



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANT**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 24 novembre 2023

Par Marie DECARNIN

### **Agressivité envers les soignants à domicile**

*Vers une prise en charge institutionnelle pour les personnels en HAD*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2023

## Remerciements

Merci,

A la Direction de l'HAD LNA SANTE Orléans- Montargis, Mr SIBONI, Me BEZAULT, Me GILARDEAU et Me MASLARD de m'avoir permise de participer à ce DIU Soigner les soignants et de m'avoir accompagné durant ce joli chemin,

A mon mari, mes enfants et ma famille pour m'avoir soutenu lors de mes déplacements et lors de la rédaction de ce mémoire

A tous mes relecteurs qui se sont proposés de m'aider à la rédaction de ce long travail que j'imaginai avec mes mots depuis un an.

# SOMMAIRE

Liste des abréviations	p.4
I. Introduction et justification du mémoire	p.5
1- Situation de départ	p.5
2- Méthodologie utilisée pour ce travail	p.6
II. Agressivité et violence	p.7
1- Représentation	p.7
2- Définition	p.7
3- Epidémiologie	p.8
4- Particularité du domicile	p.8
5- Prévention	p.9
III. Les protections juridiques et nationales	p.10
1- Législation	p.10
2- L'Observatoire National des violences en milieu de Santé (ONVMS)	p.12
3- Impact sur le salarié	p.14
4- Prévention dans l'établissement : Prévention Risques professionnels	p.15
IV. Retour d'enquête	p.15
1- Agressions verbales	p.17
2- Agressions physiques	p.18
3- Réaction lors d'une agression	p.20
4- Signalement de l'agression	p.21
V. La conduite à tenir : formalisation	p.23
1- Plan Préventif	p.23
2- Proposition de procédure	p.23
VI. L'importance de l'accompagnement managérial	p.26
Conclusion	p.27
Annexes	p.28
Bibliographie	p.34

**LISTES DES ABREVIATIONS**

HAD : Hospitalisation à domicile

CME : Commission médicale d'établissement

CDU : Comité des usagers

CODIR : Comité de direction

IDECO : infirmier coordinateur

DS : Directrice des Soins

CREX : Comité Retour d'Expérience

ARS : Agence Régional de la santé

## **I- INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DU MEMOIRE**

### **1-Situation de départ**

Pour commencer ce travail, je vais vous présenter la structure d'Hospitalisation à domicile LNA SANTE. C'est un établissement prenant en charge des patients sur un périmètre établi par l'ARS, à leur domicile. Il présente différentes pathologies nécessitant des prises en charge variées comme des pansements complexes, antibiothérapie, chimiothérapie mais aussi des patients statué Soins palliatif et, en accord avec leur famille, souhaitant un décès à domicile. Nous sommes composé d'une équipe infirmières, aides-soignantes, infirmiers coordinateurs, infirmières de liaison, Directrices des soins, médecins coordinateur, kinésithérapeute, ergothérapeute, sages-femmes, assistantes sociales, psychologues, pharmacie à usage interne. Le fonctionnement peut être ressemblant à une structure hospitalière mais avec les particularités du domicile.

Il y a quelques années, une soignante a été victime d'une agression au domicile d'un patient où elle devait prodiguer des soins, seule. Voici sa transmission qu'elle a rédigé suite à la situation:

« A mon arrivée ce soir, Monsieur a été installé au fauteuil par ses enfants. Ils reviennent sur leur décision de refus de soins et me demandent s'il est possible de poser l'hydratation car Mr ne boit plus en Per os. Allo Medecin Coordinateur qui donne son accord pour cette nuit, 500ml/24h de Biono, sous réserve de modification demain suite au résultat du dernier BS ( Kaliemie à 6.3 ). Les constantes de Monsieur sont correctes avec Algo+ 0, un Pouls à 70, une Fréquence respiratoire à 14, pas de râle constaté ni de difficulté respiratoire depuis l'augmentation de l'O2 à 4L ce matin. A la fin des soins, lors de mon départ je constate que Monsieur ne respire plus, la famille le constate aussi et se met à hurler. La famille devient alors menaçante et insultante et exige que je fasse un massage cardiaque. Ils posent la VNI rapidement et augmentent l'O2. Pendant que je masse, la famille contacte le Samu en leur disant que leur papa est réanimatoire et pas en soins palliatifs. La fille dit que personne ne lui répond, que c'est long, ils prennent alors le relai pour masser et j'appelle à mon tour le 15 en leur précisant que Monsieur est en soins palliatifs et non réanimatoire. Le médecin régulateur ne comprend pas car la famille et moi sommes contradictoires. Je leur explique que j'ai besoin d'aide et leur demande de venir, ils envoient alors une équipe. Je préviens également le Medecin Coordinateur. Le massage devient compliqué au fauteuil, je leur propose d'allonger Mr au sol, nous mettons le matelas du lit par terre et portons Monsieur jusque là. Je continue de masser. Deux de mes collègues me rejoignent pour me venir en aide et prennent le relai. Nous nous relayons pour continuer le massage et leur expliquons que le médecin de l'Had arrive également, Mme cris et indique que les médecins de l'Had sont incompetents, qu'ils ont tué leur père, qu'elle ne veut pas les voir au domicile et qu'il faut que l'on respecte cette volonté. Nous demandons alors au médecin coordinateur suivant le patient, de ne pas venir. La Samu arrive, je leur explique brièvement le contexte. Ils prennent contact avec Medecin Coordinateur et nous indiquent que l'on peut arrêter le massage. Le médecin dit à la famille que nous ne

pourrons pas sauver leur père. Immédiatement la fille se met à hurler, à porter des coups violents au médecin et à lui cracher au visage, les deux frères de Mme et les collègues du médecin les séparent. Le Samu prend alors contact avec la Police. A l'arrivée de la Police, ils mettent Mme à l'écart, nous réinstallons le patient dans son lit. L'équipe de nuit arrive à son tour pour nous relayer et procéder à la désinstallation. Les deux médecins coordinateurs informés de la situation » Sarah IDE

Cette soignante a dû faire face à une agression psychique dans la mesure où ce patient était acté en Soins palliatif malgré la « non acceptation » de sa famille provoquant ce massage cardiaque imposé par la famille; allant à l'encontre du projet de soins émis dans le dossier médical du patient. Elle a été témoin de violence physique auprès du médecin du SAMU où elle s'est sentie impuissante. Et durant toute cette période, elle a pu alerter ses collègues discrètement afin de lui venir en aide.

Suite à cette situation, toute fois rare dans nos pratiques, nous avons accompagné cette soignante avec une attention et des mots à la hauteur de l'impact de l'évènement. Nous avons agit avec bienveillance...mais nous ne savions pas faire et nous n'avions aucune procédure institutionnelle. Malgré tout Sarah est partie de l'établissement par crainte de retourner faire des soins au domicile et de se retrouver face à une même situation.

C'est dans ce contexte, qu'il m'a semblé pertinent de réfléchir au sujet des agressions et violences subit par les professionnels au domicile afin d'accompagner les équipes de manière adaptée et personnalisée. D'autant plus, que selon moi, les violences arrivent régulièrement de différentes manières et pourtant les équipes ne peuvent toutes les remonter. D'où la nécessité de pouvoir sensibiliser tout à chacun.

## **2-Méthodologie utilisée pour ce travail**

Afin de pouvoir répondre et travailler au plus près de la réalité, j'ai décidé de constituer un questionnaire qui a été diffusé à toutes les personnes intervenantes au domicile des patients, travaillant au sein de l'HAD LNA SANTE Orléans- Montargis (Infirmières, aides-soignantes, IDECO, médecins, assistantes sociales, psychologues, directrices des soins infirmiers, sage-femme, kinésithérapeutes et ergothérapeutes). J'ai pu recueillir 22 réponses sur la période de l'été 2023. Vous trouverez ce questionnaire en Annexe 1.

Au travers de ce questionnaire, nous allons essayer de connaître leurs visions, leurs ressentis et leurs besoins sur le sujet de l'agressivité. Nous avons recueilli des données qualitatives et quantitatives. Cela nous amènera à répondre au questionnement « comment accompagner les soignants victimes d'agression au domicile du patient

Au travers ce mémoire, nous évoquerons tout d'abord la représentation et les définitions de la violence

## II- Agressivité et violence

### 1- Représentation

Pour débiter ma réflexion il me semble important de connaître la signification générale du terme « agression » selon les soignants :

La majorité des réponses aborde « la violence verbale et/ou physique », l'aspect psychologique peut être également remonté. L'atteinte à la propre personne est évoquée par « l'insécurité » ou encore « provoquant une remise en question » et donc avoir un impact sur le domaine privé de la personne.

