

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Philippe Vuillemin et consorts intitulé "Pour une meilleure protection du
personnel soignant"

Rappel du postulat

Dès 2007, il avait été exposé au Grand Conseil que s'il était évidemment fondamental de s'occuper de la maltraitance des résidents d'Établissements médico-sociaux (EMS) et de ses dommages collatéraux, il fallait aussi avoir le courage de prendre en compte la souffrance des soignants en proie à l'agressivité des familles et des résidents : racisme, coups, insultes, etc...

À notre connaissance, depuis lors, point de texte réglementaire et une reconnaissance seulement du bout des lèvres que, de temps à autre, il pouvait y avoir quelques cas, forcément très rares, de maltraitance infligée aux soignants.

Et pourtant, le cas de l'EMS de Nyon où une équipe soignante a été harcelée des semaines durant n'a pas été reconnu publiquement comme une maltraitance faite aux soignants.

Dans un cas d'agression sexuelle sur mineur, stagiaire dans un EMS, il a été très difficile de faire accepter les mesures d'éloignement prises à l'encontre de l'agresseur, membre de la famille, qui rendait visite à son parent placé.

C'est comme si le fait d'être un citoyen ou une citoyenne, travaillant dans un EMS du canton, impliquait par ce seul fait, une citoyenneté de " seconde zone " dépourvue des droits élémentaires de respect de la personnalité.

Mobbing, harcèlement, racisme envers les soignants : le haussement d'épaule serait-il la règle ?

Ce postulat demande :

- a. Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS).*
- b. Les mesures réglementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance. En particulier, chaque employé d'EMS devrait recevoir, à l'engagement, les informations nécessaires pour faire valoir ses droits à défendre son intégrité personnelle. C'est particulièrement important pour le personnel étranger sans qui nos EMS ne fonctionneraient pas.*

Rappel des conclusions de la commission

Le rapport de la commission chargée d'examiner ce postulat, daté du 26 janvier 2016, fait état d'une première série de mesures déjà mises en œuvre dans les EMS et les CMS pour protéger le personnel ou prévenir les situations de maltraitance. Il relève en conclusion que " tout en reconnaissant qu'en général les choses se passent bien, les commissaires estiment que ces maltraitances doivent être mieux

connues, répertoriées et corrigées. Une meilleure information ou formation est indispensable, sans provoquer un amas de paperasse ".

1 INTRODUCTION

1.1 Rappel du contexte

Le sujet de la maltraitance de pensionnaires d'EMS est la cible des médias et anime les débats politiques. Dans le canton de Vaud, de nombreuses mesures ont été prises pour prévenir ce risque et pour assurer la qualité des prises en charge, la dignité et la sécurité des résidents en EMS. Pour les professionnels qui s'investissent au quotidien dans ces structures, cette attention politique et médiatique autour de la maltraitance des résidents a pu être ressentie comme une mise en défaut de leur travail et de leur engagement. Elle a également pu susciter le sentiment que la violence dans les établissements de soins de longue durée est thématiquée dans une seule de ses configurations : celle des soignants envers les patients. Sont corollaires, la violence des pensionnaires et de leurs proches envers les professionnels, souffrirait ainsi selon les postulants d'un défaut d'attention politique et surtout d'un défaut d'encadrement sur le terrain.

1.2 Cadre juridique existant

Dans le cadre du présent rapport, il convient de rappeler les bases juridiques existantes fixant le devoir de l'employeur de protéger la personnalité de son travailleur.

Selon l'art. 328 CO, " l'employeur protège et respecte, dans les rapports de travail, la personnalité du travailleur ; il manifeste les égards voulus pour sa santé et veille au maintien de la moralité. (...). Il prend, pour protéger la vie, la santé et l'intégrité personnelle du travailleur, les mesures commandées par l'expérience, applicables en l'état de la technique, et adaptées aux conditions de l'exploitation ou du ménage, dans la mesure où les rapports de travail et la nature du travail permettent équitablement de l'exiger de lui (al. 2) ".

Cet article régit donc le devoir de l'employeur de protéger la personnalité de ses employés. Il intègre et concrétise, dans le contrat de travail, les principes généraux de protection de la personnalité qui sont énoncés aux articles 27 ss du Code civil suisse (CC). Il constitue une disposition à laquelle il ne peut pas être dérogé au détriment du travailleur.

D'autres dispositions existent qui visent à protéger le travailleur dans la loi sur le travail ou encore la loi sur l'égalité.

Le travailleur atteint dans ses droits de la personnalité peut se prévaloir des actions prévues dans le Code civil (cf. art. 28a CC), dans le droit du contrat de travail (art. 319 ss CO), ainsi que dans la partie générale du Code des obligations (art. 97 ss CO). Lorsque sa santé est en danger, il bénéficie aussi des protections de la loi sur le travail. Le CO fonde une responsabilité directe de l'employeur pour ses propres agissements ou omissions. L'atteinte aux droits du travailleur constitue un acte illicite qui engage la responsabilité de l'employeur.

1.3 Démarche

Si le présent rapport intervient à distance du dépôt du postulat, cela s'explique par la volonté du Conseil d'Etat de disposer de données fiables sur la situation, appuyée sur une enquête de terrain menée auprès du personnel des EMS et CMS vaudois. Le rapport qui suit présente ainsi les résultats issus d'une enquête mandatée par le SSP et réalisée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

En amont de cette présentation, le rapport situe la problématique en reprenant quelques données connues et propose ensuite un tour d'horizon (sur la base d'un rapport remis au SSP par l'AVASAD et l'AVDEMS) des mesures existantes dans les institutions du canton. En aval, le rapport fait la synthèse

de la démarche et annonce la suite des travaux.

2 ETAT DES LIEUX

2.1 Considérations générales

Les comportements agressifs des patients et/ou de leur entourage sont une réalité à laquelle tous les soignants et toutes les structures de soins sont confrontés. La littérature consacrée à ce sujet estime que 25% de toutes les agressions vécues dans le milieu professionnel ont lieu dans le domaine de la santé [Nordin, H. (1995). *Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health*]. Les secteurs les plus exposés sont les soins intensifs et d'urgence, les soins aigus de psychiatrie et l'hébergement gériatrique [Gbézo, B.E. (2005). *Les soignants face à la violence. France : Lamarre*]. Cette réalité est compréhensible si l'on considère que la violence est une forme de réponse humaine à la perte d'autonomie, de liberté, d'intimité et de repères qu'implique le vieillissement et la vie dans un établissement médico-social.

2.2 Référence nationale et vaudoise

Au plan national, cette problématique des agressions dans les établissements de soins de longue durée a fait l'objet d'une étude de terrain, ainsi que d'un rapport détaillé commandés par CURAVIVA, la faitière des EMS en Suisse [Richter, D. (2013). *Agression in der langzeitpflege, ein differenzierter überblick über die Problematik, CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alte. Suisse*].

Cette étude de terrain [Richter, D. (2013). *Agression in der langzeitpflege, ein differenzierter überblick über die Problematik, CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alte. Suisse*] a spécifiquement investigué les comportements agressifs dans les EMS. Il s'agit d'une enquête transversale, réalisée en 2010 et 2011 auprès de 814 soignant-e-s travaillant dans 21 EMS de Suisse alémanique. L'enquête s'est intéressée à quantifier et qualifier l'exposition des soignants à des comportements agressifs des résidents et/ou de leur proches, ceux-ci étant définis en 3 catégories : les insultes (inclus propos racistes et sexistes), les menaces ou intimidations et les agressions physiques.

L'étude a permis de confirmer une exposition régulière des soignants des EMS à diverses formes de violence. Ainsi 81.6 % des répondants ont rapporté des comportements agressifs à leur endroit dans les 12 derniers mois précédant la collecte de données, 54% de ces derniers ayant rapporté une expérience de violence physique.

Pour les EMS vaudois, aucune donnée publiée n'a permis jusqu'ici de situer la prévalence des comportements agressifs envers le personnel des EMS. Toutefois, les chiffres issus des relevés " PLAISIR " (outil d'évaluation et de planification de la prise en charge) permettent de mesurer l'exposition du personnel des EMS à ce risque. Ainsi, dans le canton de Vaud, 34% des pensionnaires des EMS présentent des comportements agressifs, dont un tiers environ peut s'exprimer physiquement. Sur la période prise en référence (2010-2016), ces données sont particulièrement stables (33%-35%).

De cette revue des données et études disponibles, il ressort qu'il est illusoire de vouloir exclure la violence des lieux d'hébergement, mais que les institutions et leurs collaborateurs devraient être équipés à différents niveaux pour faire face efficacement à cet enjeu. Plus concrètement, on peut repérer 4 champs de mesures qui permettent aux soignants et aux institutions de gérer cette violence : formalisation de la politique et des processus institutionnels, information et formation du personnel, documentation et suivi des événements agressifs, formalisation des mesures et processus accompagnement des victimes et des auteurs.

2.3 Mesures existantes

Dans la perspective de l'établissement du présent rapport, les associations faitières des EMS et des institutions de soins à domicile ont ainsi été invitées à donner leur position sur la problématique soulevée par le postulat et à indiquer les éventuelles mesures qui ont été mises en place.

2.3.1 EMS

Au plan général, le rapport de l'AVDEMS (voir annexe), qui avait reçu délégation de la FEDEREMS pour rapporter sur la situation des EMS du canton, relève que les relations entre les résidents, leurs familles et les collaborateurs en EMS sont habituellement paisibles et productives. Faisant référence aux informations issues du relevé " PLAISIR " évoquées ci-dessus, il reconnaît cependant la réalité du risque auquel est exposé le personnel. La faitière relève par ailleurs que la violence générée par les résidents est, pour une large part, considérée comme acceptable par le personnel concerné du fait qu'elle est souvent explicable par la situation ou la pathologie du résident. La violence engendrée par les familles ou les proches est, quant à elle, beaucoup plus délétère et beaucoup moins bien tolérée par le personnel.

