions d'actions à mettre en place suite à une violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Réunions pluridisciplinaire pour évaluation	9
Écoute du personnel victime (groupe de parole, cellule d'écoute)	7
Discussions avec résident et/ou sa famille	5
Formation	3
Revoir le projet d'accompagnement personnalisé du résident	3
Convocation du résident si cohérent par la direction	2
Faire un classeur de suivi	2
Plus de personnel	2
Mettre dans le règlement de l'EHPAD	1
Soutien de la hiérarchie	1
Contact avec la psychiatrie	1
Médication	1
Tracer l'évènement	1

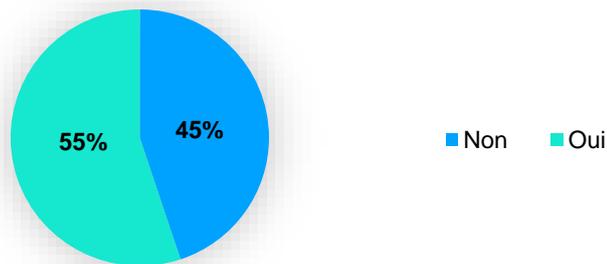
Report de soins	1
Conduite à tenir	2
Revoir le traitement	1
Prise en soins à deux agents	1
Travailler sur la prise en charge de la douleur	1

Graphique 12 : Les actions de prévention mises en place correspondent aux attentes des salariés



NB : Sur 66,7% de réponses

Graphique 13 : Les salariés ont constaté une augmentation de la violence



NB : Sur 84,5% de réponses

Tableau 19 : Les salariés déclarent les types de violence qui ont augmenté

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Augmentation des violences verbales	11
Population avec de plus en plus de pathologies	11
Augmentation des violences physiques	10
Incivilités	8
Veulent tout de suite, plus d'exigences	6
Familles poussent le résident à être agressif car ils paient une prestation	4
Augmentation des violences psychologiques	4
Population plus vieillissante	3
Moins de tolérance	2
Banalisation	2
Manque de politesse	1
Augmentation des violences sexuelles	1

Tableau 20 : Les salariés ont eu recours à ces actions suite à une violence

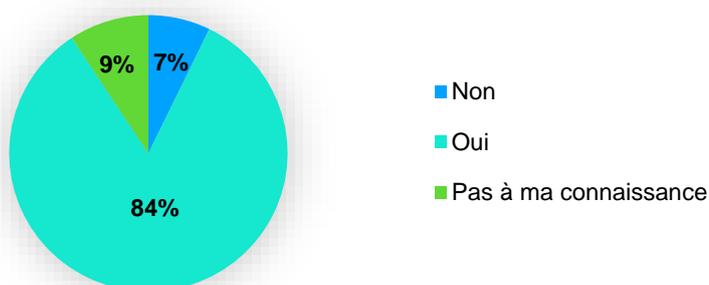
Information recours	Fréquence (%)
Absence volontaire	0,0
Arrêt maladie	5,2
Changement de poste	2,6
Démission	0,9

Tableau 21 : Autres actions dont les salariés ont eu recours suite à une violence subie

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Droit de retrait	3
Arrangement entre collègues pour ne pas pratiquer les soins sur le résident pendant une période donnée	3
Déclaration d'accident du travail	2
Reprise du travail car trop de perte de salaire	1

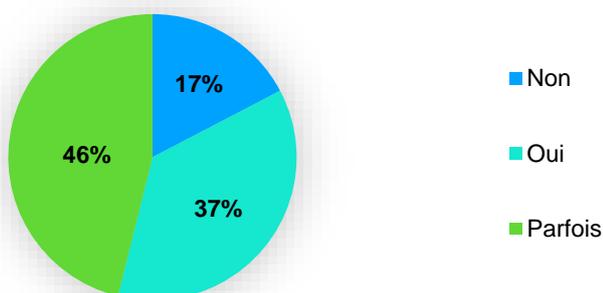
Partie 4 : Connaissance du résident violent