Cependant, dans notre activité, notre relation soignant/ patient est de nature asymétrique. Comme l'explique Dominique FRIARD, dans son livre « Agressivité »<sup>1</sup>, le patient ou sa famille peuvent avoir un sentiment d'infériorité à cause de la maladie grave entraînant un bouleversement de ses mécanismes de défenses et donc, plus la dépendance va s'installer, plus la colère va survenir face à la situation et donc vis-à-vis des soignants pouvant être considéré comme « représentant » de la maladie.

Mais dans un autre sens, le soignant va peut-être être touché par un patient, une histoire. Ce risque est majoré au domicile car les soins sont prodigués dans l'environnement du patient avec leurs meubles, leurs photos de famille, leurs odeurs. Là où contrairement au milieu hospitalier la patient « s'adapte » à la chambre de l'hôpital, ici le soignant doit s'adapter au milieu de vie du patient. Ce contre transfert peut susciter un mécanisme de défense chez le soignant. En effet ce mécanisme peut induire, inconsciemment, une mise à distance que le patient pourra ressentir comme une négligence

### 2- Définition

Afin d'évoquer des éléments concrets, nous pouvons utiliser une définition du Larousse, « Attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu'un » et « attaque d'ordre psychologique ou physiologique due à l'environnement ».

Nous y retrouvons un impact psychique et physique violent. Mais qu'en est-il dans le cadre de la santé ?

Afin de replacer ce terme dans le cadre de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé définit « la violence est l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Friard, D. (2012). Agressivité. Dans : Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition (pp. 56-59). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.

<sup>2</sup> [www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr), Fiche 5 : Violences envers les infirmiers, juin 2023

Puis pour la définir dans le contexte des soignants donc dans leur contexte de travail, L'Organisation internationale du Travail (OIT) définit la violence au travail comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail »<sup>3</sup>

Grâce à ces deux dernières définitions, nous constatons que l'agressivité est clairement définie dans le cadre des agressions des soignants, avec des termes clairs et précis, pouvant faciliter l'identification de l'agressivité lors d'une situation ainsi que dans le débriefing. Cela peut également permettre d'aider la personne à prendre conscience de sa place de victime.

### **3- Epidémiologie**

Si la consultation de l'Ordre des Infirmiers ne s'intéresse pas à l'évolution des violences envers les soignants, d'autres chiffres montrent que celle-ci est en hausse. Dans son Observatoire annuel de la sécurité des médecins, basé sur les signalements d'agression effectués par les praticiens, libéraux ou hospitaliers, l'Ordre des médecins pointait une augmentation de 23 % des signalements en 2022. Un record depuis la création de ce dernier en 2003

Selon l'Ordre National infirmier : En mai dernier, lors de la consultation lancée par l'ONI et à laquelle 31 281 infirmiers avaient répondu, 66% déclaraient avoir été victimes de violences dans leur exercice professionnel et 73 % déclaraient en avoir été témoins.

Ces chiffres restent peu représentatifs du fait que chaque agression n'est et ne peut être recensée. Effectivement les soignants n'ont pas ce réflexe de le signaler auprès de l'Ordre (manque de temps ou manque de connaissance) et donc reste en sein d'un établissement. Nous pouvons donc imaginer que ces chiffres sont nettement inférieurs à la réalité.

Les cas les plus grave avec le meurtre de l'infirmière libérale dans le Loiret en octobre 2019 puis l'infirmière du CHU de Reims en 2023. Ces faits ont pu tristement mis en lumière cette problématique.

### **4- Particularité du domicile**

Les prises en charge des patients sont régulièrement valorisées par le fait d'aller au plus près du patient, dans son domicile, avec son mobilier, ses photos de familles. Cela peut aussi être vécu comme une intrusion dans la vie intime d'une patient pouvant favoriser l'agressivité. Contrairement au milieu institutionnel où le soignant peut aller se réfugier dans une pièce sécurisée et avec le soutien de ses collègues, au domicile, en raison de l'éloignement à parfois plusieurs dizaines de kilomètres du site, le seul lieu sécurisé est le véhicule. Le soignant est aussi confronté à un sentiment de solitude lorsqu' il est face à plusieurs personnes pouvant provoquer des sentiments de détresse, désemparés de moyens ou de réponses. Puis il y a le trajet

---

<sup>3</sup> [www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr), Fiche 5 : Violences envers les infirmiers, juin 2023

du retour avec des risques sur la plan routier (ex : excès de vitesse, manque de concentration et de vigilance), qui ne sont pas reconnus dans ces professions mais qui pourtant sont réels.

## 5- Prévention

Comme expliqué auparavant, la colère et donc l'agressivité verbale ne sont parfois pas évitable. Voici un tableau récapitulatif sur les causes possibles pouvant amener à des actes violents.

<b>ORIGINE DE LA MALADIE</b>	accident, pathologie chronique
<b>PERSONNALITÉ</b>	*niveau de tolérance à la frustration propre à chacun
<b>ENVIRONNEMENT</b>	*manque de soutien social (patients isolés) *violence familiale *précarité
<b>PATHOLOGIE</b>	*anxiété, peur, douleur en lien avec la pathologie et les soins infirmiers à réaliser *dépendance (alcool, drogue) *instabilité psychologique *confusion démentielle

Ces facteurs peuvent être identifiés lors d'une visite de préadmission ou alors durant les visites à domicile régulières afin de réajuster la prise en charge et donc de solliciter les professionnels en fonction de la situation (psychologue, assistantes sociale ou médecins ...). Afin de limiter et de prévenir toutes formes d'agressivité, un travail en amont par le service de coordination est primordiale. Durant une visite de pré admission, un entretien est réalisé afin d'expliquer, de clarifier et de répondre aux questions des patients et/ou de l'entourage.

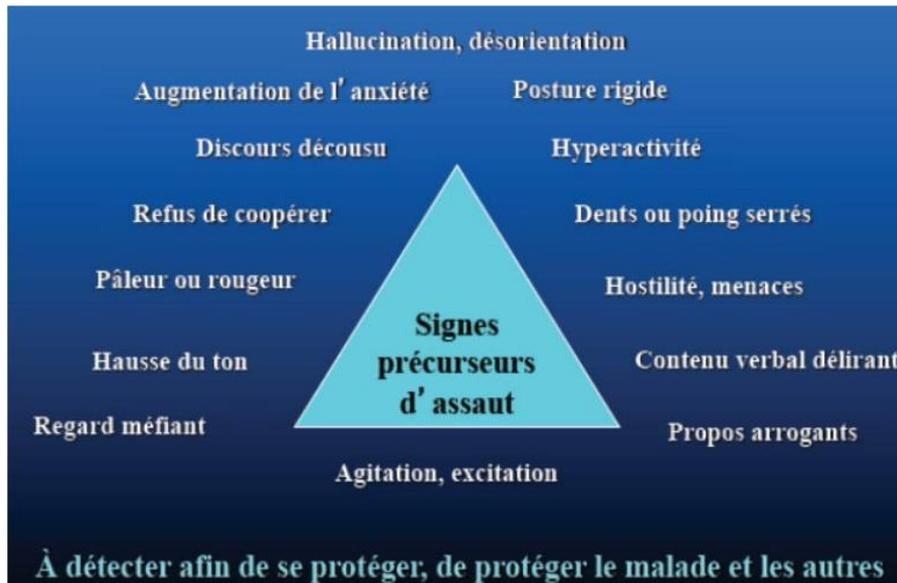
En HAD, nous avons une situation souvent source d'agressivité de la part des patient « les heures de passages sont variables entre 8h et 13h ». Au cours de cette visite nous l'abordons de manière claires et transparentes. Nous illustrons la situation par des exemples concrets afin de projeter le patient sur une situation qui pourrait le concerner. « S'il y a une urgence auprès de votre proche, vous passerait prioritaire vis-à-vis des autres patients ». L'inconvénient de la mise en place de cette structure est transmise avant de débiter.