Au plan des moyens, le rapport relève la variété des mesures qui existent au sein des différents établissements du canton :

- concept de prise en charge des situations d'agressivité,
- information/sensibilisation systématique des nouveaux pensionnaires et collaborateurs,
- précision des règles de comportement dans le contrat d'hébergement et/ou charte de fonctionnement,
- formation continue et poste-graduée du personnel,
- procédure de documentation des événements critiques,
- analyses des situations problématiques dans le colloque d'équipe,
- sollicitation des équipes mobiles ou d'intervenants externes,
- mesures d'accompagnement individuelles ou collectives des victimes,
- mesures d'accompagnement des auteurs, etc.

Si ce catalogue couvre largement les 4 champs de mesures évoqués plus haut, le taux d'implémentation moyen de ces bonnes pratiques au sein des différentes institutions n'est pas connu.

L'enquête mandatée par le SSP s'est ainsi intéressée, en plus de la mesure de prévalence, à évaluer cette dimension en interrogeant les professionnels sur leur exposition ou leur accès à ces différentes mesures. Cet aspect est présenté ci-après sous le point 3 " Enquête ".

2.3.2 CMS

Le rapport de l'AVASAD (voir annexe) met en évidence la spécificité du contexte d'intervention des professionnels des CMS. Ce contexte est caractérisé par plusieurs facteurs qui augmentent la potentielle gravité des actes agressifs ; isolement des professionnels, intervention dans un territoire qui n'est pas celui de l'institution, situations limites induites par l'obligation de prise en charge, potentielle possession d'armes, etc. Dans ce contexte, les réflexions et les moyens mis en œuvre par l'AVASAD pour prévenir, analyser et gérer les comportements agressifs des patients sont particulièrement structurés et avancés.

On peut ainsi relever qu'il existe, en sus des mesures de formation du personnel, un monitoring centralisé des faits de violence, une stratégie institutionnelle permettant la documentation et l'exploitation informatique des événements critiques, une formalisation claire de la position institutionnelle. Cela est complété par des directives et procédures dédiées aux agressions et menaces

contre l'intégrité des collaborateurs-trices, la mise à disposition d'un système d'alarme pour les collaboteur-trices isolé-e-s et une formalisation des mesures d'accompagnement des victimes et des auteurs.

3 ENQUETE

3.1 Cadre

Comme indiqué plus haut, le Conseil d'Etat a souhaité connaître la réalité des terrains. Une enquête auprès des CMS et EMS vaudois a ainsi été réalisée par l'IUMSP [*Rapport IUMSP*]. Un groupe intégrant le SSP, l'IUMSP, l'AVASAD et les faitières des EMS a accompagné les travaux. L'enquête s'est déroulée du 28.02.2017 au 30.03.2017 auprès d'un échantillon représentatif de 36 EMS et de 14 CMS vaudois. Le questionnaire d'enquête a été construit sur une base scientifique reconnue [Zeller, A. et al. (2012), *Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes, Journal of Nursing Scholarship, 2012 ; 44 :3, 249–257*], afin de permettre une comparaison des données.

3.2 Objectifs

Les objectifs de l'enquête ont été organisés autour de deux axes. Le premier s'est intéressé à déterminer la prévalence de la problématique (nombres et type d'agression, profils des répondant-e-s, impacts sur le personnel) et le second à documenter, sur la base des déclarations des répondant-e-s, le spectre des mesures mises en place au sein des institutions pour prévenir et accompagner les faits de violence des résidents à l'encontre du personnel.

3.3 Résultats

Les résultats de l'enquête peuvent être résumés comme suit :

Bon déroulement et validité de l'enquête

Tous les EMS et CMS sélectionnés ont accepté de participer à la démarche. Les taux de participation (47% en EMS et 66% pour les CMS) sont très satisfaisants. Avec 1592 répondants, l'enquête devient vraisemblablement la plus large réalisée sur ce thème en Suisse et produit des résultats représentatifs.

Une prévalence conforme aux prévisions

Comme déjà relevé sous ch. 2.1 ci-dessus, la littérature spécialisée rapporte que les personnels de soins sont particulièrement exposés à la violence au sens large. Il ressort donc assez logiquement de l'enquête que des insultes, des menaces ou agressions sont régulièrement vécues par le personnel des institutions sondées (57,6 % des répondants en EMS et 28,6 % en CMS ont une telle expérience dans les 12 derniers mois, 23,8 % en EMS et 3,1 % en CMS dans les 7 derniers jours.) Ces chiffres en eux-mêmes sont peu significatifs. Comparés à la seule norme Suisse connue [Zeller, A. et al. (2012), *Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes, Journal of Nursing Scholarship, 2012 ; 44 :3, 249–257*] qui fait état de 81,6 % dans les 12 derniers mois et 54% dans les 7 derniers jours), ils sont plutôt rassurants.

Le personnel est soutenu et accompagné

Le postulat et les travaux de la commission ont pu laisser entendre qu'il existerait une sorte de " loi du silence " au sein des institutions concernant la violence vécue par le personnel, ainsi qu'un manque de soutien aux victimes. En réalité les résultats de l'enquête menée par l'IUMSP infirment cette idée. En effet, le personnel se sent très largement soutenu et a accès à des mesures d'accompagnement suite à une agression en cas de besoin. Aucun indicateur ne vient confirmer statistiquement la situation de gravité et/ou de tabou que semble suggérer le postulat.

Des mesures à mieux structurer et promouvoir

Si l'enquête est globalement rassurante en ce qui concerne le soutien de principe et de fait accordé au personnel lorsqu'il est victime d'agression, elle révèle que les mesures semblent peu structurées, et ce surtout dans les EMS. Ainsi seulement 31% des répondants en EMS estiment qu'il existe, dans leur établissement, une procédure qui définit comment gérer une agression (contre 56% dans les CMS). On note également un souhait, chez tous les répondants, d'avoir accès à une formation spécifique. Dans le même temps, les rapports remis par les faîtières évoquent un large catalogue des mesures à disposition. Une marge de progression existe ainsi dans la promotion et la structuration des moyens existants.

EMS versus CMS

Menée dans des EMS et CMS du canton, l'enquête permet d'établir quelques comparaisons. Ce qui ressort au premier plan, c'est que les collaborateurs des CMS sont moins exposés à la violence, particulièrement à la violence physique. Dans le même temps, et malgré une prévalence plus faible, ce risque de violence est plus thématiqué et encadré de moyens structurés (procédure de gestion, signalement et suivi statistique, dispositif d'alarme, etc.). Cette différence entre EMS et CMS semble s'expliquer autant par la structure de management de ces derniers (association pouvant promulguer des règles) que par la spécificité du contexte de leur intervention (isolement des soignants à domicile, obligation de prise en charge, possession d'armes, etc.)

4 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

A) Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS).

Le rapport produit présente un bilan de la maltraitance faite au personnel des EMS et CMS du Canton. Il s'est appuyé sur une enquête de terrain réalisée par l'IUMSP et accompagnée par les institutions concernées. Le rapport de l'IUMSP (voir annexe) sera également disponible sur le site du Service de la santé publique.

B) Les mesures règlementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance. En particulier, chaque employé d'EMS devrait recevoir, à l'engagement, les informations nécessaires pour faire valoir ses droits à défendre son intégrité personnelle. C'est particulièrement important pour le personnel étranger sans qui nos EMS ne fonctionneraient pas.

La revue des données scientifiques concernant le sujet démontre que les faits de violence dans les soins de longue durée sont une réalité avec laquelle les soignants doivent composer. La réduction drastique de cette prévalence ne semble ainsi pas constituer un objectif maîtrisable. Par contre, les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS devraient être mieux équipés et mieux soutenus pour faire face efficacement à cette violence.

L'enquête réalisée par l'IUMSP atteste que les professionnels se sentent déjà aujourd'hui soutenus et accompagnés par les institutions qui les emploient dans les situations d'exposition aux faits de violence. Un potentiel d'amélioration existe au travers d'une formalisation des politiques institutionnelles et d'une généralisation des mesures d'information et de formation.

La directive concernant les exigences minimales d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé, prévoit d'arriver d'ici 2018 à un niveau de personnel ayant une formation qualifiante (HES/CFC) de 40% et 60% d'auxiliaires. Aujourd'hui le personnel des soins est composé de 75% de personnel auxiliaire et de 25% de personnel au bénéfice d'une formation HES /CFC.

La formation des collaborateurs et l'amélioration de leurs compétences sont encouragées par l'Etat. L'ancienne directive fixant les exigences minimales de dotation en EMS posait la règle de 25% de

personnes certifiées (avec CFC) et diplômées (niveau HES). La nouvelle directive en vigueur a modifié ces taux à respectivement 40% et 60%. Le relèvement du personnel formé (CFC ou HES) concourt à une amélioration des compétences et à une meilleure prévention du risque de maltraitance.

5 CONCLUSION

En conclusion, le Conseil d'Etat tient à relever la bonne collaboration des institutions et de leurs collaboratrices et collaborateurs dans le cadre de l'établissement de ce rapport et la richesse des informations que ce processus a permis de collecter. L'analyse démontre que, si les collaboratrices et collaborateurs des EMS et CMS vaudois sont régulièrement exposés à des faits de violence, ils se sentent soutenus et accompagnés par leurs institutions. Ces dernières sont par ailleurs conscientes de l'enjeu de la problématique et offrent déjà plusieurs mesures d'accompagnement. Pour le Conseil d'Etat, une formalisation et une systématisation de ces mesures pourraient toutefois assurer un meilleur équipement des professionnels qui interviennent au quotidien en soutien aux personnes dépendantes. Elles permettraient ainsi de prévenir les impacts délétères de la violence auxquels ces professionnels sont exposés.