Graphique 14 : Les salariés ont connaissance d'une pathologie diagnostiquée lors de violence



NB : Sur 83,6% de réponses

Graphique 15 : Les salariés arrivent à détecter des signes avant-coureurs



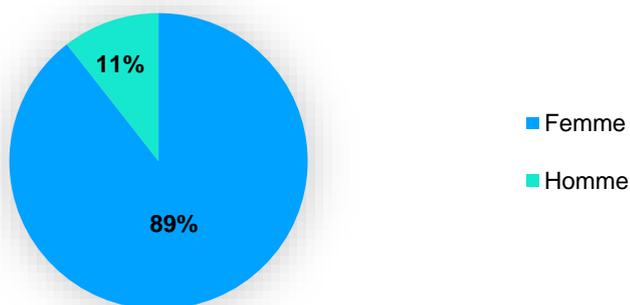
NB : Sur 89,7% de réponses

Tableau 22 : Les salariés expriment les signes avant-coureurs qu'ils arrivent à détecter

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Paroles (parle fort, dans la négation)	20
Énervement, agacement	17
Gestes (montre les poings)	14
Agitation	14
Regard noir	13
Anxiété	6
Cris	5
Refus de soins	4
Connaissance du résident	3
Infection urinaire	2
Déambulation	2
Tremblements	2
Constipation	2
Maladie diagnostiquée	2
Interpellation	1
Déshydratation	1
État dépressif	1
6 ^{ème} sens	1