Autre exemple : La colère faisant partie des sept phases du deuil, elle est présente régulièrement en raison du nombre conséquent de prise en charge palliative. Dans le but d'accompagner les familles et donc les soignants, un travail d'anticipation est effectué de manière pluridisciplinaire avec médecin, infirmière coordinatrice, IDE/AS, Psychologue, assistante sociale et encore équipe d'appui de soins palliatif. Des prescriptions anticipées sont effectuées pour répondre le plus rapidement possible, malgré la distance, aux signes de détresse

ou souffrance et donc des risques d'impuissances de la part des aidants et donc des risques de colère envers les soignants.

Pour que tout cela fonctionne, l'élément primordial dans cette phase est une communication adaptée, claire et vérifiée.

Au cours de la prise en charge, il est impératif tout d'abord de former les professionnels de santé intervenant au domicile à identifier les signes d'alertes en amont d'un évènement d'agressivité qui sont notifiés dans ce schéma car leurs regards va pouvoir aider les médecins, les psychologues à pouvoir ajuster leurs prises en charge.



Source : Et si l'intolérable arrivait : l'agressivité en milieu de soins – Margot Phaneuf – Septembre 2018

Dès une transmission, une alerte ou appel d'un soignant avec l'identification de l'une de ces manifestations, il est primordial de prévoir une rencontre avec le professionnel adéquat pour réagir le plus rapidement . Cela permettra d'éviter l'effet boule de neige pouvant conduire jusqu'à un acte de violence auprès du soignant

### **III- Les protections juridiques et nationales**

#### **1-Législation**

Si malgré cette prévention, un soignant est victime d'une agression, un cadre légal est déterminé mais surement peu connu par les salariés et encore moins par les patients. Ceci étant peut-être une des raisons pour laquelle, peu de signalement, au prorata des faits réels, sont effectués. Le soignant pourra être accompagné par le Comité départemental auquel le soignant est inscrit, être mis en relation avec les associations d'aide aux soignants et enfin défendu par un avocat mis à disposition par l'établissement. Plusieurs protections peuvent être attribuées à l'agresseur selon les situations.

**Protection en cas d'outrage avec objectif de porter atteinte à la personne selon l'article 433-5 du code pénal**

Faits :

- Paroles, gestes, menaces
- Ecrit ou image non rendus publics
- Envoi d'objet quelconque

Sanctions :

- 7500€ d'amende et lorsqu'il est commis en réunion c'est-à-dire en faisant intervenir plusieurs personnes : 6 mois d'emprisonnement

**Protection menace physique ou menace de mort L'article 433-3 du code pénal**

Faits

- Menaces de commettre un crime ou délit contre les personnes proférées à l'encontre d'un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions lorsque la victime est apparentée ou connue de l'auteur.-Pour un professionnel de santé : une menace isolée suffit pour porter plainte contrairement à un particulier.

Sanctions

- 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende.

**Protection pénale en cas d'actes visant à exercer une pression L'article 433-3-1 du code pénal**

Faits :

- Menaces, violences, actes d'intimidation à l'égard de toute personne participant son exercice professionnel, afin d'obtenir, pour soi-même ou pour autrui, une exemption totale ou partielle ou une application différenciée des règles qui régissent le fonctionnement du service

Sanctions :

- 5 ans d'emprisonnement et 75 000 €

**Protection en cas de violences physiques L'article 222-13 du code pénal**

Faits :

- Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail [ITT] inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail commise sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions. Là encore, la qualité de la victime doit être apparente ou connue de l'auteur.

Sanctions :

- 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende

**Protection pénale en cas d'appels téléphoniques malveillants selon L'article 222-16 du code pénal**

Faits :

- Appels téléphoniques malveillants réitérés et les envois réitérés de messages malveillants émis par la voie des communications électroniques, en vue de troubler la tranquillité d'autrui.

Sanctions :

- 1 an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende

En complément de ces mesures législatives, les grandes instances comme l'Ordre Nationale des médecins, des pharmaciens et des infirmiers proposent également des aides pour accompagner également les victimes

Dans le Plan pour la sécurité des professionnels de Santé, sorti en septembre 2023, L'objectif 4 – Mesure 7 propose de créer un délit d'outrage sur les professionnels de santé car selon ce rapport « Refuser la banalisation des violences c'est, au-delà des violences physiques, ne pas laisser passer les insultes ou les propos dégradants à l'encontre des soignants. Alors que l'outrage couvrirait déjà les agents exerçant une mission de service public, nous créons ici un outrage spécifique qui concerne tous les professionnels de santé, qu'ils exercent à l'hôpital ou en libéral. ». Ce travail peut se faire grâce à leur collaboration avec l'ONVMS.

**2- L'Observatoire National des violences en milieu de Santé (ONVMS)**

Dans le cadre d'une circulaire en décembre 2000, il est évoqué la Prévention et accompagnement des situations de violence puis en 2005 qu'un protocole national signé par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés. La même année il y a également une circulaire qui instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence dans les établissements de santé.

Et c'est en 2012 que L'Observatoire National des violences en milieu de Santé est créé afin de recueillir les signalements de violences à la base du volontariat via une plateforme (atteintes aux personnes - dont les incivilités, et atteintes aux biens) commis : dans les établissements, dont l'hospitalisation et soins à domicile et sur la voie publique Dans le rapport 2022, L'ONVMS, qui est placé au sein de la direction générale de l'offre de soins, a intégré également les SSIAD, HAD ou SMUR avec leur particularité. Depuis fin 2020, dans le cadre

de l'exercice libéral, ce recueil présente une échelle à 4 niveaux de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal.

Exemple : Les atteintes aux personnes <sup>4</sup>

Niveau 1 : injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures

Niveau 2 : menaces d'atteinte 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)

Niveau 3 : violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle

Niveau 4 : violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.)

Afin de mieux prévenir et de lutter contre ces actes de violence, l'observatoire public un rapport recensant et analysant ces faits, élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques, et encourage la coordination des acteurs de terrain.

En janvier 2023, des travaux sont également engagés pour la refonte de la plateforme de signalement des établissements, aboutissent à un nouvel outil informatique, améliorant autant sur la forme que sur le fond, permettant ainsi à l'ONVMS d'avoir une connaissance toujours plus affinée des divers types de violence, d'auteurs et de victimes et des circonstances dans lesquelles elles se produisent. Ainsi, l'ONVS peut avoir désormais une vue nationale sur les violences en santé quel que soit le mode d'exercice.

En parallèle, il est sorti en mars 2023, un rapport sur les Violences à l'encontre des professionnels de Santé, établi par la Conférence Nationale de la Santé avec 44 propositions pour des soins en sécurité.

En septembre 2023, le rapport effectué par Aurélien ROUSSEAU, Ministre de la Santé et de la Prévention et par Agnès FIRMIN-LE BODO, délégué chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, est rendu public avec le « PLAN POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ »<sup>5</sup>. Trois axes sont déterminés

---

<sup>4</sup> <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>, octobre 2023

<sup>5</sup> PLAN POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Ministère chargé de l'organisation territoriale et des professions de Santé, septembre 2023

- Sensibiliser le public et former les soignants
- Prévenir les violences et sécuriser l'exercice des professionnels
- Déclarer les violences et accompagner les victimes

Au travers de ces mesures prioritaires, il y a une prise en considération de la prévention primaire, secondaire et tertiaire pour amener vers un travail globalement autour du sujet de la violence des professionnels de de santé.

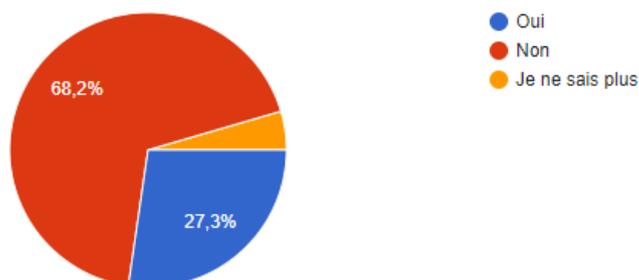
### **3 - Impact sur le salarié**

Il me semblait intéressant de pouvoir demander auprès des équipes le rapport entre la vie personnelle et professionnelle. C'est-à-dire de savoir si dans leur vie personnelle, cette personne a subi une agression et le cas échéant, est ce que cela a un impact dans son travail.

#### Agression dans cadre personnel

Avez vous déjà été agressé dans le cadre personnel ?