Le Conseil d'Etat souhaite que les données collectées ainsi que les recommandations du rapport de l'IUMSP soient reprises par un groupe de travail conduit par le Service de la santé publique et qui associera des représentants de tous les acteurs concernés. Il aura pour tâche de construire un plan de mesures qui soit le plus largement accepté et qui ait les meilleures chances d'être traduit dans la pratique. La présentation de ces travaux est attendue pour la fin du premier semestre de l'année 2018.

Cela étant, la publication du rapport d'enquête de l'IUMSP permet d'ores et déjà d'informer et de sensibiliser les directions des EMS et des CMS du canton de Vaud, ainsi que de manière plus large tout le public potentiellement intéressé par la problématique.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2017.

La présidente :

N. Gorrite

Le chancelier :

V. Grandjean

Violence à l'encontre du personnel en EMS et CMS

Rapport succinct de l'AVDEMS

Le présent rapport est rédigé en complément de l'étude qui sera conduite par l'IUMSP auprès des collaborateurs d'un échantillon représentatif des EMS, tirés au sort. Les informations contenues découlent de la pratique des directions telles que rapportées par une sélection de membres de l'association. En complément des rapports des autres faitières concernées, il est destiné à renseigner le rapport que le SSP produira en réponse au postulat déposé par le député, M. le Dr Vuillemin.

A/ Perception globale de la problématique

De manière générale, les relations entre les résidents, leurs familles et les collaborateurs en EMS sont tout à fait paisibles et productives. Dans certains cas, les collaborateurs peuvent toutefois être victimes d'actes de violence ou de comportement agressif de la part des résidents ou de leurs familles.

Les violences envers les collaborateurs prennent des formes diverses. Elles peuvent être le fait des résidents ou parfois aussi des familles et des proches. Pour ces derniers, ces comportements sont bien souvent explicables par des sentiments de culpabilité liés au placement en institution de leur parent, un manque de compréhension des symptômes de sa maladie ainsi que des exigences élevées relatives à la prise en charge et à l'accompagnement, voire à des moments de tensions particulières.

Les formes de violence observées sont le plus souvent les suivantes :

- violences verbales de type insultes, propos diffamatoires
- violences physiques : morsures, griffures, coup de cannes, attouchements sexuels
- comportements à caractères racistes
- comportements à caractères sexistes

Les extraits PLAISIR renseignent sur la prévalence de la violence en lien avec la maladie des résidents. En absence d'une mesure objective répétée dans le temps, il n'est pas possible de se prononcer sur une quelconque évolution qualitative ou quantitative de la violence dans les EMS. On ne peut en l'état que se référer à des perceptions. Or une certaine cautèle doit être exercée en la matière puisqu'un même auteur (résident ou membre de la famille) peut être à l'origine de multiples actes de violence à l'encontre de différents collaborateurs donnant ainsi une image tronquée de la réalité.

Enfin, s'il est vrai qu'une part des actes de violence subis peut être considérée comme acceptable par le personnel en EMS, principalement en lien avec la pathologie des résidents, il n'en va le plus souvent pas de même avec celle qui est le fait des familles ou des proches.

B/ Mesures existantes, moyens mis en œuvre

A son entrée en EMS, le résident ou l'un de ses proches signe un contrat d'hébergement. A cette occasion, tant le résident que sa famille sont sensibilisés aux règles de convivialité qui s'appliquent à tous dans l'établissement.

Les collaborateurs, nouvellement arrivés, sont informés dans le cadre de leur intégration des risques de violence auxquels ils sont susceptibles d'être confrontés dans l'exercice de leur activité et de la conduite à tenir s'ils y sont confrontés. Certains établissements ont édité des procédures permettant au collaborateur de savoir à qui s'adresser en cas de violence. Outre l'information à leur supérieur, ils peuvent faire appel directement à une personne de confiance externe dont le rôle est d'offrir un espace d'écoute confidentiel, de conseiller et de soutenir. Les équipes mobiles de psychiatrie ou de psychiatrie de l'âge avancé peuvent également être sollicitées à cette fin.

En outre, les situations de violence font l'objet d'observations et de commentaires dans le dossier des résidents concernés et les situations à risque sont abordées lors des colloques d'équipe.

Suite à la survenance d'un épisode de violence, différentes mesures peuvent être prises selon la gravité de celle-ci :

- des rencontres de type réseaux avec les équipes mobiles spécialisées en présence de la famille et des proches,
- la définition d'un cadre de visite pour les proches,
- la rencontre avec le médiateur santé cantonal pour les proches,
- un projet comportemental pour le résident,
- la résiliation du contrat d'hébergement.

Afin de prévenir et faire face à des comportements agressifs ou violents des bénéficiaires et de leur entourage, certaines compétences nécessitent d'être développées chez les professionnels. Le niveau de base exigé pour exercer dans les équipes de soins des EMS (Auxiliaire de santé) reste encore à ce jour insuffisant pour faire face à ces problématiques complexes. Raison pour laquelle, depuis de nombreuses années, des formations continues ont été développées pour permettre aux professionnels des soins mais aussi des autres secteurs d'activités, de pouvoir appréhender ces situations dans le respect des bénéficiaires, de leur entourage et d'eux-mêmes. Elles sont traitées de manière transversale dans le cadre des formations en lien avec l'accompagnement de la personne âgée.

Les thématiques les plus souvent abordées sont les suivantes :

- la compréhension des pathologies aussi bien en psychiatrie, qu'en psychiatrie de l'âge avancé
- la capacité à adapter la communication, aussi bien avec les bénéficiaires qu'avec les proches
- la gestion des conflits
- la gestion des émotions

Basées sur un recueil des besoins du terrain, elles sont traitées dans le cadre de formations dispensées par le Centre de formation de l'AVDEMS, elles se déroulent pour la plupart au sein même des établissements. Parmi celles-ci on peut citer :

- formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé : FAP
- formation d'accompagnateur en psychiatrie : FAPSY
- sensibilisation à l'accueil de bénéficiaires sous mesures pénales

- situations de crise, troubles du comportement et agressivité
- connaître les émotions pour se sentir plus à l'aise et mieux collaborer
- communication avec les familles et les proches
- la gestion et prévention de la violence
- maltraitance envers les aînés : Sensibilisation et Devenir référent Prémalpa
- gestion de conflit (dans le cadre de formations en management : Principaux Outils de la Gestion d'Equipe, Brevet Fédéral de Responsable d'Equipe)

Ces formations sont, pour la plupart, destinées aux publics d'aide, d'auxiliaire voire de niveau CFC, tout secteur confondu. D'autres sont plus spécifiquement réservées à un public de certifiés, diplômés. Les outils pédagogiques sont adaptés tant au public qu'au contexte.

Les formations proposées répondent à des besoins des établissements, comme l'atteste le taux de fréquentation. Ainsi Pr exemple, dans le canton de Vaud, pour FAP, qui existe depuis 2010, c'est près de 360 personnes qui sont formées en moyenne chaque année. Une étude d'impact a été menée en 2014 et démontre sa pertinence. La formation est d'ailleurs proposée également dans les autres cantons romands. Pour FAPSY, qui a été créé en 2015, c'est déjà plus de 70 personnes qui ont été formées.

Ces formations prennent tout leur sens car elles s'appuient sur l'expérience et le vécu des participants, elles permettent de questionner les pratiques, d'actualiser les connaissances et de trouver de nouvelles stratégies. Ce sont des moments de formation mais aussi de partage.

C/ Besoins et développements

Cette partie est volontairement laissée en blanc, en attente des résultats de l'enquête de l'IUMSP.

A/ Perception globale de la problématique

1. Contexte des Soins à domicile

Une des spécificités de l'activité de soins à domicile, c'est d'exercer une activité professionnelle dans l'espace privé et personnel des personnes clientes : en majorité féminin¹, le personnel des CMS intervient le plus souvent seul, sans possibilité d'appeler à l'aide un collègue en cas de difficulté imprévue à surmonter. Comparé à des établissements de soins hospitaliers ou EMS, le cadre institutionnel du CMS est « virtuel » tant pour le collaborateur que pour le client.

En tant qu'employeur, et pour respecter la LTr, la direction des CMS doit veiller à assurer des conditions de travail adaptées à la sécurité et à la santé de ses collaborateurs. Simultanément, le CMS doit prendre en considération l'autonomie et les décisions de la personne cliente et de ses proches quant à leurs choix et aux conditions concrètes de leur vie à domicile. Parfois, l'environnement matériel ou relationnel du client n'est pas adapté au respect de la santé physique et psychique des intervenants qui viennent lui apporter de l'aide et des soins. S'ouvre ici un champ potentiel de conflits entre les deux parties. En cas de conflit avéré, les responsables des CMS doivent ouvrir un espace de négociation pour préserver les intérêts des deux parties, client et ses proches d'un côté et intervenants du CMS de l'autre, tout en respectant l'obligation de prise en charge que lui confère sa mission de service publique.

2. Faits de violence physique

Malgré le contexte de travail isolé risqué pour les collaborateurs des CMS, les faits de violence physique avec mise en danger sont exceptionnels. Lors de telles situations (menaces physiques sérieuses, chien dangereux, présence d'armes, agressions) les directions des Associations et Fondations (A/F) membres de l'AVASAD prennent des mesures immédiates envers le client, (par exemples limitation ou suspension des interventions du CMS, ou sollicitation d'un placement à des fins d'assistance auprès de la Justice de paix) et assurent un soutien au collaborateur qui a été menacé.

3. Faits de violence verbale ou psychologique

Il arrive que le client (ou un de ses proches) dénigre de façon répétée le collaborateur, ou prononce des menaces verbales, ou exerce des agressions psychologiques, ou tienne des propos ou adopte des attitudes racistes ou xénophobes à l'encontre des collaborateurs du CMS. L'effet de stress sur les intervenants de ce type de violence est insidieux.