Partie 5 : Informations générales

Graphique 16 : Sexe des répondants



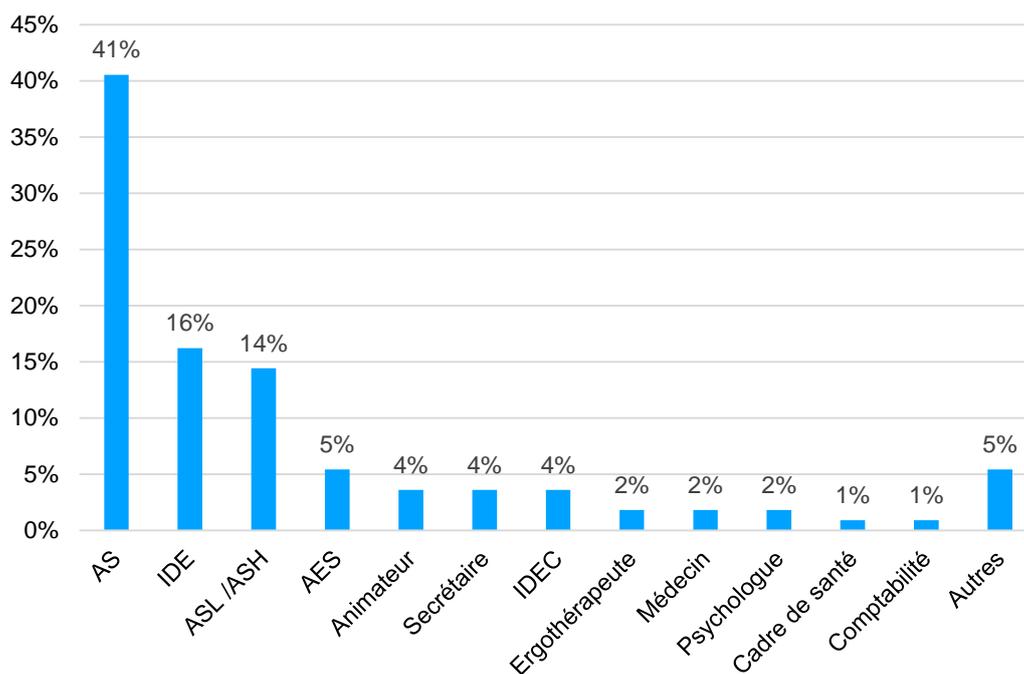
NB : Sur 98,3% de réponses

Moyenne d'âge des répondants

Moyenne d'âge : 36 ans

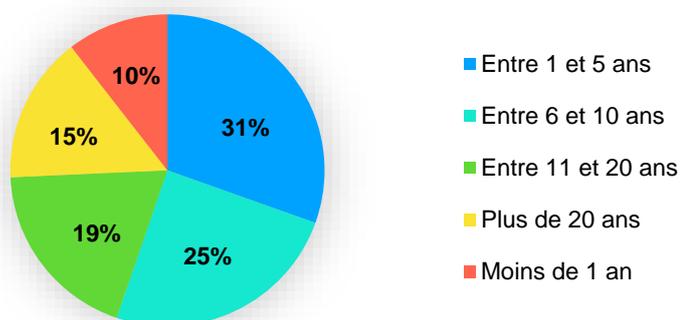
NB : Sur 76,6% de réponses

Graphique 17 : Les postes exercés par les répondants



NB : Sur 95,7% de réponses

Graphique 18 : Nombre d'années d'exercice du poste



NB : Sur 90,5% de réponses

Moyenne d'exercice dans la structure

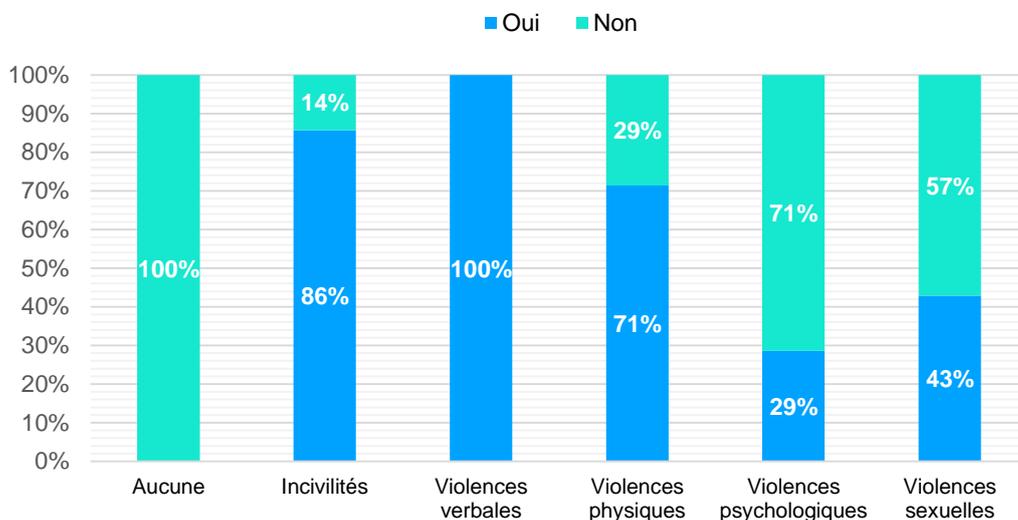
Moyenne : 8 ans

NB : Sur 93,1% de réponses

II. Questionnaire des directeurs

Partie 1 : Confrontation des directeurs à la violence

Graphique 19 : Les directeurs sont confrontés aux violences



NB : Sur 100% de réponses

Tableau 23 : Typologie des incivilités auxquelles les directeurs sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Manque de politesse	3
Manque de savoir-vivre, courtoisie	1
Manque de respect	1

Tableau 24 : Typologie des violences verbales auxquelles les directeurs sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Grossièretés	2
Insultes	1

Tableau 25 : Typologie des violences psychologiques auxquelles les directeurs sont le plus souvent confrontés

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Chantage	1
Menaces	1

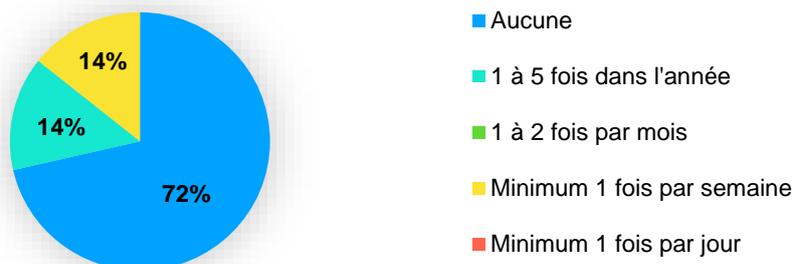
Tableau 26 : Fréquence de confrontation aux violences