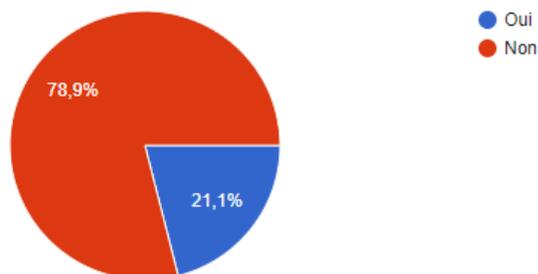
22 réponses



#### Craintes sur les agressions professionnelles

Si oui, avez-vous des craintes sur de potentielles agressions durant vos pratiques professionnelles ?

19 réponses



Au vu des résultats, des personnes sont concernées par cette situation. Ils peuvent être impactés sur leur travail avec une hypervigilance, une crainte dans certains échanges. Si une agression

survenait, qu'elle soit verbale ou physique, pourrait avoir de graves conséquences sur le salarié avec des risques de dépression, ou autres, lui rappelant son vécu antérieur personnel. La médecine du travail peut également intervenir en prévention durant les entretiens obligatoires en abordant ce sujet et pouvoir soulever cette sensibilité chez ce salarié et apporter une vigilance que la personne n'a pas forcément conscience. Il pourra l'évoquer auprès de son manager, s'il le souhaite, dans le but de l'aider dans ses pratiques.

Avant de parler d'agressivité, il me semble primordiale de pouvoir se sentir bien au sein de son équipe et de son établissement

## **5- Prévention dans l'établissement : Prévention Risques professionnels**

Le Comité des risques professionnels a pour but de combattre le risque au cœur de la profession déterminée par les facteurs de risques au quotidien. Au domicile, les risques professionnels sont nombreux comme ceux liés à la manutention dans un environnement non médicalisé, au risque routier et pour notre situation, les risques psycho-sociaux avec les différents types de harcèlement, violences et stress. Ils sont évoqués dans une brochure à disposition des salariés. Un référent est désigné par notre société afin de répondre aux besoins des établissements et de piloter les nouveaux projets à venir.

Leur priorité est de « prendre soin de soi et de l'autre ». La prévention des risques professionnels est en lien direct avec deux autres comités que nous retrouvons dans la structure : la Qualité de Vie et des conditions de travail et le Comité Bien-être. Ces comités vont être de plus en plus importants avec le changement de statut du groupe en passant établissement à Missions. Elle devra affirmer publiquement les objectifs sociaux et environnementaux qu'elle se donnera pour missions de poursuivre dans le cadre de son activité. La qualité de vie au travail fait partie de ses missions qui sera donc contrôlée régulièrement. Ce sujet devient peu à peu une priorité des établissements, et heureusement au vu de la réalité du terrain.

## **IV- Retour d'enquête**

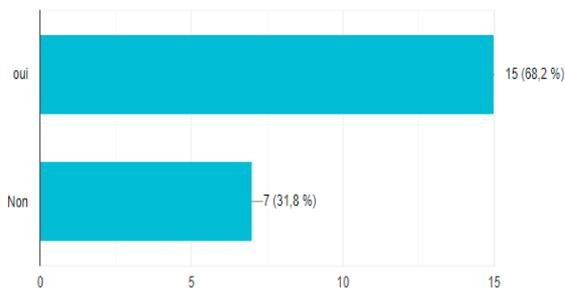
Pour pouvoir réfléchir puis travailler sur cette problématique, j'ai construit un questionnaire afin de voir sous différents angles les agressions, leurs formes, les fréquences, leurs réactions, le suivi mais aussi l'impact sur leur vie personnelle.

### Taux d'agression global

Avez-vous déjà été agressé ?

[Copier](#)

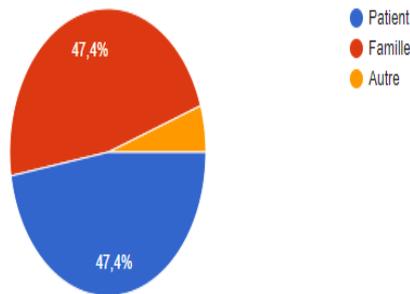
22 réponses



### Profils de personnes causant l'agression

Par quel type de personnes avez vous été agressé ?

19 réponses



Sur les retours, 68% des salariés disent avoir déjà été agressés lors de leur pratique professionnelle, et cela autant par les patients eux-mêmes que par les familles qui sont en général les aidants principaux. Il me semblait intéressant de sonder sur les situations pathologiques des patients, car effectivement chez les patients en Soins palliatifs : La fatigue, la peur peuvent amener à des situations de colères vis-à-vis du corps médical ou paramédical qui peut représenter l'échec des traitements. Pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, les contraintes institutionnelles, le chamboulement d'un espace personnel en lieu de soins avec la perte des repères peuvent être des motifs de gestes ou propos agressifs envers les soignants. Mais est-ce que durant les études des professionnels de santé, les formations continues, l'agressivité induite par le patient est abordée de manière concrète avec un travail sur les représentations et sur la compréhension des versant pathologiques ?

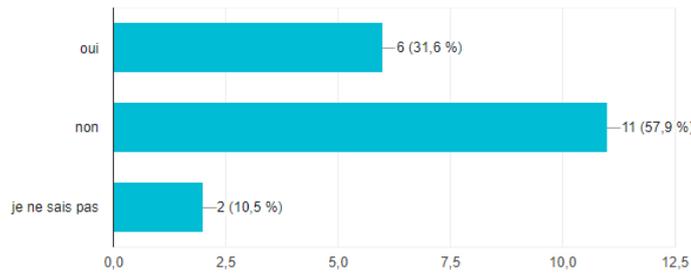
## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

### Agressions dans le cadre de Soins palliatif

Cette personne est elle dans le cadre de soins palliatif ?

[Copier](#)

19 réponses

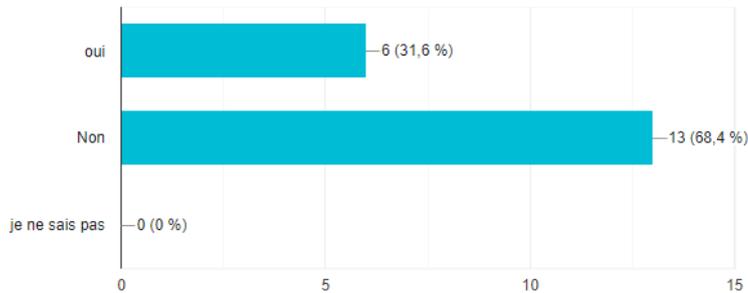


### Agression dans le cadre patients porteur de troubles cognitifs

Cette personne était-elle atteinte de troubles cognitifs?

[Copier](#)

19 réponses



Comme évoqué dans les définitions, nous avons différents types d'agressions : verbales, psychologique et physique. Nous allons tenter de détailler celles-ci.

#### 1- Agressions verbales

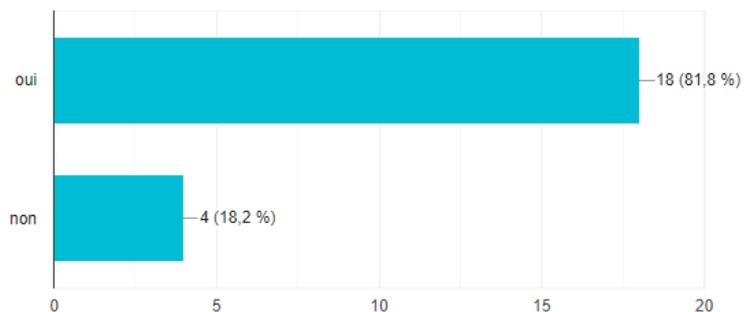
Commençons par les réponses aux deux premières questions posées sur ce sujet.

### Taux d'agressions verbales

Avez vous été agressé verbalement?

[Copier](#)

22 réponses

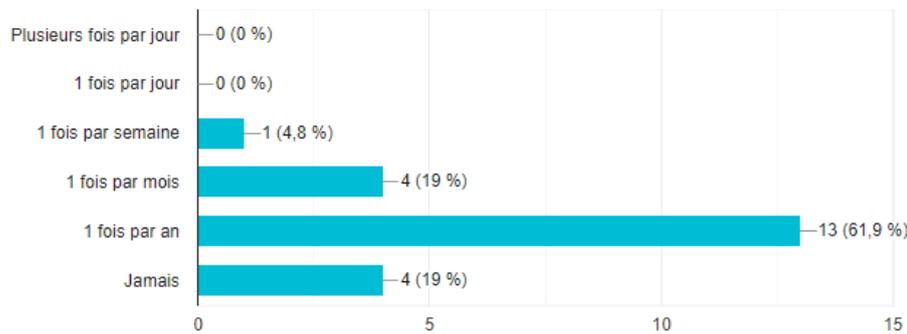


Fréquence des agressions verbales

A quelle fréquence?