4. Comportements d'opposition ou d'agressivité liés à des troubles cognitifs

Le suivi par les CMS des personnes atteintes de démence retarde l'entrée en EMS ; simultanément ce suivi confronte nos équipes à des clients dont les troubles du comportement sont préoccupants. Ainsi, les personnes atteintes dans leur santé mentale peuvent devenir – malgré elles - auteurs de faits de violence physique ou verbale qui déstabilisent les intervenants.

¹ Notre personnel est en majorité féminin. Cependant, par souci de lisibilité, la forme masculine est utilisée dans l'ensemble de ce document pour désigner les fonctions et métiers féminins et masculins.

5. Prévalence des faits de violence sur les collaborateurs

Un décompte a été réalisé par les directions des A/F pour les 9 premiers mois de l'année 2016.

	Violence physique (y.c. violence sexuelle)	Présence d'armes	Violence verbale ou psychologique
ASPMAD	2	0	8
ABSMAD	-	1	1
APROMAD	-	-	-
ASANTE SANA	4 (2)	1	18
APREMADOL	-	-	1
FLC	3	-	2
FSL	-	-	2
total Canton	7	2	32

Ces données sont approximatives ; l'AVASAD n'a pas encore déployé d'exigence de relevé systématique auprès de tous les cadres des CMS. Néanmoins, en regard des 29775 clients qui ont été rencontrés par des collaborateurs de CMS durant la même période, nous pouvons affirmer que le nombre de situations de faits de violence identifiées au sein des CMS est peu élevé. De plus, compte tenu, de l'absence de données antérieures à 2016, nous ne pouvons pas mesurer si ce type de situations est en augmentation ou en diminution.

6. Prévalence des difficultés d'agressivité chez les clients des CMS

Lors de 7301 évaluations RAI HC conduites par les CMS auprès de notre clientèle entre mai 2016 et janvier 2017, pour 1.18 % des personnes évaluées (86 personnes), il a été noté de l'agressivité manifestée par le client et difficilement maîtrisée durant les 3 derniers jours qui précédaient l'évaluation : il s'agissait soit d'agressivité verbale soit d'agressivité physique. 83 % de ces mêmes personnes (71 personnes) présentaient simultanément des troubles cognitifs.

B/ Mesures existantes, moyens mis en œuvre

1. Formalisation de la position et des moyens institutionnels

La Charte des CMS en tant que document officiel mentionné dans la Loi sur l'AVASAD et ratifié par le Conseil d'Etat, est un document de référence important pour les collaborateurs des CMS. Elle permet d'informer et d'orienter le client et sa famille dès le début de l'intervention notamment sur les aspects de partenariat et **de respect mutuel attendu entre les deux parties**. La dynamique relationnelle entre le client en situation de dépendance ou atteint dans sa santé et les collaborateurs du CMS peut se trouver momentanément ou durablement altérée et prendre une tournure conflictuelle, épisodique ou généralisée. En toutes circonstances, les collaborateurs ont à adopter une attitude professionnelle de respect envers les clients et leurs proches et peuvent exiger la réciprocité de respect en référence à la charte et aux conditions générales d'intervention, chap. 3 Droits et devoirs des clients lettre I respect des collaborateurs. « *Le client s'engage à faciliter l'intervention des collaborateurs à son domicile en leur assurant accueil, respect et sécurité* ».

La Charte précise quelles pourraient être les limites de l'intervention des CMS et indique comment doivent être traités les conflits qui pourraient survenir entre client et CMS. Notamment, « *le CMS propose au client une orientation vers une autre institution de soins partenaire lorsque* » (...) « *l'intégrité physique ou psychique des collaborateurs de l'aide et des soins à domicile n'est plus assurée* ».

2. Amélioration du suivi des situations dites « critiques »

L'AVASAD a comme objectif stratégique d'améliorer le suivi par les Directions des CMS, de toutes les plaintes des clients ou de leurs proches, ainsi que le suivi des plaintes des collaborateurs à propos d'une situation qui leur est difficile. Dans ce dernier cas, on utilise le terme « situation critique ».

Depuis fin 2013, un projet a été initié pour concevoir, tester et déployer différents processus et documents : ceux-ci ont été validés par la Plateforme prestations et par le CODIR de l'AVASAD en

² 2 cas de violence sexuelle sur des collaborateurs

2014, et complétés en 2015, par des directives d'application du chapitre 4 de la Charte sur les différentes limites d'intervention qui y sont évoquées.

Parmi les directives, figurent des documents qui précisent les responsabilités notamment lorsque soit la sécurité du client soit celle des collaborateurs est compromise :

- Responsabilités des CMS envers client et obligations selon situations à risques
- Maltraitance du client: comment intervenir?
- Procédure RH Signalement maltraitance et soins dangereux
- Procédure RH Violence au travail (annexe 1)
- Menaces contre l'intégrité psychique ou physique des collaborateurs (annexe 3)
- Procédure RH Accusation de vol

Dans tous les cas, lorsque surgit un conflit ou un évènement qui compromet le respect mutuel, ou qui altère pour eux ou pour les intervenants du CMS la qualité ou la sécurité des interventions, il est attendu notamment qu'un responsable du CMS rencontre le client ou ses proches.

La mise en œuvre des directives cantonales a stimulé les Directions des CMS à s'impliquer dans la gestion des conflits entre les parties et à documenter leurs analyses et les accords conclus à l'issue de leurs entretiens.

3. Accompagnement des victimes et suivi des auteurs : mesures préconisées

3.1 Responsabilités du responsable hiérarchique

Le suivi de conflits avec un potentiel de comportements violents représente de gros investissements de la part des collaborateurs et des responsables de CMS. Inquiets face à un client potentiellement violent, ou désécurisés par la présence de conflits antérieurs dans la situation, l'idée d'intervenir dans la situation peut être source d'anxiété pour les collaborateurs et peut entraîner d'autres difficultés en chaîne :

- le stress ressenti par les collaborateurs peut provoquer une augmentation de l'absentéisme dans le CMS ;
- les responsables peuvent se trouver en difficulté pour motiver leurs collaborateurs à accepter d'intervenir dans la situation ;
- la rotation du personnel dans la situation sera intensifiée;
- par suite de cette rotation, la qualité et la continuité des prestations peuvent être précarisées ;
- le client aura de nouvelles raisons d'être mécontent ou angoissé par des intervenants qu'il ne connaît pas et de se fâcher contre eux.

Eviter une telle spirale négative demande le renforcement de l'encadrement des équipes concernées. Selon les directives en vigueur, les responsables doivent être attentifs à la souffrance des intervenants concernés. Puis ils doivent s'impliquer auprès du client et de ses proches pour aplanir les difficultés relationnelles relatives.

3.2 Responsabilité des collaborateurs

Pour réagir au contexte immédiat d'une agression, les collaborateurs doivent adopter les comportements et recommandations prévus dans la procédure RH intitulée « Violence au travail » (annexe 1) et dans la directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client » (annexe 2). Dans tous les cas, le collaborateur avertira immédiatement son responsable hiérarchique des évènements dont il a été le témoin et relatera l'acte violent dont il a été la victime. En cas de nécessité, le responsable hiérarchique appellera la police pour protéger la collaboratrice et/ou le client.

3.3 Mesures auprès des auteurs

Lorsqu'il est établi que le client a son discernement, et que le CMS peut interagir avec lui à propos des actes de violence constatés, le responsable du CMS négociera avec le client et son entourage les conditions de la poursuite des interventions du CMS. Le client sera alors averti oralement puis par écrit des potentielles conséquences en cas de récurrence des actes ou des propos violents observés. Les dispositions prises par le responsable face à un client qui a des troubles cognitifs seront différentes : une rencontre avec le médecin traitant et les proches du client cherchera à définir quelles nouvelles stratégies de suivi ou de traitement pourraient s'adapter à l'évaluation clinique du client.

En cas d'acte de violence avéré chez un client, le responsable du CMS peut décider de mesures exceptionnelles, sans toutefois restreindre son obligation de soins et d'aide envers la personne cliente qui a été violente et potentiellement pourrait répéter d'autres actes de violence sur d'autres collaborateurs.

Notamment le CMS peut envisager de :

- accompagner et encourager le collaborateur agressé à déposer une plainte pénale
- restreindre les prestations au seul appui minimal répondant à la sécurité et au confort du client, et que le CMS est seul à pouvoir prendre en charge conformément à la Charte (p. 12 lettre C).
- confier la prestation à deux intervenants simultanés, et le coût du deuxième intervenant sera à la charge du client sauf si l'état de santé mentale du client permet d'obtenir de l'assurance le financement de celui-ci
- s'assurer de la présence d'un tiers pendant l'intervention du CMS, avec frais de cette présence à charge du client

La définition de l'une ou l'autre de ces mesures relève d'un positionnement institutionnel porté par le directeur de l'A/F concernée. Aucune des mesures ne peut être prise sans l'avoir formellement annoncée au client et à ses proches, oralement puis par écrit, en précisant l'obligation en tant qu'employeur de veiller à la santé et à la sécurité de son personnel et en indiquant, le cas échéant, les coûts de ces mesures mis à la charge du client.

3.4 Dispositif d'Aide au Travailleur Isolé (DATI)

En lien avec la santé et la sécurité au travail, l'AVASAD a fait l'acquisition pour les 53 CMS du canton, de 300 appareils techniques pour contribuer à la sécurité des intervenants terrain. Ces appareils sont mis à disposition des collaborateurs appelés à intervenir dans des contextes d'insécurité identifiés au préalable par leurs responsables hiérarchiques. Ces appareils permettent, sur la simple pression d'une touche, d'entrer en relation avec une centrale d'alarme et d'engagement professionnel 24 h/24. Lors d'un déclenchement du signal, les collaborateurs peuvent communiquer, via l'émetteur-récepteur intégré, avec un agent de sécurité de la centrale formé spécifiquement à des protocoles définis pour les soins à domicile. La centrale reçoit automatiquement les coordonnées GPS de la balise, et en fonction de l'appréciation du risque, elle fait intervenir un Securitas et/ou la police.