	1 fois par jour	1 fois par semaine	1 à 2 fois par mois	1 à 5 fois dans l'année	Aucune
Incivilités	0,0%	14,3%	28,6%	0,0%	57,1%
Violences verbales	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%	71,4%
Violences physiques	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Violences psychologiques	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%
Violences sexuelles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

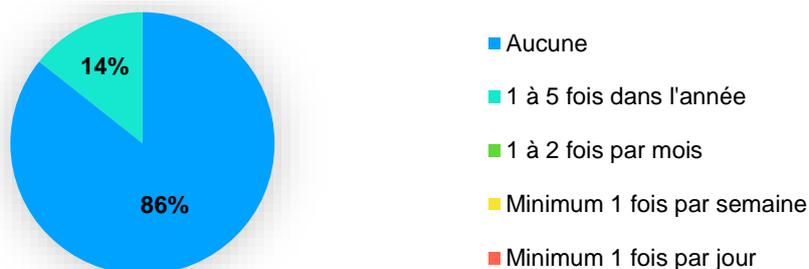
Graphique 20 : Fréquence de confrontation aux incivilités



Graphique 21 : Fréquence de confrontation aux violences verbales



Graphique 22 : Fréquence de confrontation aux violences psychologiques



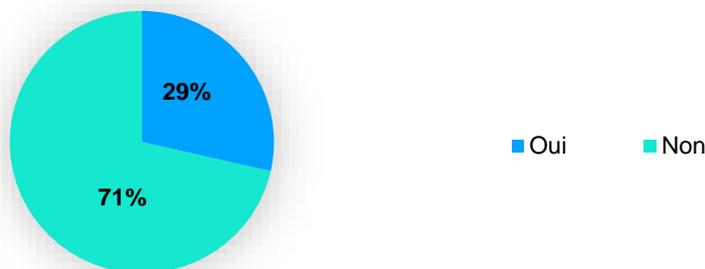
Partie 2 : Ressenti des directeurs face à cette violence

Tableau 27 : Ressentis des directeurs lors de confrontation à la violence

	Incivilités	Violences verbales	Violences physiques	Violences psychologiques	Violences sexuelles
Non concerné	57,1%	71,4%	100%	85,7%	100%
Indifférence	14,3%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Colère	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Peur	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tristesse	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Incompréhension	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Paralysie temporaire	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Perte de confiance en soi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Perte de confiance en l'autre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Honte/remise en question	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Culpabilité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rancœur	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Manque de motivation	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%
Autre	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Graphique 23 : Les directeurs ont le sentiment d'une banalisation de la violence



NB : Sur 100% de réponses

Tableau 28 : Les raisons des directeurs ayant le sentiment qu'il y a une banalisation de la violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Pas de solutions applicables car les pathologies entraînent les comportements	1
Mise en avant des droits et oubli des obligations vis-à-vis du fonctionnement de l'établissement	1

Tableau 29 : Les raisons des directeurs ayant le sentiment qu'il n'y a pas de banalisation de la violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Les violences font l'objet d'une analyse en équipe avec solutions	2
Les équipes sont sensibilisés à les signaler	1
Obligation de protection des salariés dans un contexte de QVT	1

Partie 3 : Estimation de la confrontation des salariés aux violences

Tableau 30 : Les directeurs pensent que leurs salariés sont confrontés aux violences

	Oui	Non
Incivilités	85,7	14,3
Violences verbales	100	0
Violences physiques	71,4	28,6
Violences psychologiques	28,6	71,4
Violences sexuelles	42,9	57,1
Total général		100