21 réponses



Sur ce même panel, 81% des salariés évoquent avoir été victime de violences verbales, soit 12% de moins que le nombre de personnes ayant eu le sentiment d’avoir été agressées. Nous pouvons imaginer qu’ils ne retiennent pas l’actes de violence à ce moment avec une forme de banalisation des propos agressifs des patients ou de l’entourages.

Dans les faits relevés dans le questionnaire, il est toutefois remonté : « Insultes », « ton inadapté », « crie/colère », « mépris » et encore des situations avec une atteintes personnelles : « menace de mort », « propos dégradant envers ma fonction, se mettre proche de mon corps pour m’intimider par la famille », « reproches concernant mes compétences ainsi que des remises en questions sur la manière dont je travaille » ou enfin « insulte, sans dire bonjour, qui fait des reproches non justifiées » et même « refus de donner son pistolet ». Des propos qui dans la vie quotidienne, nous ferait réagir par la fuite, par la colère. Des réactions rares dans nos pratiques professionnelles, peut-être par un devoir « du prendre soin » ramenant au valeur de chaque soignant.

Nous retrouvons dans ces témoignages, des situations alarmantes qui mériteraient un accompagnement du salarié. Comme nous pouvons le voir dans le deuxième graphique « Fréquence des agressions verbales », presque 5% des répondants estiment se faire agresser verbalement au moins une fois par semaine, 20% tous les mois et 62% un fois par an. Retenons que 25% des personnes vivent ces évènements très régulièrement et donc devient un problème prioritaire demandant une attention particulière. Cela peut rapidement devenir un risque psychologique pour le salarié et entrer dans le cercle du syndrome d’épuisement professionnel.

2- Agressions physiques

Maintenant, passons aux agressions physiques en vous présentant le taux et les fréquences de celles-ci.

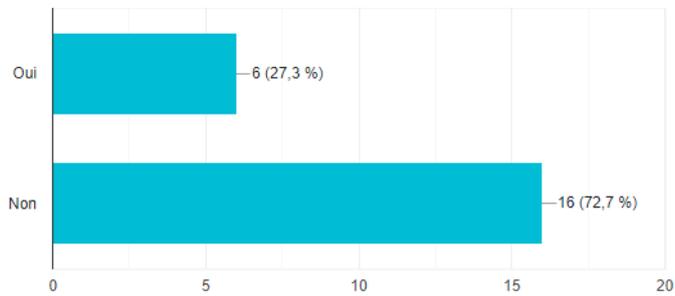
## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

### Taux d'agressions physique

Avez vous déjà été agressé physiquement?

[Copier](#)

22 réponses

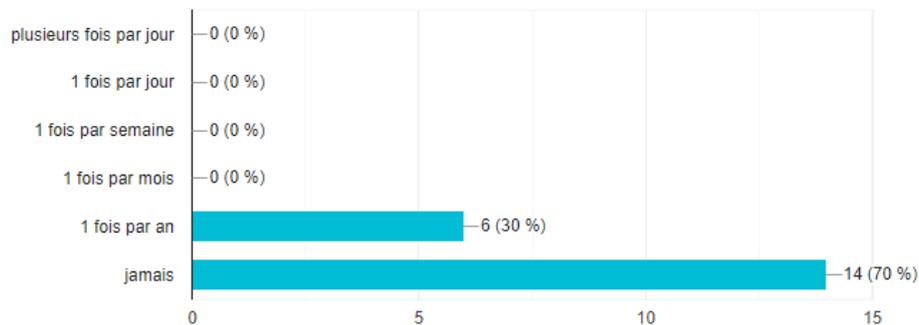


### Fréquence des agressions physiques

A quelle fréquence ?

[Copier](#)

20 réponses



Suite à mon sondage, 27% des personnes expriment avoir subi une agression physique durant la prise en charge de patient avec des « Coup de poings par un patient », « Un patient m'a assaini un coup de poing dans le ventre, et un autre retourner le poignet », « Agrippement », « Maintien d'un poignet face à une situation de soin » et « Coups, griffures ». Dans les cas les plus graves, cela aurait pu amener le professionnel a une incapacité totale de travail. Ces évènements peuvent avoir de multiples conséquences : pour le soignant : tout d'abord physique (douleur), psychologique (traumatisme), pour l'établissement avec un arrêt de travail et donc un impact sur les autres collègues avec le manque de personnel.

### 3- Réaction lors d'une agression

Toutefois, aucune personne n'a verbalisé, lors de ma question « quelle a été votre réaction ? » leur souhait d'avoir un recours juridique mais plutôt :

- « Dialogue auprès du patient pour me relâcher »
- « Répondre calmement et continuer la prise en charge »
- « Essayer de calmer les choses en adoptant une attitude et un ton calme, tous en restant ferme »
- « Temporisation / communication »
- « Ecoute, reformulation, argumentation vers amélioration et laisser parler le plaignant tout en montrant ses limites »
- « Tentative d'apaiser la situation. Proposition d'un médiateur »

Nous retrouvons beaucoup d'écoute et de bienveillance afin de respecter la colère de la personne et surtout de terminer les soins dont le patient a besoin malgré les difficultés de l'atmosphère dans le domicile.

Toutefois 3 personnes notifient leur mise en sécurité lors d'une violence au domicile du patient.

- « J'ai repoussé la patient, ai expliqué que le comportement n'était pas correct, que je ne pouvais pas réaliser les soins dans cet environnement là et suis partie »
- « Restez calme, me sécuriser et m'éloigner »
- « Je me suis mise à l'écart »

Lorsque nous comparons les situations de violences physiques et les réactions, un questionnaire me vient sur le fait que face à une situation où il pourrait se sentir en danger, est ce qu'ils penseraient de suite à partir du domicile pour se mettre en sécurité ? Et jusqu'où pourraient-ils en arriver pour que le patient puisse recevoir les soins nécessaires malgré un cadre violent à leur égard ?

#### Sentiment de mise en danger

Etes vous senti en danger ?

 Copier

21 réponses



Il y a quand même près de 50% des répondants qui estiment s'être senti en danger durant leurs pratiques professionnelles. Cette conséquence pourrait même provoquer des erreurs dans les soins ou la réalisation des prescriptions médicales à cause du sentiment de danger.

#### 4- Signalement de l'agression

En sortant du domicile d'un patient où la situation a été complexe, le premier instinct est d'appeler une collègue dans 90% des cas. Dans les pratiques à domicile, la difficulté contrairement à un service hospitalier, c'est qu'il ne suffit pas de sortir de la chambre et de parler immédiatement à la première collègue venue. Dans le cas des SSIAD, HAD, entre deux patients il y a la route de quelques mètres à plusieurs kilomètres. Durant ce trajet, il n'est pas rare d'appeler un collègue seulement s'il est disponible lui aussi. Les échanges informels entre collègues sont souvent privilégiés afin de pouvoir « vider son sac » et débriefé de la situation. Ce sont 63% des personnes qui indiquent avoir débriefées de la situation avec collègues, manager de proximité ou avec médecins. Avec leur regard médical, le médecin peut rassurer sur notre attitude et se protéger en cas d'appel des patients et/ou famille pour donner leur version des faits voire porter des réclamations.

Une majorité des personnes signalent cet évènement auprès de leur manager ou la direction mais cela ne reste pas systématique. Pourquoi ? Les horaires ne correspondent pas leurs heures de présence ? Sensation de perte de temps ? Méconnaissance des droits du soignant ?