Ce dispositif a été introduit il y a moins d'un an : à ce jour, le dispositif a été très peu utilisé ; la difficulté est d'attribuer le dispositif au personnel le plus exposé sans l'alarmer exagérément, ni induire pour lui du stress supplémentaire dans l'anticipation de ses interactions avec le client potentiellement agressif.

4. Information et formation du personnel

4.1 Formation des cadres

a. Formation Suivi des plaintes et des situations critiques

Une formation de deux demi-journées est prévue pour tous les cadres des CMS d'ici fin juin 2017. Elle porte sur le suivi de l'ensemble des conflits entre le CMS et les clients ou leurs proches. La finalité est de renforcer les ressources et l'engagement du management auprès des équipes dans le suivi des situations critiques.

b. Sensibilisation à la prévention du racisme

Prenant appui sur une étude réalisée entre 2012 et 2013 à la Fondation Soins Lausanne et soutenue par le Service de lutte contre le racisme, l'Institut la Source a réalisé une formation de Sensibilisation à la prévention du racisme intitulée « Racisme et discrimination raciale : une situation critique comme une autre ? » à laquelle près de la moitié des cadres des CMS ont pu participer.

4.2 Encadrement et formation des collaborateurs des CMS

a. L'approche clinique en santé mentale

L'approche clinique en santé mentale instaurée avec le programme Santé Mentale sur tous les CMS du Canton d'ici la fin du premier trimestre 2018 permet aux collaborateurs de renforcer la connaissance et le dépistage des symptômes, notamment quand il y a des troubles cognitifs et des troubles de comportements associés observés chez le client ou chez un de ses proches. Les formations d'Accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé (FAP) déployées auprès de nos collaborateurs auxiliaires et aide au ménage permettent une meilleure appréhension des

attitudes à adopter³ en fonction des symptômes observés. Les auxiliaires apprennent à s'exprimer sur les difficultés rencontrées et peuvent solliciter les Personnes ressources en santé mentale pour les accompagner sur le terrain.

Outre la formation des collaborateurs, le programme propose :

- des documents de référence de pratique clinique
- des documents de délégation dans lesquels les professionnels décrivent aux auxiliaires de soin ou d'aide au ménage les actes à réaliser et les attitudes à adopter en fonction des comportements du client. (exemple annexe 4)
- des ateliers d'analyse clinique qui ciblent les situations les plus complexes avec des troubles du comportement et des conduites d'opposition.
- des modèles de contrat écrit à négocier avec les proches et le médecin traitant, pour préciser les objectifs suivis lors des interventions du CMS, les limites et les risques assumés par chaque protagoniste dans la situation, et les contextes de retrait ou de suspension momentanée de l'intervention durant lesquels il faut renoncer à agir pour ne pas entrer vainement en symétrie avec le client angoissé ou agressif.

b. Diffusion de la directive cantonale pour les collaborateurs

Cette directive Directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client » (annexe 2) émise fin 2016, décrit les différents risques de situations critiques auxquels sont exposés les collaborateurs des CMS et invite notamment ceux-ci à ne pas rester seuls dans une situation où ils ressentent de la violence à leur égard. Sa diffusion doit être portée par les cadres des A/F et des CMS en proximité avec des exemples cliniques concrets rencontrés par les équipes. Les responsables des CMS ont mission de diffuser et d'accompagner cette directive – au plus tard d'ici fin 2017 - une fois qu'eux-mêmes auront été formés au champ de leurs responsabilités, tant auprès des collaborateurs concernés qu'auprès du client ou de ses proches.

c. Renforcement de l'encadrement

Toutes les Directions des A/F sont sensibles aux défis de l'encadrement de leurs collaborateurs : à cet effet, elles ont renforcé leurs équipes de management pour introduire des responsables d'équipe en proximité des collaborateurs, ainsi que des cliniciens et des consultants en soins pour renforcer l'analyse clinique des situations complexes ou critiques en soutien auprès des collaborateurs impliqués. L'attention portée par les responsables des CMS aux échanges interdisciplinaires au sein du CMS est un facteur clef pour prévenir les situations critiques. En effet, les contacts réguliers entre responsables et les équipes permettent au collaborateur qui se sent agressé verbalement ou psychologiquement de solliciter aisément son responsable et ses collègues dès le premier évènement qui l'alarme dans sa relation avec le client.

d. Soutien aux proche-aidant

Dans le cadre du programme Proche-aidant déployé au sein des A/F depuis 2015 d'ici 2019, les mesures de soutien proposées aux proches des clients des CMS peuvent s'avérer utiles en termes de prévention de l'épuisement des proches concernés, améliorer la coordination et la communication entre les différentes personnes impliquées dans le projet de vie à domicile du client, et par conséquent aplanir aussi les possibles sources de conflits entre proches et professionnels.

e. Cours gestion de conflits et cours d'auto-défense.

Certaines A/F proposent à l'interne des cours à l'intention de leurs collaborateurs, par exemples cours pour gérer les entretiens difficiles et conflictuels ou des cours d'auto-défense.

5. Monitoring des situations

Dans le but d'améliorer encore la traçabilité des plaintes et des situations critiques, le Service Informatique de l'AVASAD a développé à l'interne un nouvel outil qui permettra de prendre la mesure de ce que les cadres des CMS enregistrent comme plaintes des collaborateurs sur des difficultés rencontrées chez des clients. L'objectif de l'outil est de permettre aux directeurs des A/F et aux responsables des CMS de tracer toutes les situations critiques ou plaintes, avec les négociations réalisées avec le client ou ses proches. Suite au succès du pilote effectué à l'ASPMAD Nord Vaudois en juin 2016, le déploiement de l'outil au plan cantonal sera terminé d'ici fin juin 2017. Son introduction intervient dans la continuité des formations des cadres des CMS

³ Certaines A/F comptent déjà 60 % de leurs équipes d'auxiliaires de soins déjà formées.

déployées dans chacune des AF et qui portent sur leurs responsabilités dans le suivi des situations critiques.

Les alarmes de violence sur intervenants dont les collaborateurs auront avisé leurs responsables seront identifiées et classées selon les paramètres suivants :

- verbal
- psychologique
- physique
- armes

C/ Besoins et développements

1. Introduction

Après une rapide réflexion sur les développements potentiels, la Direction Générale de l'AVASAD s'interroge ci-dessous sur différentes mesures possibles qui apporteraient davantage de soutien concret auprès de ses collaborateurs.

2. Mesures de renforcement du cadre réglementaire et/ou législatif

2.1 Loi Santé Publique

Nous nous interrogeons s'il ne faudrait pas en amont des activités des institutions de santé du canton renforcer le cadre législatif de la Loi Santé Publique en y introduisant un article général qui évoquerait les devoirs des patients et qui mentionnerait les devoirs conférés par la Loi sur le Travail (LTr) aux employeurs que sont les institutions de santé. On a comme exemple la LSP Genevoise qui spécifie le respect attendu du respect des intervenants des institutions de santé.⁴

2.2 Charte des CMS

La Charte des CMS devrait contenir des articles plus explicites sur les devoirs des clients en termes de respect des conditions de travail des collaborateurs. Nous pensons qu'il serait utile de spécifier différents éléments qui aujourd'hui ont été identifiés comme manquants par les directions des CMS, en lien avec le droit des collaborateurs au respect et à la sécurité dans l'exercice de leur activité. Il pourrait être indiqué en clair que :

- l'institution a comme obligation de protéger l'intégrité physique et psychique de ses collaborateurs,
- l'institution s'engage fermement contre la discrimination et le racisme
- l'institution assume le devoir de protection des travailleurs que lui assigne la loi.
- l'institution ne tolérera pas des actes de discrimination raciale ou de violence qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique des collaborateurs.
- l'agression verbale ou physique à l'endroit des collaborateurs constitue une limite de l'intervention des CMS que l'institution ne pourra pas franchir et peut conduire à une dérogation à l'obligation de prise en charge des CMS.
- toute personne auteur d'agressions verbales ou physiques à l'encontre du personnel fera l'objet de poursuites judiciaires.

3. Mesures de Prévention

Le renforcement de l'encadrement et de la formation des collaborateurs sont au cœur des mesures de prévention à concevoir.

3.1 Poser un cadre d'intervention initial

Porter une grande attention à l'explicitation auprès du client des contenus, des objectifs et des modalités des prestations du CMS est essentiel pour que tout se déroule au mieux dans la relation entre le client et le CMS ; cette étape, bien réalisée, permet de prévenir malentendus ultérieurs ou attentes inadaptées entre les parties et atténue l'éventualité de conflits entre le client (ou ses proches) et le CMS.

4 Art. 40 Devoirs des patients

1 Les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées.

2 En institution de santé, les patients ainsi que leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.

3.2 Aisance relationnelle et gestion des conflits dans notre contexte de travail

Il y aurait lieu d'étudier si des formations internes sont à généraliser pour tous les collaborateurs des CMS et particulièrement pour le personnel auxiliaire, pour améliorer leur aisance relationnelle face aux clients et à leurs proches et développer des compétences pour :

- entendre la colère du client
- désamorcer l'agressivité
- développer leur assertivité et leur posture professionnelle en l'adaptant à la situation clinique du client

3.3 Amélioration de l'encadrement des collaborateurs

Compte tenu de l'évolution des profils cliniques de la clientèle des CMS, l'AVASAD devra renforcer l'encadrement des collaborateurs intervenants auprès de clients dont les situations sont complexes et parfois critiques.