NB : Sur 100% de réponses

Tableau 31 : Les directeurs estiment la fréquence de confrontation aux violences des salariés

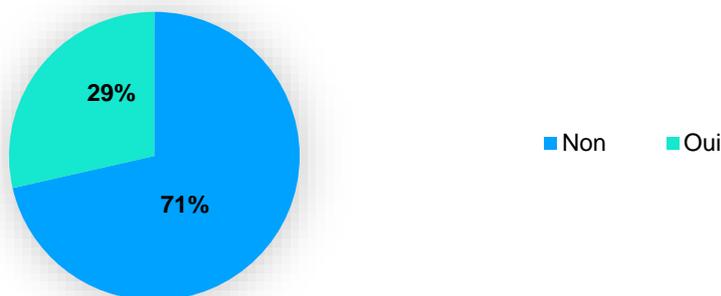
	1 fois par jour	1 fois par semaine	1 à 2 fois par mois	1 à 5 fois dans l'année	Aucune
Incivilités	14,3 %	28,5 %	14,3 %	42,9 %	0,0 %
Violences verbales	0,0 %	42,9 %	42,9 %	14,2 %	0,0 %
Violences physiques	0,0 %	0,0 %	57,1 %	14,3 %	28,57
Violences psychologiques	0,0 %	14,3 %	0,0 %	28,5 %	57,1 %
Violences sexuelles	0,0 %	0,0 %	14,3 %	57,1 %	28,5 %

Tableau 32 : Les directeurs estiment la préparation de leurs salariés aux situations de violence

Information préparation	Fréquence (%)
Aucune	42,9
Incivilisés	42,9
Violences verbales	42,9
Violences physiques	28,6
Violences psychologiques	28,6
Violences sexuelles	0

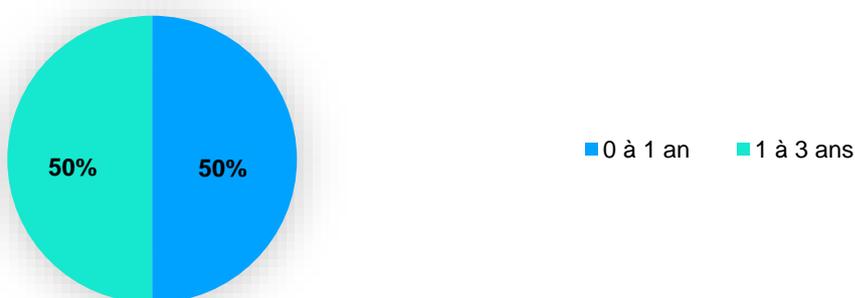
Partie 4 : La gestion de la violence dans votre établissement

Graphique 24 : Les directeurs ont mis en place une politique de prévention de la violence dans l'établissement



NB : Sur 100% de réponses

Graphique 25 : Date de mise en application du plan de prévention de la violence dans l'établissement



NB : Sur 28,6% de réponses

Tableau 33 : Les directeurs déclarent les actions de prévention mises en place dans l'établissement

	Sensibilisation	Formation	Existence conduite à tenir	Prise en compte dans le DUER
Incivilités	42,9 %	14,3 %	0,0 %	42,9 %
Violences verbales	28,6 %	42,9 %	28,6 %	42,9 %
Violences physiques	28,6 %	42,9 %	28,6 %	42,9 %
Violences	28,6 %	42,9 %	14,3 %	28,6 %
Violences sexuelles	28,6 %	14,3 %	14,3 %	14,3 %

Tableau 34 : Les directeurs évoquent d'autres actions de prévention mises en place dans l'établissement

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Réunions pluridisciplinaires	1
Formation humanitude	1

Tableau 35 : Les directeurs évoquent leurs suggestions d'actions de prévention à mettre en place dans l'établissement

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Réunions pluridisciplinaires pour lever les non-dits et éventuels	1
Formation spécifique pour les étudiants	1

Tableau 36 : Les directeurs déclarent les actions mises en place dans leur établissement suite à une violence