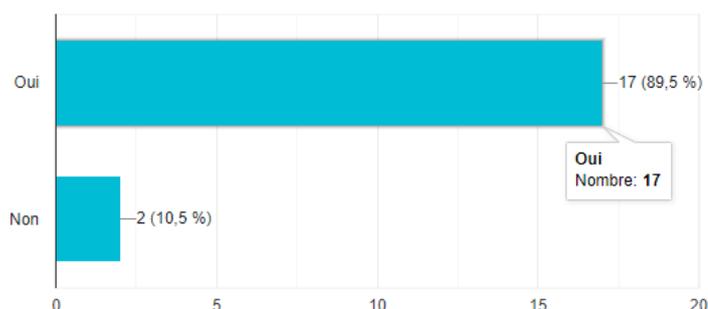
C'est pour toutes ces raisons que les chiffres annoncés par l'Ordre National des Infirmiers plus haut ne sont qu'indicatif car tous les signalements ne peuvent être effectués puisqu'ils ne sont pas tous remontés aux directions d'établissements

#### Signalement d'une agression

Avez-vous signalé cette agression à une collègue ?

 Copier

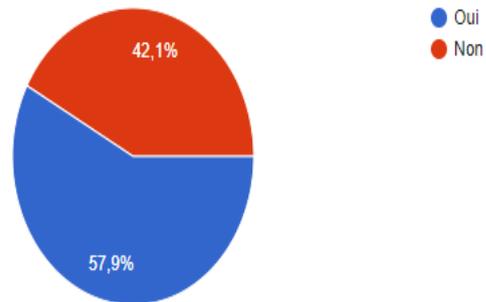
19 réponses



### Signalement d'une agression à son manager

Avez vous signalé cette agression à votre manager ou personne de la Direction ?

19 réponses



Toutefois, lorsque la direction est informée, il est proposé différents temps adaptés à la situation: Soit des Staffs Pluridisciplinaires où il est abordé la prise en charge du patient dans sa globalité avec la présence des équipes IDE/AS, médecins, psychologues, assistantes sociales, infirmiers coordinateurs. Ou alors des Retours d'expériences (CREX) afin de déterminer les éléments amenant à cet acte en présence des personnes concernées par la situation, Directrice des soins et la Responsable Qualité.

Mais est-ce que ces temps sont ce dont les soignants ont réellement besoin suite à une agression ?

A cette question, il est majoritairement répondu des moments informels avec les collègues :

- « Pour moi plutôt un temps informel avec des personnes avec qui je me sens en confiance. Mais tout dépend de "l'ampleur" de l'agression »
- « Prendre un temps pour sortir à l'extérieur de l'établissement 10-15 minutes »
- « GAP, temps informel avec les collègues pour discuter de la situation »

Effectivement, les groupes d'analyse de pratiques avec une psychologue externe sont parfois évoqués par les soignants mais dans la réalité, peu de personnes n'y participe alors que c'est un réel besoin. La preuve en est que s'est indiqué dans les réponses.

- « Rencontre avec psychologue. »
- « Psychologue, cadre de santé »
- « Rencontre manager/ psychologue / réunion équipes »

L'importance du cadre de santé et surtout du manager de proximité est clairement identifié. Nous en reparlerons un peu plus loin sur l'intérêt auprès des équipes.

Suite à ces retours et au manque de procédures en interne, nous avons voulu développer une conduite à tenir en cas d'agression physique en HAD.

## **V- La conduite à tenir : formalisation**

Les différentes formes de violences deviennent un sujet primordial dans notre établissement, cependant aucune conduite à tenir officielle n'a jamais été rédigée. C'est pour cette raison que nous avons décidé de se réunir avec nos Directrices de Soins, l'équipe de Psychologue, la Responsable Qualité et moi-même afin de réfléchir sur ce document. Après de nombreux échanges, il nous a semblé prioritaire de traiter l'axe des violences physique avec mise en danger du salarié au domicile du patient. Nous nous sommes appuyé sur les Fiches pratiques proposées par l'ONVMS. (Annexe 2)

Cependant une sensibilisation nous paraît nécessaire auprès des patients.

### **1- Plan Préventif**

Nous souhaitons intégrer au livret d'accueil, un flyer d'information sur les pénalités en cas d'agression. Il est régulièrement affiché dans les structures hospitalières mais n'apparaît pas dans nos livrets. Les patients et familles doivent être informés des risques même si les soins sont prodigués dans leur domicile. Ce document pourra être utilisé en support lors d'une visite à domicile et que le risque d'agression soit identifié en amont par les équipes. Nous y retrouverons un rappel sur le possible recours pénal et sur l'importance du respect mutuel entre les soignants, le patient et sa famille.

Puis nous proposerons une sensibilisation auprès des équipes, par petit groupe, afin de présenter cette procédure et répondre à leurs questions directement.

### **2- Proposition de procédure**

Afin de pouvoir prévoir une mise en sécurité du professionnel, nous avons établi une procédure qui sera présentée tout d'abord à notre Direction, puis à la CME et au Comité des Usagers Dans le but d'avoir des éléments de réponse en cas de réclamation de famille ou patient.

Voici la présentation de cette procédure en cas d'agression physique ou mise en danger du soignant où nos priorités seront d'OBSERVER – ECOUTER- GARDER LE LIEN :

- Arrêt immédiatement du soin, avec une vigilance rapide sur la sécurité du soignant. Le soignant est en mesure d'appliquer son droit de retrait.

Le droit de retrait a été introduit dans la fonction publique étatique en 1995 et cinq ans plus tard dans la fonction publique territoriale. Il existait, depuis 1982, en droit privé et, est formalisé dans les articles L4131-1 et L-4131-3 du code du travail. C'est ce dernier qui s'applique également dans la fonction publique hospitalière. C'est, en effet, le Code du travail qui définit à la fois les principes, la démarche et les règles particulières de santé et de sécurité ainsi que les dispositions d'organisations de la prévention, car selon l'article L.4111-1 du code du travail (4<sup>e</sup>

partie, Santé et Sécurité du travail » sont applicables [...] aux établissements de santé, sociaux et médicaux de santé mentionnés à l'article 2 de la loi N° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ».

A Savoir « qu'aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou la santé de chacun d'eux »<sup>6</sup>. Le danger disparaît et le droit de retrait cesse à partir du moment où l'autorité prend des mesures de nature à faire cesser les agressions donc en organisant l'arrêt de la prise en charge et prévoir un relai avec une autre HAD, IDEL ou Centre hospitalier.

- Fuite et mise en sécurité : le soignant sort du domicile et se réfugie soit dans sa voiture en se garant à l'écart du domicile ou alors dans un autre bâtiment à côté si le stationnement est plus loin.
- Appel vers le N+1 (IDECO) ou DS le plus rapidement possible jusqu'à 6h après les faits car ensuite il y a une baisse de l'intensité du stress aigu. Il faudra donc faire un débriefing psychologique avec explication de la situation, le contexte, les perceptions et les réactions émotionnelles. Cet appel permettra au soignant de décharger, évacuer la peur ou sa colère. Une mise à disposition du récepteur de l'information est primordiale. Il va également permettre d'évaluer rapidement l'état psychologique du patient.
- Suite à cet appel : DSI se charge de
  - Voir avec IDECO pour re-dispatcher la tournée si le soignant ne se sent pas dans la capacité de prodiguer les soins aux autres patients
  - Avertir les psychologues avec l'accord du salarié
  - Organiser le rapatriement du salarié victime si nécessaire
- Si le soignant souhaite et est capable de continuer sa tournée, le N+1 Rappellera le soignant à distance du premier appel par la même personne de l'encadrement qui a émis le premier appel. Ce suivi est important afin d'établir une comparaison entre les deux appels sur l'état psychologique du soignant et d'écarter tout risque.
- Prévoir un appel vers le patient ou la famille ayant violenté le soignant pour les informer du signalement établi par la victime.

La Direction proposera de soutien psychologique à distance par un psychologue externe. La sollicitation d'un psychologue externe nous paraît important car si toutefois le psychologue de l'HAD intervient déjà auprès de la famille, cela permet d'aider le soignant d'une manière neutre et sans avoir d'interférence par ce qu'aurait pu confier le patient.

- Faire rapport circonstancié avec soignant / DS : il est primordial afin de pouvoir d'écrire la situation avec des termes appropriés et non dans l'émotion et le jugement. Celui-ci pourra être inscrit dans le dossier de soin du patient, que la famille peut réclamer ensuite en rédigeant un courrier à l'établissement.

