



Maltraitance ? Oui mais pour qui ? # 2 Le personnel soignant

— Didier Lerond, orthophoniste, membre de la commission éthique



Les soignants sont mobilisés pour offrir aux patients, porteurs de maladies qui leur sont confiés, les traitements les plus adaptés auxquels ils ont droit.

Etre soignant, c'est être acteur de soins. Mais face aux difficultés, au malheur de l'autre, comment rester serein et garder son équilibre? Quel que soit l'exercice professionnel dans lequel l'orthophoniste intervient, peut-il être victime de maltraitance, voire de violence à son endroit? Est-il tout autant exposé que les autres professionnels de santé (médecins, infirmières...) dont on sait qu'ils sont fréquemment exposés à des événements violents, stressants, maltraitants? S'il est évident que le recensement des signalements de violences faites aux soignants est plus aisé en milieu hospitalier, qu'en est-il dans leur activité libérale? Ces manifestations maltraitantes y sont-elles pour autant exclues?

Les atteintes aux biens et aux personnes

La lecture des récents rapports de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) s'avère fructueuse pour déterminer les caractéristiques de ces actes dont les soignants sont victimes. En 2013, l'observatoire national des violences en milieu de santé a été destinataire de 12 432 signalements de violences

émant de 353 établissements hospitaliers contre 11 344 signalements en 2012, soit une hausse de 9,6% en un an (+ 1 088 événements). Les statistiques nationales sont proposées aux agences régionales de santé afin qu'elles connaissent les pratiques de signalement des établissements.

Les faits signalés peuvent être classés en deux catégories: les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens (dégradations, vols avec effraction, destruction de matériel, incendie de véhicule...). Pour chacune, une échelle de gravité a été instaurée en proposant une classification pénale en crime, délit, contravention, en fonction de la réponse pénale apportée.

Sont recensées:

Environ 3000 atteintes de niveau 1 (injuries, insultes et provocations sans menaces, consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu de santé (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures).

Environ 2000 atteintes de niveau 2 (menaces d'atteintes à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux).

Environ 4000 atteintes de niveau 3 (violences volontaires telles que les atteintes à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec armes, agression sexuelle).

Plus rares, environ une centaine d'atteintes de niveau 4 (violences avec arme, viol et tout autre fait qualifié de crime).

Les atteintes aux biens, moins nombreuses, s'élèvent à 3662 et représentent ainsi 28,5% des signalements. Également réparties par niveaux, l'ONVS dénombre, pour l'année



2013, 3306 atteintes de niveau 1 (vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur un parking intérieur de l'établissement, tags, graffitis), 215 atteintes de niveau 2 (vols avec effraction) et 141 atteintes de niveau 3 (dégradations ou destructions de matériel de valeur, dégradations par incendie volontaire, vols à main armée ou en réunion).

On constate ainsi que tous les services sont exposés à des manifestations de violence avec cependant certaines activités plus exposées, comme les urgences et les services de psychiatrie. Selon la classification de l'observatoire, la gériatrie se situerait au 3^e rang avec un score de 10%. Mais d'année en année, on observe en gériatrie, une augmentation constante, régulière et significative des signalements avec une majorité correspondant à des atteintes aux personnes (+ de 80%).

Dans ces atteintes à la personne, un classement des signalements peut être établi avec par ordre décroissant, les violences physiques, les insultes et injures, les menaces qui constituent près de 90% des atteintes. Viennent plus loin, les menaces armées, le chahut et les nuisances et plus loin encore, les agressions sexuelles, les violences avec armes, les exhibitions sexuelles, les viols et les crimes...

L'observatoire national recense chaque année près de 9000 soignants victimes de violences. Pour 85% d'entre elles, elles touchent les personnels des établissements. Les plus exposés seraient le personnel soignant, infirmiers et



aide soignants (+ de 90%), puis les médecins et ensuite les autres personnels soignants. De même, le personnel soignant féminin (infirmières, aides-soignantes) est très largement plus exposé que leur homologue masculin. Ce pourcentage élevé est bien sûr à corrélérer au taux de féminisation élevé dans ces catégories soignantes. Chez les médecins, il semble que le nombre plus important d'hommes médecins inverse la tendance avec une minorité de femmes médecin victimes de violence.

Les auteurs des violences sont inventoriés avec une très forte majorité (80%) les patients, puis les visiteurs.

En milieu institutionnel, les violences se manifestent dans l'exercice auprès des patients, mais aussi dans les relations avec les autres soignants et l'institution qui, à leur niveau, peuvent être maltraitants. En libéral, il s'agira plutôt des relations conflictuelles avec les patients et les familles mais aussi avec les administrations qui peuvent exercer une pression jugée angoissante, conflictuelle, stressante voire maltraitante. Dans tous les cas, c'est le professionnel de santé qui risque de s'épuiser professionnellement avec parfois des conséquences sur sa vie privée.