	Suivi statistique	Déclaration événement indésirable	Soutien du salarié	Réunion d'équipe	Dédommagement	Déclaration d'accident du travail	Traçabilité de l'acte	Sanction adaptée	Plainte
Incivilités	28,6%	57,1%	57,1%	42,8%	14,3%	28,6%	57,1%	14,3%	14,3%
Violences verbales	28,6%	57,1%	71,4%	71,4%	14,3%	14,3%	71,4%	28,6%	14,3%
Violences physiques	28,6%	57,1%	57,1%	57,1%	14,3%	71,4%	71,4%	28,6%	42,8%
Violences psychologiques	14,3%	28,6%	42,8%	42,8%	14,3%	28,6%	57,1%	28,6%	28,6%
Violences sexuelles	14,3%	57,1%	57,1%	57,1%	14,3%	28,6%	57,1%	42,8%	28,6%

Tableau 37 : Les directeurs évoquent d'autres actions mises en place dans leur établissement suite à une violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Discussion avec le résident	1

Tableau 38 : Les directeurs évoquent leurs suggestions d'actions à mettre en place dans leur établissement suite à une violence

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Rencontre avec les familles	1

Tableau 39 : Les directeurs évoquent leur volonté de mettre en place dans leur établissement certaines actions

Information volonté mettre en place actions	Fréquence (%)
Oui	71,4
Non	28,6
Total général	100

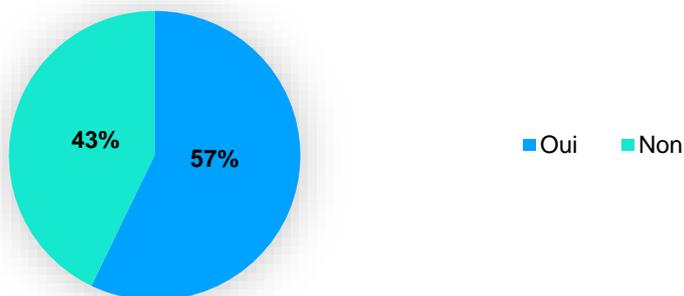
NB : Sur 100% de réponses

Tableau 40 : Les directeurs évoquent les actions qu'ils vont mettre en place dans leur établissement

Informations	Nombre de personnes ayant cité le propos
Formation	3
Feuilles d'événements indésirables	1
Suivi psychologique	1
Création de protocole	1

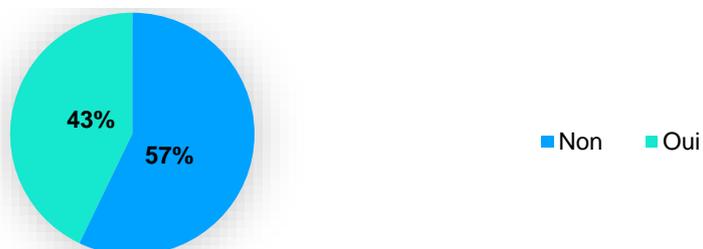
Partie 5 : Connaissance et lien avec les instances

Graphique 26 : Les directeurs connaissant l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)



NB : Sur 100% de réponses

Graphique 27 : Les directeurs connaissant la « plateforme signalement » de l'ONVS



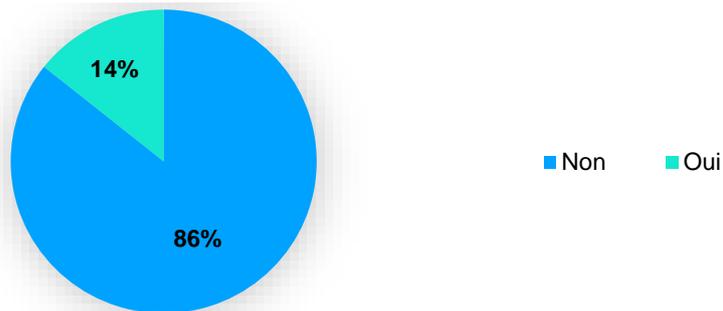
NB : Sur 100% de réponses

Graphique 28 : Les directeurs déclarent tous faits de violence sur la « plateforme signalement » de l'ONVS