---

<sup>6</sup> Le Droit de Retrait dans la fonction publique- Fabrice LEMAIRE- AJFP 2013 257

- Transmettre l'information à Directrice des ressources humaines. Suite à un évènement comme celui il est possible de remplir un dossier d'accident de travail avec l'appui du rapport circonstancié pour constituer le dossier d'AT (recommandations OVNS)  
Selon l'Association d'aide aux victimes de France (AVF) : « Lors d'un accident de travail suite à une agression, le salarié devra demander un certificat médical initial auprès d'un médecin. L'entreprise d'accueil devra de son côté remplir le formulaire d'information préalable à la déclaration d'accident du travail (Cerfa 60-3741). » L'agent peut solliciter une indemnisation de ses préjudices auprès de l'administration de son établissement.  
Une fiche d'évènement indésirable grave sera également établie relatant les faits. Cela provoquera l'organisation dans le mois du retour d'expérience ( CREX). Durant celui-ci la situation sera entièrement décrite et permettra de d'échanger de manière pluridisciplinaire les éléments provoquant un dysfonctionnement sur cette situation.

En collaboration avec la Direction et l'équipe médicale : Sortie administrative du patient peut être décidée en fonction des évènements. Une organisation sera établie pour assurer une continuité des soins avec l'appui des HAD, IDEL ou Centre hospitalier.

Accompagnement pour le Dépôt de plainte par le salarié accompagné de la Direction ou DSI. L'établissement pourra porter plainte vis-à-vis des préjudice suite à l'incident. Selon l'ONVMS, il est important déposer plainte par les personnels afin qu'ils soient accompagnés dans leurs droits mais aussi dans leur dignité car l'humiliation et l'injustice subies par une agression génèrent souvent des sentiments de honte et de résignation chez la victime. Il est fréquent qu'elle ressente également une impression de solitude, d'où l'importance pour les établissements de rappeler et d'expliquer à leur personnel l'existence de la protection juridique.

Prise de contact à 24h avec la victime salariée ; assurée par le manager de proximité du salarié ou autre encadrant de l'établissement afin qu'il puisse reprendre le suivi de la personne qu'il connaît grâce aux différentes rencontres et échanges dans l'année. Cela permet également un soutien à la personne ayant été alerter en première attention. Effectivement, un tel investissement pour « l'aidant » peut être énergivore et peut susciter des doutes ou des questions sur son positionnement et aux réponses apportées à la personne, tout en sachant que si l'alerte est faite durant la nuit donc une direction d'astreinte, qui ne connaît pas forcément le salarié.

L'esprit d'équipe est important autant pour la victime, qui voit une équipe donc l'établissement l'aider dans cette détresse, que pour le premier aidant qui est engagé dans l'urgence.

De plus, durant ce moment, le manager pourra échanger afin de connaître les besoins du soignant : souhait de se mettre en arrêt, travailler en binôme, demande de congés etc.

Nouvelle prise de contact à 1 mois puis 2 mois à renouveler si nécessaire par le N+1 référent. Ce délai est à adapter en fonction des besoins de la personne. Durant cette période, il pourra être proposé, dans le cadre personnel, des médecines alternatives (sophrologie,

hypnose, ostéopathie etc) ou alors de donner les coordonnées d'association ou d'organisation tel les ordres de médecins/ infirmiers.

Vous trouverez cette procédure de l'établissement en annexe 3. Nous la proposerons en validation en décembre 2023 aux différents comités pour une application immédiate. Elle sera également présentée aux différents manager de proximité

## **VI- L'importance de l'accompagnement managérial**

Tout au long de ce travail, nous avons pu voir que l'accompagnement sur ce sujet est primordial. Et cela reste un sujet sensible et personnel d'où la nécessité que le salarié soit accompagné durant son temps de travail par un manager de proximité.

Selon l'Observatoire des métiers et des qualifications « Le Manager de proximité assure au quotidien l'animation et l'encadrement d'une ou plusieurs équipes placées sous sa responsabilité. Il organise et planifie l'activité, et en réalise un suivi régulier. Il a également un rôle de maintien et de développement des collaborateurs (évaluations, accompagnement,) ».

Dans le quotidien, le manager de proximité est au plus proche de son collaborateur afin de limiter les personnes intermédiaires dans le but de favoriser la communication. L'accessibilité et la disponibilité sont indispensables pour acquérir sa confiance et de ce fait de pouvoir le connaître au mieux. D'autant plus que dans le cadre de l'HAD, le temps de présence des soignants dans l'enceinte de l'établissement est très bref (seulement le temps des transmissions du midi), donc le manager doit être en capacité à détecter très rapidement un mal être du collaborateur au travers d'un mot, d'un regard, d'une parole.

LE plus souvent, il sera présent auprès des soignants sur de brefs moment : dans un couloir, dehors autour d'une cigarette, durant le repas mais également de manière institutionnelle durant les temps de paroles consacrés.

Grâce à ces relations de confiance, il sera donc plus simple de proposer un temps consacré à l'équipe suite à une situation difficile comme l'agression d'un collègue, sans pour autant remplacer le Groupe d'analyse des pratiques ou soutien psychologique.

A travers son rôle, le manager de proximité aura une place primordiale sur la phase post-agression tant pour le collaborateur que pour les membres de l'équipe qui sont également impactés psychologiquement lors de ses événements. Ce sont souvent eux qui secourent la victime au domicile ou lors du retour sur l'établissement. Ils l'accueilleront avec empathie et sans jugement mais en recevant la colère que la victime verbalisera.

La force et la solidarité de l'équipe sont essentielles dans le travail à domicile. La plupart du temps les soignants sont seuls au domicile mais grâce à des messages, des appels, l'entraide reste présente en permanence. Comme nous avons pu le voir dans la situation de départ, malgré la violence et l'urgence, l'une des premières pensées de la soignante a été d'appeler ses collègues et médecins pour lui venir en aide et faire face à cette violence également. Et cette aide est arrivée très rapidement. C'est une notion dont la soignante se souvient et qui peut aussi

faire du bien malgré la situation difficile. Ce soutien doit être également valoriser par les managers. On peut dire que cela fait partie de la qualité de vie au travail.

### **Conclusion**

Au travers de cette réflexion, nous avons pu détailler chaque phase sur le sujet de la violence et des agressions envers les soignants. De la prévention à l'information pour les patients des risques encourus en cas d'agressions verbales ou physiques, pendant la scène de violence avec la protection du soignant et le droit de retrait et enfin l'accompagnement de la victime mais également de l'équipe. Mais est-ce simple pour tous d'en parler avec une posture professionnelle et en se protégeant également des émotions fortes véhiculer par la victime et la situation dans sa globalité? Selon moi, la formation auprès des directions, des différents managers de proximité mais aussi des équipes sur l'accompagnement des soignants victimes d'agressions est nécessaire afin d'évoquer ce sujet et que cela soit applicable facilement et surtout rapidement pour une meilleure efficacité. Il est important de véhiculer le message que l'agressivité ne doit pas être banalisée, et que chacun des événements doit être considéré et accompagné pour préserver le soignant sur sa vie professionnelle et personnelle. Ces démarches peuvent être favorisées au vue des avancées et de la prise en considération sur le plan politique et sociétal.

## ANNEXE 1

### Questionnaire sur la gestion de l'agressivité, dans le cadre professionnel, envers les soignants au domicile

Je suis Marie, IDECO à l'HAD d'ORLEANS, je participe au Diplôme Inter Universitaire « Soigner les Soignants ». Je vais présenter un mémoire sur les agressions envers les soignants au domicile du patient. Avec la collaboration du Comité PRAP de l'établissement, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de travailler sur ce sujet et d'établir une procédure au plus près de vos besoins.

Quelle est votre profession :

Selon vous, qu'est-ce qu'une agression au domicile d'un patient ?

.....  
.....

Avez-vous été déjà été agressé ?

- Oui
- Non

Verbalement

- Oui
- Non

Si oui : de quelle manière ?

.....  
.....

Physiquement ?

- Oui
- Non

Si oui : de quelle manière ?

.....  
.....

Par quel type de personnes

- Patient
- Famille
- Autres : .....

Etes-vous senti en danger ?

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Oui
- Non

Cette personne est –elle ?

Dans le cadre de soins palliatif ?	OUI	NON	ne sais plus
Avait-elle des troubles cognitifs?	OUI	NON	ne sais plus

Quelle a été votre réaction ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous signalé cette agression

A un collègue

- Oui
- non

A votre manager

- Oui
- non

Suite à une agression, avez-vous pu débriefer la situation ?

- Oui
- Non

Si oui, avec qui ?

.....  
.....

En cas d'agression, quels seraient vos besoins ? (exemple : rencontre avec direction, psy , GAP , temps autour d'une café de manière informel etc)

.....  
.....  
.....