4. Propositions de renforcement de la coopération avec les autorités

4.1 Structure de médiation cantonale

Aujourd'hui seuls les clients mécontents des interventions du CMS peuvent mobiliser le bureau cantonal de médiation. Pourrait-on élargir la mission du Bureau cantonal de médiation afin qu'il puisse être sollicité par les CMS eux-mêmes pour les aider à réguler les difficultés qu'ils rencontrent avec certains clients ? Ou faudrait-il créer un autre organe de médiation pour répondre à ces difficultés de respect par les clients de l'intégrité physique et psychique des collaborateurs des CMS ?

4.2 Collaboration avec les autorités de protection de l'Adulte

Il serait utile de développer une culture commune avec les juges de paix sur les éléments constituant des indicateurs de limites du maintien à domicile pour le client dans différents contextes de comportements violents et sur les différentes propositions à mettre en œuvre.

4.3 Collaborations avec des autorités de police ou avec des entreprises de sécurité

Des dispositions communes établies soit avec les différents services de police du canton soit avec les entreprises de Sécurité appelées en renfort pour l'intervention des collaborateurs, seraient à définir pour faciliter leur mobilisation dans de nouvelles situations. En effet, il serait utile de mutualiser l'expérience acquise ces dernières années dans différents contextes de violence extrême lorsque le management des CMS a dû prendre des mesures immédiates pour garantir les soins au client et sécuriser les collaborateurs appelés à les effectuer.

5. Développement d'applications dédiées pour appeler à l'aide en cas de danger pour tous les intervenants des CMS

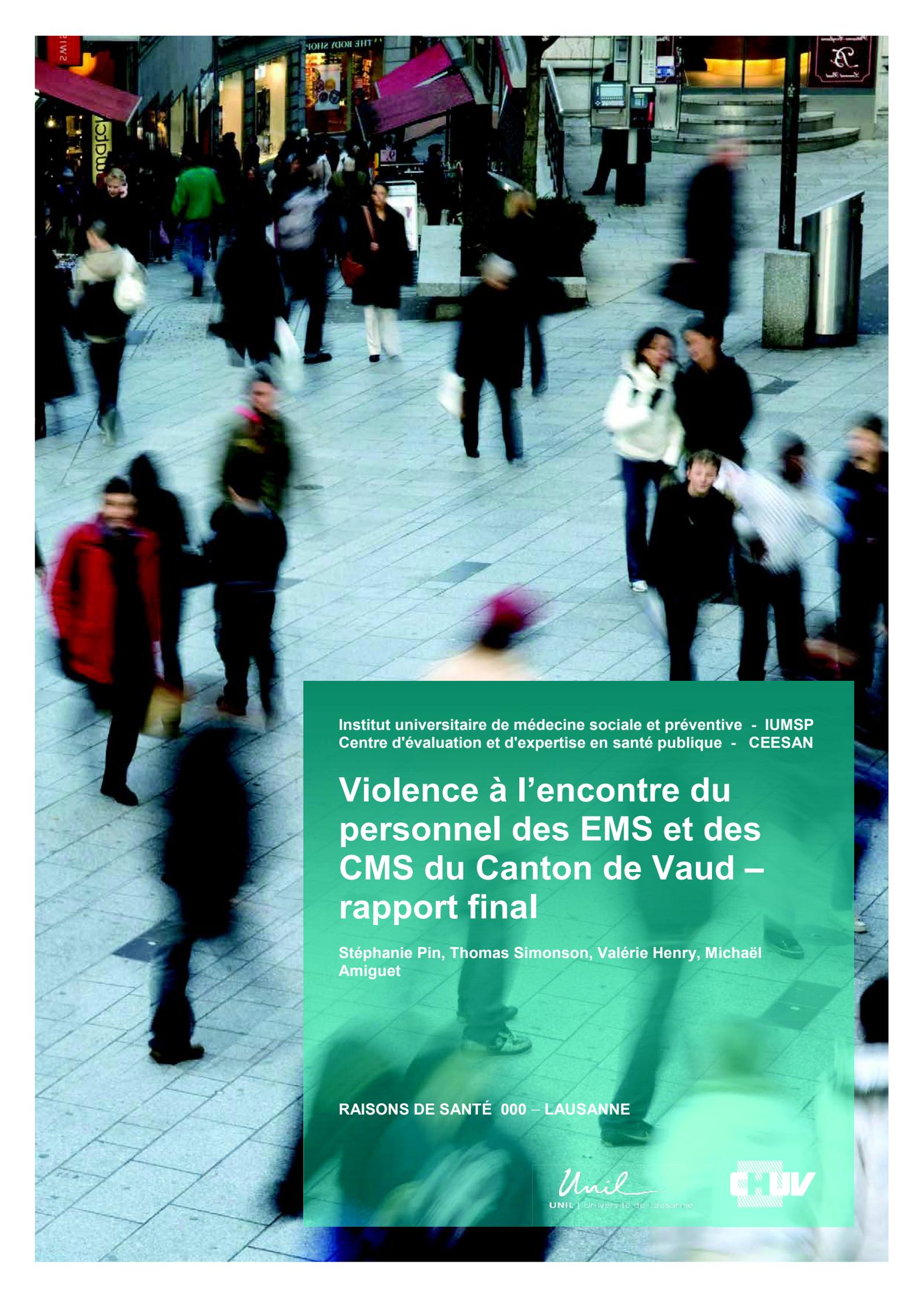
Le Dispositif DATI introduit en 2016 devra être évalué auprès des équipes de CMS.

Au cours de ce bilan, différentes questions seront à explorer, par exemple :

- ce type d'application augmente-t-il réellement le sentiment de sécurité des collaborateurs ?
- un tel dispositif est-il effectivement utile dans les cas d'extrême nécessité ?
- doit-on envisager d'autres solutions techniques valables pour tous les intervenants à domicile ? (par exemple, application dédiée à la sécurité de tous les intervenants à domicile accessible sur les smartphones des collaborateurs pour leur permettre facilement d'appeler à l'aide ?).

D/annexes

1. procédure « Violence au travail »
2. directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client »
3. directive « Suivi des situations critiques : menaces contre l'intégrité physique ou psychique de collaborateurs »
4. exemple « Suivi délégation santé mentale ».



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

Violence à l'encontre du personnel des EMS et des CMS du Canton de Vaud – rapport final

Stéphanie Pin, Thomas Simonson, Valérie Henry, Michaël
Amiguet

RAISONS DE SANTÉ 000 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 000

Étude financée par : Service de la santé publique du Canton de Vaud

Citation suggérée : Pin, S., Simonson, T., Henry, V. et Amiguet, M.. Violence à l'encontre du personnel des EMS et des CMS du Canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017 (Raisons de santé 000).

Remerciements : A Sébastien Bacher, Loïc Salomé et Katarina Vujovic, pour leur aide lors de la réalisation de l'enquête.

A M. Sénéchaud (AVDEMS), M. Mottier (FEDEREMS) et M. Dupertuis (AVASAD) pour leur soutien.

Aux directeurs des établissements médico-sociaux et aux responsables des centres médico-sociaux ayant participé à l'enquête.

A toutes celles et ceux, collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, qui ont participé à l'enquête et qui ont, par leur réponse, contribué à la réussite de cette étude.

Date d'édition : Juin 2017

Table des matières

1	L'essentiel.....	7
1.1	Le contexte	10
1.2	La méthode.....	10
1.3	Les principaux résultats	11
1.4	Discussion et conclusions	12
2	Introduction	14
2.1	Violence au travail.....	16
2.2	Situation en Suisse et dans le Canton de Vaud	18
2.2.1	Violence au travail.....	18
2.2.2	Violence en EMS / CMS	18
2.2.3	Le Postulat Vuillemin et consorts.....	19
3	Objectifs et périmètre de l'enquête	22
3.1	Objectifs	24
3.2	Périmètre	24
4	Méthodes	25
4.1	Groupe d'accompagnement	27
4.2	Population, échantillon et mode de recrutement.....	27
4.2.1	Structures et publics concernées.....	27
4.2.2	Critères d'inclusion.....	29
4.2.3	Echantillonnage et recrutement	29
4.3	Collecte de données.....	31
4.3.1	Enquête au sein des EMS.....	31
4.3.2	Enquête au sein des CMS.....	33
4.3.3	Ethique	33
4.4	Instruments de mesure.....	34
4.5	Analyses.....	34
5	Résultats	36
5.1	Profil des répondant-e-s.....	38
5.2	Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles	42
5.2.1	Formation à la gestion de la violence	42
5.2.2	Connaissance, par les professionnel-le-s, des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles au sein de leur établissement ou service	46
5.2.3	Perception, par les professionnel-le-s, des mesures de soutien disponibles en cas d'agression au sein de leur établissement ou de leur service	48
5.3	Expérience d'actes agressifs	49
5.3.1	Expérience d'actes agressifs au cours du parcours professionnel	49
5.3.2	Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois et suites.....	54
5.3.3	Expérience d'actes agressifs durant les sept derniers jours	62
5.3.4	Signalement et gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi	65
6	Discussion	68
6.1	Forces et limites de l'enquête	70

6.2	La violence, une expérience fréquente dans les lieux de prise en charge de personnes fragiles	71
6.3	La violence, un risque inhérent aux métiers de l'aide et du soin	73
6.4	La violence, une problématique diversement prise en compte par les établissements et les services	74
7	Conclusions	77
8	Références	81