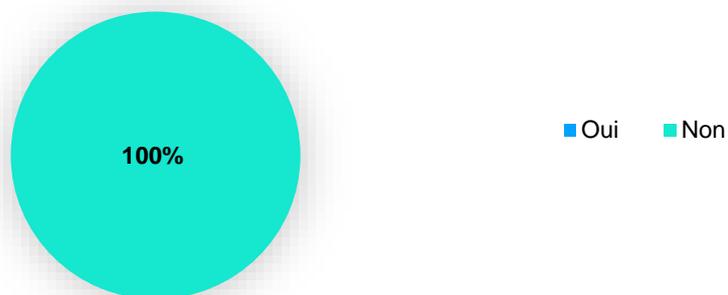
NB : Sur 100% de réponses

Graphique 29 : Les directeurs connaissent les fiches réflexes de l'ONVS

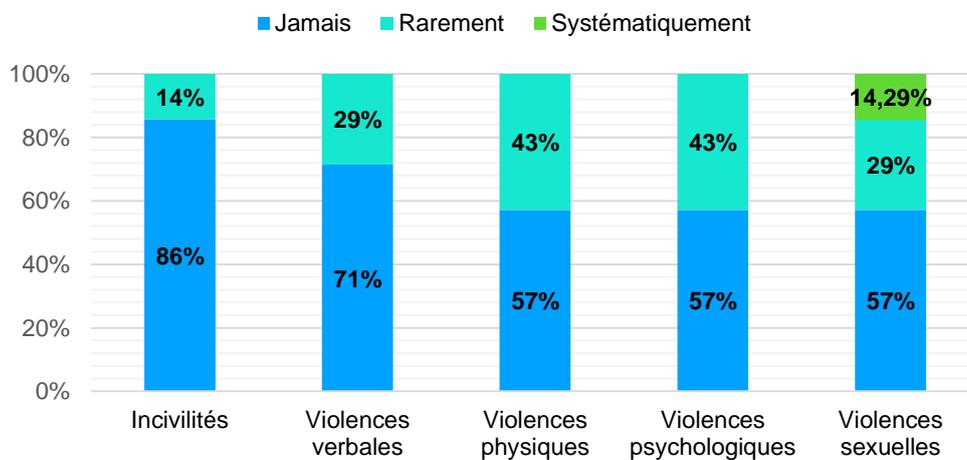


NB : Sur 100% de réponses

Graphique 30 : Les directeurs utilisent les fiches réflexes de l'ONVS



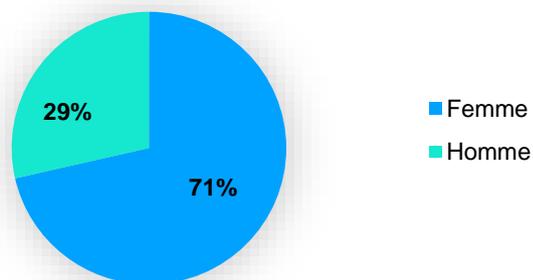
Graphique 31 : A quelle fréquence les directeurs déclarent les violences à l'ARS et au département



NB : Sur 100% de réponses

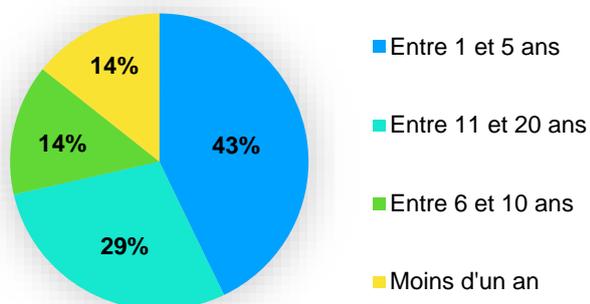
Partie 6 : Informations générales

Graphique 32 : Sexe des répondants



NB : Sur 100% de réponses

Graphique 33 : Nombre d'années d'exercice du poste



NB : Sur 100% de réponses

Moyenne d'exercice dans la structure : 3 ans

NB : Sur 100% de réponses

Moyenne d'âge : 42 ans

NB : Sur 100% de réponses

Annexe V : Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisée directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le But de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SELECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a une discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sous-questions.