Est-ce que vous avez déjà été agressé dans le cadre personnel ? oui non

Si oui, avez-vous des craintes sur de potentielles agressions durant vos pratiques professionnelles ?

Oui non

## ANNEXE 2

### La violence en établissement de santé ou médico-social

### Je suis un personnel victime



**Vous êtes personnel d'un établissement public de santé ou médico-social : vous avez été victime d'un acte de violence.**

**Quelle prise en charge pour la victime ?**

#### De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

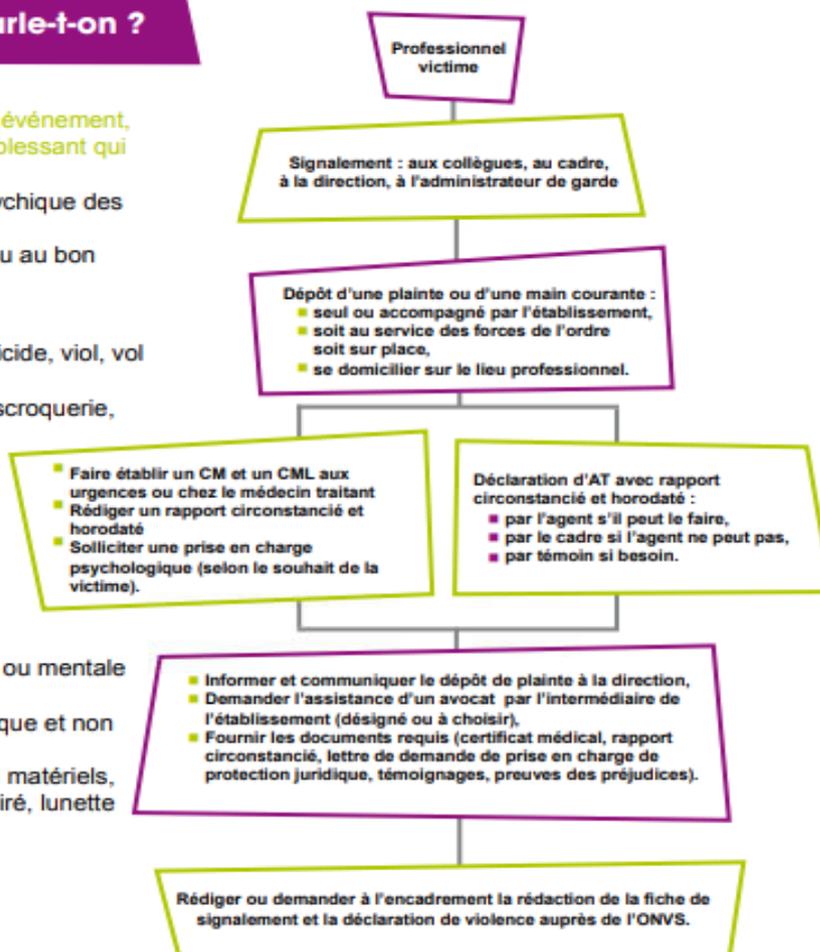
- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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



Fiche réflexe 3 > Je suis un personnel victime

## ANNEXE 3

	Procédure	Version	1	Page	1 sur 3
	<b>CONDUITE A TENIR EN CAS D'AGRESSION ENVERS UN SOIGNANT</b>				

Rédaction	Vérification	Approbation	Date d'application
DECARNIN Marie IDECO	GILARDEAU Justine MASLARD Virginie DSI RIFAAF Prisca RAQ LEBRUN Claire Psychologue	SIBONI thomas DET	XX/XX/20XX

### I. Objet

Cette procédure décrit l'accompagnement d'un salarié agressé au domicile d'un patient, par lui-même ou sa famille, dans le cadre de l'exercice de sa fonction.

### II. Objectif

- Apporter une dynamique de la réponse institutionnelle en cas d'incident violent.
- Accompagner et protéger les victimes en cas d'incident violent.
- Valider une prise en charge/ procédure d'accompagnement pluridisciplinaire des professionnels dans le cas d'une agression

### III. Secteur d'application

Cette procédure s'adresse et s'applique à tout personnel de l'HAD ORLEANS- MONTARGIS intervenant au domicile des patients.

### IV. Fonctions concernées

MEDCO, DSI, IDECO, IDE, AS, ASSISTANTES SOCIALE, PSYCHOLOGUES, KINESITHERAPEUTE, ERGOTHERAPEUTE, SAGE-FEMME, DET DIR ADJ

### V. Documents de référence

HAS : Outil 10 « Outil pour l'amélioration des pratiques : Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel »

[www.sante.gouv.fr/onvs](http://www.sante.gouv.fr/onvs) : fiche réflexe 2 « JE fais face à un patient victime »

### VI. Description

#### A. De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence concerne tout évènement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- A l'intégrité physique et/ou psychique du personnel
- Aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

Cette procédure est destinée aux agressions physiques morale et matérielle envers tout professionnel médical et paramédical intervenant au domicile

### B. Législation

L'article 222-13 du code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail [ITT] inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail commise sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions. Là encore, la qualité de la victime doit être apparente ou connue de l'auteur.

Qui	Quoi	délai
SALARIE	Fuite du domicile et mise en sécurité dans le véhicule ou autre	immédiat
SALARIE	Appel vers le N+1 ou IDECO ou Direction d'astreinte la nuit pour indiquer la situation au plus tard dans les 6h après la situation	le plus rapidement possible
N+1 Ou Direction d'astreinte	Retirer le soignant des tournées si nécessaire Prévenir le pôle psychologique et la Direction Rappeler le soignant à distance du premier appel délais ?	
DET / <del>Dir Adj</del>	Proposition de soutien psychologique	J0 (jour ouvré)
N+1	Appel vers patient ou famille	Dans les 24h
DS	Faire un rapport circonstancié avec soignant dans le dossier patient Réalisation d'une Fiche d'Evènement indésirable	Dans les 24h (jour ouvré)
DS	Transmettre au service RH pour constituer le dossier d'AT (recommandations OVNS)	J0 (jour ouvré)
DET / <del>Dir Adj</del>	Organiser une réunion avec DET, MEDCO, DSI IDECO pour analyser la situation et évoquer une potentielle Sortie administrative du patient en accord avec décision pluridisciplinaire	J1
DET / <del>Dir Adj</del> Salarié	Dépôt de plainte informatique si nécessaire	J1
IDECO	Prévoir un débriefing lors des STAFF et réunion IDECO/Soignants	Dans la semaine ou à ajuster si nécessaire.
N+1 référent	Prise de contact à 24h avec la victime salariée	
RAQ	Signalement sur la plateforme de L'ONVS (Observatoire Nationale des Violences en Santé)	Dans le mois
RAQ	Prévoir un CREX concernant la situation	Dans le mois
N+1 référent	<del>Re</del> prise de contact à renouveler si nécessaire	à 1 mois



## CONDUITE A TENIR EN CAS D'AGRESSION ENVERS UN SOIGNANT

PR V1  
Page 3 / 3

### Situation Equipe de nuit

Concernant l'équipe de nuit, la rédaction du rapport circonstancié et de la FEI se fera à l'arrivée du N+1 contacté lors des faits.

Pour l'équipe de Montargis, le soignant travaillant seul, avertira immédiatement la direction d'astreinte qui contactera l'équipe d'Orléans afin de ~~venir~~ prendre le relai des soins dans les plus brefs délais.

---

## VII. Documents associés

---

## **Bibliographie**

- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)
- <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-4-page-21.htm> (page 5)
- <https://www.marianne.net/societe/sante/les-deux-tiers-des-infirmiers-affirment-avoir-ete-victimes-de-violences-pendant-leur-exercice>
- <https://avf.fr/accident-maladie-travail> ( page 15)
- <https://obsmetiers.rcp-pro.fr/les-metiers/management/manager-de-proximite> (page 16)
- <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/Fiche%20violences%20infirmiers.pdf>
- [www.economie.gouv.fr](http://www.economie.gouv.fr)
- <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>
- Livret risques professionnels LNA SANTE
  
- Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé, Docteur Jean-Christophe MASSERON, Président SOS Médecins France et Madame Nathalie NION, Cadre Supérieure de Santé, APHP,
- Rapport ONVMS 2022, Ministère de la Santé et de la prévention
- Plan pour la sécurité des professionnels de la santé, Ministère de la santé et de la prévention, septembre 2023