Liste des tableaux

Tableau 1	Plan d'échantillonnage pour les EMS	30
Tableau 2	Plan d'échantillonnage pour les CMS	31
Tableau 3	Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des EMS.....	40
Tableau 4	Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des CMS	41
Tableau 5	Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS	43
Tableau 6	Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS, en fonction du groupe professionnel	44
Tableau 7	Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des CMS, en fonction du groupe professionnel	45
Tableau 8	Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien existant dans les établissements et services	47
Tableau 9	Etablissements médico-sociaux où plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices rapportent des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien	48
Tableau 10	Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS, des mesures de soutien disponibles dans leur structure en cas d'agression.....	49
Tableau 11	Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel	52
Tableau 12	Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel	53
Tableau 13	Fréquence et auteur des insultes subies durant les douze derniers mois	55
Tableau 14	Fréquence et auteur des agressions physiques subies durant les douze derniers mois	56
Tableau 15	Fréquence et auteur des menaces subies durant les douze derniers mois	57
Tableau 16	Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel	59
Tableau 17	Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel	60
Tableau 18	Fréquence et auteur des actes agressifs subis durant les sept derniers jours.....	64
Tableau 19	Gêne ressentie par les victimes au sein des EMS et des CMS lors de la dernière agression.....	66
Tableau 20	Signalement du dernier acte agressif survenu durant les douze derniers mois	67

Liste des figures

Figure 1	Distribution des EMS selon le taux de participation à l'enquête parmi leurs collaborateurs et collaboratrices.....	32
Figure 2	Taux de participation à l'enquête au sein des CMS, selon l'Association ou la Fondation.....	33
Figure 3	Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnels.....	50
Figure 4	Expérience d'actes agressifs durant les douze mois ayant précédé l'enquête	54
Figure 5	Mesures de soutien sollicitées par les victimes après un acte agressif subi dans les douze derniers mois	61
Figure 6	Expérience d'actes agressifs durant les sept jours ayant précédé l'enquête.....	63

1

L'essentiel

1 L'essentiel

1.1 Le contexte

Présenté au Grand Conseil du Canton de Vaud lors de la séance du 30 juin 2015, le postulat « *Philippe Vuillemin et consorts – Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS* » part du constat que, si la maltraitance des personnes âgées est désormais reconnue et appréhendée par les différents acteurs concernés, celle à l'égard des soignant-e-s et des personnels travaillant en établissements médico-sociaux (EMS) et dans les centres médico-sociaux (CMS) est plus rarement évoquée publiquement.

Certain-e-s professionnel-le-s (par exemple : policier-ère-s, enseignant-e-s, personnels des établissements de santé) présentent des risques accrus d'être confrontées à des actes de violence à leur égard. Le travail isolé et le contact avec des clients, en particulier lorsqu'ils sont sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, quand ils sont connus pour avoir eu un passé violent ou qu'ils souffrent de maladies pouvant être associées à des comportements agressifs constituent ainsi des facteurs de risque. Le risque d'être confronté à la violence ou à des comportements agressifs concerne aussi les professionnel-le-s en contact avec des personnes atteintes dans leur santé, à domicile ou en institution. Des enquêtes menées dans les établissements médico-sociaux (EMS) ou auprès des professionnel-le-s du maintien à domicile, à l'étranger et en Suisse rapportent des taux relativement élevés d'exposition à la violence chez les soignants. On ne dispose en revanche d'aucune donnée concernant cette problématique pour la Suisse Romande ou pour le Canton de Vaud.

Le postulat Vuillemin et consorts vise à combler cette lacune et à « *faire reconnaître publiquement la réalité de ces violences verbales ou physiques, d'en connaître le nombre même si elles sont rares afin de permettre un certain nombre de mesures permettant au personnel de se défendre* ». A cette fin, le Service de la santé publique (SSP) du Canton de Vaud a mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) et son Centre d'expertise et d'évaluation en santé publique (CEESAN) pour réaliser une enquête auprès des collaborateurs et collaboratrices des EMS et des centres médico-sociaux (CMS) du canton.

1.2 La méthode

Une enquête transversale descriptive a été réalisée du 27 février au 31 mars 2017 auprès des professionnel-le-s travaillant dans les EMS et les CMS du Canton de Vaud. Un échantillon de 34 EMS a été sélectionné aléatoirement, après stratification par mission (gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé), par taille d'établissement et par faîtière (AVDEMS et FEDEREMS). Un échantillon de 14 CMS a été sélectionné aléatoirement, de manière à ce que chacune des sept Associations et Fondations régionales soit représentée. Tous les collaborateurs et collaboratrices des EMS et CMS sélectionnés ont été invité-e-s à participer à l'enquête. Les modalités de collecte ont été adaptées

en fonction du contexte des structures : les EMS sélectionnés ont reçu un lot de questionnaires papier et d'enveloppe-réponse à distribuer à leurs personnels ; les collaborateurs et collaboratrices des CMS sélectionnés ont reçu un lien électronique leur permettant de répondre à l'enquête en ligne. Les taux de participation sont de 47.0% pour les EMS et 66.0% pour les CMS. Les données ont été pondérées et ajustées pour tenir compte de la structure stratifiée de l'échantillon, de la variance entre les structures et des non-réponses. Le rapport présente les analyses descriptives sous forme de fréquences pondérées et d'associations bivariées.

1.3 Les principaux résultats

Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles

Un cinquième des répondant-e-s au sein des EMS et des CMS ont suivi une formation courte (moins de 3 jours) spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives. 84.9% des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 78.6% dans les CMS estiment toutefois qu'une telle formation est nécessaire dans leur activité actuelle. 45% des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 52.9% dans les CMS s'estiment suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle.

Moins de la moitié des répondant-e-s dans les EMS rapportent l'existence de mesures de soutien spécifiques ou de procédures de gestion et de signalement des comportements agressifs au sein de leur établissement. Chez les personnels des CMS, six répondant-e-s sur dix rapportent l'existence de telles mesures.

Expérience d'actes agressifs

Une majorité de professionnel-le-s ayant participé à l'enquête, dans les EMS (72.4%) comme dans les CMS (58.6%), a déjà été victime de comportements agressifs de la part de personnes soignées ou de leurs proches au cours de leur parcours professionnel. Les insultes sont les actes agressifs le plus souvent rencontrés (65.3% dans les EMS ; 54.1% dans les CMS), avant les agressions physiques (51.7% dans les EMS ; 19.0% dans les CMS) et les menaces (28.4% dans les EMS ; 20.2% dans les CMS).

57.6% des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et 28.6% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, d'insultes (53.3% dans les EMS ; 17.0% dans les CMS), de menaces (23.9% dans les EMS ; 7.2% dans les CMS) ou d'agressions physiques (36.7% dans les EMS ; 4.3% dans les CMS) de la part de personnes soignées ou de leurs proches. Ces actes de violence, quelle que soit la forme, sont le plus souvent commis par des résident-e-s ou des client-e-s ; les proches sont principalement à l'origine d'insultes, pour environ un dixième des personnes interrogées, dans les EMS comme dans les CMS.

Enfin, 23.8% des personnes interrogées dans les EMS et 3.1% des collaborateurs et collaboratrices des CMS rapportent des actes agressifs subis durant les sept derniers jours, des insultes (22.7% dans les EMS ; 2.9% dans les CMS), des agressions physiques (11.9% dans les EMS ; 0.4% dans les CMS) ou des menaces (9.5% dans les EMS ; 0.6% dans les CMS).

Suites données aux actes agressifs subis durant les douze derniers mois

Un tiers des professionnel-le-s ayant été victimes d'au moins un acte agressif durant les douze derniers mois, dans les EMS comme dans les CMS, déclarent ne pas avoir eu besoin de soutien suite à la violence subie. Les formes de soutien les plus souvent rapportées sont, quel que soit le lieu de prise en charge, la discussion ou l'entretien sur l'incident avec un collègue de travail (61.7% dans les CMS ; 54.6% dans les EMS), puis la discussion ou l'entretien avec le supérieur direct, le service RH ou la direction (44.5% dans les CMS ; 32.7% dans les EMS).

Environ 5.0% des victimes ont dû être en arrêt de travail suite à la violence subie durant les douze derniers mois.

Environ un tiers des victimes évaluent la dernière agression physique subie (37.3% dans les EMS ; 28.2% dans les CMS) ou la dernière menace subie (29.3% dans les EMS ; 28.0% dans les CMS) comme très ou extrêmement gênante ; 24.0% des victimes travaillant dans les CMS et 20.4% des victimes au sein des EMS évaluent leur dernière insulte subie comme très ou extrêmement gênante.

La grande majorité des victimes ont signalé le dernier acte agressif subi, quelle que soit la forme de l'agression.

1.4 Discussion et conclusions

Pour la première fois dans le Canton de Vaud et, à notre connaissance, en Suisse, une enquête de grande envergure offre un bilan des situations de violence à l'encontre des personnels des EMS et des CMS. Ceux-ci sont fréquemment exposés à la violence durant leur parcours professionnel et dans le cadre de leur emploi actuel. Cette fréquence d'exposition à des actes agressifs est toutefois concordante avec les données existantes au niveau international et en Suisse Allemande, même si elles ne peuvent être comparées qu'avec prudence, en raison notamment de différences méthodologiques entre les études.

Les situations de violence sont plus fréquentes en EMS que dans les CMS, sans doute en raison du profil spécifique des résident-e-s qui y sont accueilli-e-s, mais aussi en lien avec un temps passé plus long en contact avec les résident-e-s. Au sein des structures, si potentiellement toutes les catégories de professionnel-le-s sont concernées par la violence, ce sont en effet les personnels en contact direct avec les résident-e-s ou les client-e-s qui sont les premières victimes : les infirmier-ère-s, les aide-soignant-es ou auxiliaires de santé, les professionnel-le-s du travail social ou de l'animation socio-culturelle. Une large partie de ces répondant-e-s s'estiment par ailleurs insuffisamment formé-e-s pour faire face à des comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle.