Les signalements d'atteintes aux personnes se répartissent entre agressions physiques et verbales de manière quasi équivalente.

Bien sûr, ces situations se retrouvent plutôt dans les services où les attentes du patient sont fortes, chargées en émotions et en angoisses, où lorsque le patient estime que ses soins ne correspondent pas à ses besoins.

Le manque de personnel, des attentes parfois démesurées, une carence supposée de considération, une communication insuffisante ou inadaptée sont parmi d'autres des arguments pouvant expliquer des comportements déplacés et inadaptés à l'encontre des soignants. Le

seuil de tolérance du soignant n'est pas celui du soigné. Un patient qui serre très fort la main ou le poignet du soignant et qui refuse de relâcher l'emprise peut être vécue différemment par un soignant que par un autre.

Dans certains services comme la gériatrie, les soins palliatifs, l'approche de la mort crée inévitablement des situations complexes.

En effet, dans un focus particulier sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou autre Unité de Soins de Longue Durée (USLD), l'observatoire note que les signalements sont en progression constante d'année en année avec essentiellement des atteintes aux personnes réparties de façon égale entre des violences verbales et des violences physiques. Ces violences, le plus souvent dues à la pathologie des patients, s'exercent sur les soignants. (Exemples: Etre poussé violemment contre le mur par un résident, être griffé au bras, être étranglé lors d'un soin d'hygiène..., mais également des violences lors d'affrontements entre résidents (coup de cane, gifle...) durant lesquels les soignants peuvent être plus exposés.

Les motifs de violence faite aux soignants sont variables. Dans la plupart des cas, cette motivation n'est pas précisée par l'ONVS. Parmi les réponses identifiées, on relève un diagnostic non accepté, un conflit entre patients, un refus de prescription, un temps d'attente jugé excessif, une consommation d'alcool ou de stupéfiants, et dans ¼ des cas un reproche relatif à la prise en charge. Dans tous les cas, incompréhension des priorités, manque de communication, inquiétudes restées sans réponses de la part des soignants, insuffisance de personnels, inadaptation des locaux et des services, concourent à instaurer un terreau fertile aux conduites violentes et agressives envers les soignants.



Face à ces agressions, les suites engagées sont la plupart des cas restées sans suites (80%). Dans les 20% restant, on constate la dépose d'une plainte ou d'une main courante.

La promotion des mesures de prévention

Alors, comme pour la violence et la maltraitance faites aux soignés, c'est par la promotion indispensable des mesures de prévention qu'il conviendra d'agir pour limiter la violence envers les soignants avec l'élaboration d'outils de prévention des risques professionnels mis en place par les ARS et les chefs d'établissements concernés. Ces documents recensent les risques professionnels psychosociaux auxquels les soignants peuvent être confrontés ainsi que les mesures de prévention associées.

On pourra lister plusieurs mesures telles que :

- L'adoption pour les soignants d'une démarche volontariste de respect envers les soignés et leurs proches qui consiste en des pratiques et des comportements simples de bonne vie en bonne société comme, par exemple, ne pas passer dans les couloirs et rester indifférent aux familles, saluer et sourire aux gens qui attendent, mais aussi personnaliser les entretiens pour que même les personnes les plus défavorisées ou dont la compréhension est moindre se sentent entendues et comprises.
- L'accompagnement des équipes avec un suivi régulier, notamment aux victimes, suivi tant administratif, juridique que psychologique.
- L'analyse quantitative et qualitative des événements indésirables graves liés aux faits de violence, avec la formalisation des protocoles de conduite à tenir en cas d'incidents violents.

La création de fiches réflexes « *accompagnement des victimes de violences* » élaborées par la DGOS et l'ONVS avec une mutuelle d'assurance et la Fédération Hospitalière de France (FHF), sur la conduite à tenir en cas de violence dans les établissements de santé et médico-sociaux.

- Chaque fiche comporte la définition de



la violence subie, les modalités de prise en charge de la victime, les procédures à mettre en œuvre, les suites et le suivi de la démarche, ainsi qu'un bref rappel du cadre juridique (*téléchargeables depuis les sites de l'ONVS, de la FHF et de la MACSF*).

La création des conseils de vie réunissant professionnels et patients, de groupes de parole; la systématisation du dépôt de plainte (en 2013, 79% des actes de malveillance et de maltraitance ne font pas l'objet de dépôts de plainte ou de main courante).

La mise en place d'actions de formation du personnel (journées anti malveillance, gestion du stress et de l'agressivité, conférences, échanges...) destinées à réduire les risques et à développer les compétences des agents en matière de communication non-violente et de gestion de l'agressivité, des incivilités ou de la violence.

La diffusion des bonnes pratiques.