A. IDEES DELIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION/AGRESSIVITE (NA)

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉINHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrrouler de la ficelle ou du fil ? »

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange le sommeil des proches ? »

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (cocher NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON ».

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA ».

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante : « Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante : « Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :

Score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant. Pour ce faire, demandez au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

0. Pas du tout

1. **Perturbation minimum** : presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légèrement** : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Modérément** : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **Assez sévèrement** : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. **Très sévèrement ou extrêmement** : très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodana JY, et al. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique 2000;14:151-71.

Copyrights : HAS., mai 2009. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

Annexe VI : L'échelle Cohen Mansfield

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent :

(conjoint – enfant – soignant – autre)

Agitation physique non agressive	1. Cherche à saisir
	2. Déchire les affaires
	3. Mange des produits non comestibles
	4. Fait des avances sexuelles physiques
	5. Déambule
	6. Se déshabille, se rhabille
	7. Attitudes répétitives
	8. Essaie d'aller ailleurs
	9. Manipulation non conforme d'objets
	10. Agitation généralisée
	11. Recherche constante d'attention
	12. Cache des objets
	13. Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14. Répète des mots, des phrases
	15. Se plaint
	16. Émet des bruits bizarres
	17. Fait des avances sexuelles verbales
Agitation et agressivité physiques	18. Donne des coups
	19. Bouscule
	20. Mord
	21. Crache
	22. Donne des coups de pied
	23. Griffes
	24. Se blesse, blesse les autres
	25. Tombe volontairement
	26. Lance des objets
Agitation et agressivité verbales	27. Jure
	28. Est opposant
	29. Pousse des hurlements

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable :	0
Jamais :	1
Moins d'une fois par semaine :	2
Une ou deux fois par semaine :	3
Quelquefois au cours de la semaine :	4
Une ou deux fois par jour :	5
Plusieurs fois par jour :	6
Plusieurs fois par heure :	7

Version française traduite et validée par Micas M, Ousset PJ, Vellas B. © PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr Référence : Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.

Copyrights : HAS., mai 2009. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

Résumé

Anaïs HARRE

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillent des résidents pouvant présenter une ou plusieurs fragilités. Cette hétérogénéité du public peut causer toutes sortes de situations complexes pour les professionnels travaillant à leurs côtés quotidiennement. Dans ce quotidien, des violences peuvent apparaître. Lorsque l'on parle de violence dans les structures médico-sociales, le lien est rapidement réalisé avec la maltraitance exercée par les professionnels envers les résidents mais il est plus rare que l'on parle de la situation inverse, c'est-à-dire lorsque la violence émane des résidents envers les professionnels. Ce mémoire s'adresse donc aux managers d'aujourd'hui et de demain sur les nombreux enjeux de cette problématique et l'importance de mettre en place une démarche de gestion de ce risque au sein des établissements.

Mots-clés : violence, risque, management, EHPAD

Abstract

Anaïs HARRE

Care-dependent seniors who present some vulnerabilities are hosted in special retirement homes. Professional carers, who work with residents on a daily basis, are facing complex situations due to the heterogeneity of the problems encountered by elderly people. In this context, violence can appear. When we are dealing with violence in caring structures, we first think about abuses made by the professionals on the elderly. However, it is quite rare to talk about the opposite situation, that is to say, violence arising from the residents towards the carers. This thesis is aimed at current and future managers to help them dealing with such issues and to provide some recommendations on how to implement a risk management approach in the institutions.

Keywords : violence, risk, management, retirement home