Une meilleure gestion des événements gérés principalement en interne, notamment par le service de sécurité de l'établissement.

Le renforcement des liens entre les établissements, les services de police et de justice.

l'heure et présents dans la salle d'attente, le père l'a insultée, projeté les jeux dans la salle d'attente et est parti en claquant la porte. Cet épisode particulièrement violent et imprévisible a imposé à l'orthophoniste de gérer les réactions et émotions des parents et enfants dans la salle d'attente, de gérer et maîtriser ses propres sentiments pour pouvoir assumer l'intervention orthophonique suivante. L'enfant ne se représentera pas au cabinet.

Dans son exercice, le soignant devra dispenser les meilleurs soins souvent en lien avec la représentation personnalisée que le soigné aura élaborée (grâce parfois au recours à Internet) et qu'il estime être en demeure de recevoir. La distorsion entre le soin pensé et le soin reçu, fut-il dans les règles de l'art, peut engendrer une incompréhension et déboucher sur des pressions voire sur un acte violent dont le soignant peut être la victime.

L'administration, de plus en plus tatillonne et exigeante, peut elle aussi être mal vécue par le professionnel libéral, souvent seul dans son exercice, sans secrétariat pour prendre en charge les modalités administratives inhérentes à l'exercice en cabinet.

La solidarité entre collègues permet de passer la main à un autre collègue qui pourra prendre le relai momentanément ou plus durablement. Pour l'orthophoniste exerçant le plus souvent seul, cette démarche est peu réalisable sauf en milieu institutionnel. Toutefois dans les cabinets de groupe, c'est possible avant d'atteindre un point d'usure voire de rupture.

Se connaître et savoir repérer sa propre sensibilité est une nécessité. Face à des comportements agressifs, à des patients difficiles, les réactions peuvent changer d'un praticien à un autre, le seuil de tolérance de l'un n'étant pas celui de l'autre. Se connaître et prendre conscience de ses limites est gage de sécurité tant pour le patient que pour le soignant.

Pour conclure, entre les réponses dictées par la morale, la déontologie, la loi et l'éthique, le professionnel de santé possède un arsenal de réponses qui doivent lui permettre d'exercer son art dans les meilleures conditions, tant pour le patient que pour lui-même. Nous verrons dans un prochain article les réponses éthiques que le soignant peut apporter face à ces comportements violents, agressifs, inadaptés.

Dans la pratique libérale

En pratique libérale, le professionnel de santé, et l'orthophoniste en particulier, est potentiellement soumis à des comportements voire à des actes de violence et de maltraitance, certes à des niveaux différents que lors d'un exercice salarié. Peu d'enquêtes ou de recherches sont faites dans ce domaine. Néanmoins, le professionnel de santé libéral est confronté à la gestion de l'agenda, aux demandes exigeantes du bon rendez-vous au bon moment selon le souhait du patient. Lors d'une rapide enquête auprès de collègues libéraux pour l'écriture de cette rubrique, une orthophoniste a relaté une expérience qu'elle a jugée maltraitante à son égard. En effet, à la demande d'une famille, elle a aménagé ses horaires pour les recevoir à une heure tenant compte du planning professionnel du père. Après deux absences dès les premières séances, le père arrive avec 40 mn de retard. Devant l'impossibilité pour elle d'effectuer la séance sans pénaliser les patients à

Comment éviter la maltraitance ?

La blouse blanche n'a jamais rendu son porteur infaillible et invulnérable. Même en exercice libéral, le statut de professionnel de santé n'a jamais protégé quiconque. Ne pas hésiter à demander de l'aide, chercher un soutien, poser le constat de ces difficultés voire de son impuissance sont des réactions de prévention de bon aloi.

Parler, dire aux membres de l'équipe de soins, participer à des groupes de parole permet d'offrir un refus de l'isolement. Dans des services tels que la psychiatrie, la gériatrie, les unités accueillants des malades Alzheimer, des unités de soins palliatifs et de fin de vie, les soins peuvent être rendus difficiles avec ces malades parfois violents ou qui renvoient des images très sombres au soignant. Comment affronter la déchéance, la dégradation et la mort du soigné sans réagir? De fait, quelle réponse le soignant va-t-il transmettre au soigné en retour?

SOURCE BIBLIOGRAPHIQUE

BENAOUDA Abdelmalik, chargés d'études à l'ONDRP, *Les actes de violences en milieu de santé en 2013*, rapport annuel 2014 de l'ONDRP;

FERRARI Rachel, chargée de mission, commissaire divisionnaire, *Rapport Annuel 2012*, Observatoire national des violences en milieu de santé, ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS, département stratégie ressources, Observatoire national des violences en milieu de santé.

A relire

L'orthophoniste N° 349 p13-15. Maltraitance? Oui, mais pour qui?

1: la maltraitance à l'encontre d'une personne âgée