L'enquête pointe le rôle essentiel joué par les directions et l'encadrement dans la gestion des situations de violence et l'accompagnement des victimes. Une majorité de professionnel-le-s estiment que les victimes peuvent recevoir un soutien et reconnaissent que des mesures existent pour signaler, gérer les situations d'agressions ou accompagner les personnes les ayant subies. La situation est toutefois plus homogène dans les CMS que dans les EMS où une démarche de sensibilisation à la thématique et de formalisation de sa gestion mériterait d'être entreprise.

2

Introduction

2 Introduction

La problématique de la maltraitance à l'encontre des professionnels a été principalement abordée, dans la littérature et les politiques publiques internationales, sous l'angle de la violence au travail ^{1, 2}. Certaines professions (par exemple : policiers, enseignants, personnels des établissements de santé) présentent en effet des risques accrus d'être confrontées à des actes de violence à leur égard et ont été plus spécifiquement ciblées.

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ³, les environnements à risque sont en majeure partie concentrés dans le secteur des services et, en particulier, dans le secteur de la santé. Le travail isolé et le contact avec des clients, en particulier lorsqu'ils sont sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, quand ils sont connus pour avoir eu un passé violent ou qu'ils souffrent de maladies pouvant être associées à des comportements agressifs sont des facteurs de risque. Le risque d'être confronté à la violence ou à des comportements agressifs concerne également les professionnel-le-s en contact avec des personnes âgées, à domicile ou en institution. **Des enquêtes menées dans les établissements médico-sociaux à l'étranger et en Suisse allemande ⁴⁻⁶ rapportent ainsi des taux relativement élevés d'exposition à la violence chez les soignants.**

On ne dispose en revanche d'aucune donnée concernant cette problématique pour la Suisse Romande ou le Canton de Vaud. Un postulat déposé au Grand Conseil du Canton de Vaud en juin 2015 par Vuillemin et consorts demande explicitement qu'un bilan soit fait de la maltraitance subie par les personnels des établissements médico-sociaux et des centres médico-sociaux et des mesures existantes en termes de prévention, formation et accompagnement. **Ce rapport présente les résultats d'une enquête menée du 27 février au 31 mars 2017 afin d'établir un état des lieux de la violence subie par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et CMS.**

2.1 Violence au travail

Un des enjeux centraux concernant la violence au travail concerne **la terminologie et la définition du champ** à considérer. La violence au travail ne fait en effet pas l'objet d'une définition consensuelle et les différents travaux scientifiques portant sur cette question utilisent une terminologie extrêmement variée : violences, agressions sur le lieu de travail, mauvais traitements, comportements antisociaux etc. pour les articles ou travaux francophones, « *workplace violence* », « *abuse* », « *work-related physical assault* », « *work-related assault injury* » etc. dans la littérature anglophone ⁷. Le terme « *maltraitance* » semble plus rarement utilisé pour les situations où la victime n'est pas le client, le patient ou le résident mais le ou la professionnel-le.

L'Organisation internationale du travail (OIT) définit la violence au travail comme étant « *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 de son travail* » ⁸ :

selon l'OIT, les agressions physiques, la violence verbale, une gestuelle agressive ainsi que les différentes formes de harcèlement (moral, racial ou sexuel) doivent faire l'objet d'une évaluation des risques dans le contexte du dépistage de la violence au travail.

La violence au travail a été abordée dans plusieurs enquêtes au niveau international de trois manières principales^{9, 10}. Ces approches utilisent des définitions et opérationnalisations différentes de la violence au travail.

Tout d'abord, dans les enquêtes portant sur la violence en général (par exemple : l'enquête Événements de vie et santé) ou auprès de populations spécifiques (par exemple : les violences faites aux femmes dans l'Enquête Enveff), différentes sphères peuvent être explorées, notamment celle du travail. Ainsi, l'enquête Enveff¹¹ définit les violences comme des atteintes à l'intégrité de la personne et en évalue les aspects physique, sexuel, verbal et psychologique. Le travail constitue une des sphères explorées. L'enquête Enveff comporte douze questions sur les violences survenues au cours des douze derniers mois réparties en cinq catégories : « pressions et atteintes psychologiques », « insultes et menaces verbales », « destruction de l'outil de travail », « agressions physiques », « harcèlements et agressions sexuels ». Ce type d'approche permet d'analyser transversalement la question de la violence, mais permet plus difficilement d'étudier les aspects organisationnels de la violence au travail.

Ensuite, certaines enquêtes explorent spécifiquement les conditions de travail et peuvent inclure des questions portant sur la violence subie ou ressentie. Dans cette approche, la violence est appréhendée comme un risque professionnel, le plus souvent classé sous les risques psychosociaux. L'enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), interrogeant par téléphone près de 5000 travailleurs et travailleuses de 15 ans et plus, explore trois formes de violence reconnues comme risques importants pour la santé et la sécurité au niveau international et faisant l'objet de législations spécifiques au Québec : le harcèlement psychologique (harcèlement moral, bullying, mobbing), le harcèlement sexuel et la violence physique¹².

Enfin, des procédures formelles de signalement des violences faites à l'encontre des personnels peuvent être établies dans certains secteurs ou dans certaines entreprises. C'est le cas notamment en France où, depuis 2005, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recueille, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence commis au sein d'établissements de santé, établit ainsi un monitoring de ces situations et élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques pour les prévenir et les accompagner. Une fiche de signalement a été établie qui intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal français. Cette fiche distingue ainsi les atteintes aux biens et les atteintes aux personnes, et les décline en niveaux de gravité.

2.2 Situation en Suisse et dans le Canton de Vaud

2.2.1 Violence au travail

La législation sur le travail suisse, au travers de la loi sur le travail (LTr) et de son ordonnance 3 (OLT 3) impose **aux employeurs de prévoir des mesures pour la protection de l'intégrité personnelle des travailleurs**. La LTr, article 6, alinéa 1, indique notamment que, « *pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit en outre prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs.* »

Reprenant la définition proposée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2002), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) définit la «*violence de l'extérieur*» ou «*violence externe*» comme la «*violence physique ainsi que les vexations verbales et les menaces, proférées ou exercées par des personnes externes (par exemple des clients) à l'encontre de travailleurs et mettant en danger leur santé, leur sécurité ou leur bien-être. La violence peut également prendre un aspect raciste ou sexuel*». Différentes formes de violence externe sont listées : impolitesse (manque de respect vis-à-vis des autres) ; violence physique ou verbale (intention de blesser quelqu'un) ; agressions, agissements hostiles contre autrui (intention de faire du tort à autrui).

A notre connaissance, **on ne dispose toutefois pas de données nationales sur la prévalence de la violence au travail** en général, pas plus que spécifiquement dans les établissements de soins.

2.2.2 Violence en EMS / CMS

A notre connaissance et selon les résultats de deux revues de littérature sur ce sujet^{5,6}, **une seule enquête sur la violence à l'encontre des personnels a été menée en Suisse dans les établissements médico-sociaux** et a donné lieu à une publication. Il s'agit d'une enquête transversale, réalisée en 2010 et 2011 auprès de 814 soignant-e-s travaillant dans 21 EMS de Suisse alémanique afin d'examiner leurs expériences et leurs stratégies de gestion des comportements agressifs des résidents et leurs conséquences sur leur santé et sur la relation avec le ou la résident-e⁴. Cette enquête met l'accent sur le comportement agressif qui inclut, selon la définition proposée par les auteurs, les insultes verbales, les menaces et intimidations avec ou sans arme, et les attaques physiques avec ou sans armes. 38.0% des professionnel-le-s ayant répondu ont rapporté avoir vécu des incidents agressifs de la part des résidents dans les sept jours précédant la collecte de données. Dans la plupart des cas, ces comportements étaient le fait de résident-e-s souffrant de démence et/ou de dépression et étaient survenues durant des interventions impliquant un contact physique.

En revanche, à l'exception d'un travail de mémoire portant sur un petit échantillon d'EMS du Canton de Vaud¹³, **nous n'avons pas identifié de publications ou de données publiques concernant la violence subie par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS de Suisse Romande ou du Canton de Vaud**. Toutefois, selon les représentants de l'Association

vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), cette problématique concerne également les structures du canton.

Dans les EMS, les situations de maltraitance subies par le personnel peuvent ainsi être le fait tant des résidents que des familles ou de l'entourage des personnes âgées. Cette violence peut être verbale, notamment sous la forme d'insultes ou de paroles racistes à l'encontre des collaborateurs et collaboratrices d'origine étrangère, mais aussi physique et psychologique. Les actes de violence physique peuvent être liés aux caractéristiques des résident-e-s qui relèvent de la psychiatrie de l'âge avancé. L'outil PLAISIR^a permet d'évaluer les comportements agressifs des résidents en EMS, qui concernaient, en 2016, environ un tiers des résident-e-s en EMS dans le Canton de Vaud. Ces situations de violence sont gérées au sein de chaque EMS, selon les outils et les moyens à disposition : formation proposée à l'ensemble du personnel, échanges au sein des équipes, supervision avec l'appui d'un psychiatre de liaison, intervention d'une équipe mobile en psychiatrie pour les situations de crise ou de façon préventive, intervention de la direction, dépôt de plaintes.

Dans les CMS, la problématique de la maltraitance à l'égard du personnel a été abordée sous l'angle de l'identification et de la gestion des situations critiques et des plaintes qui peuvent venir tant des clients, des familles que des professionnel-le-s. La direction de l'AVASAD a en particulier pris en compte une des spécificités du travail à domicile, qui se déroule dans l'espace privé et personnel des client-e-s. « *En majorité féminin, le personnel des CMS intervient le plus souvent seul, sans possibilité d'appeler à l'aide un collègue en cas de difficulté imprévue à surmonter* »¹⁴. Pour veiller à la sécurité et à la santé de ses collaborateurs et collaboratrices, l'AVASAD a ainsi développé un concept de prévention et de suivi des situations dites « critiques », ainsi que pour améliorer l'accompagnement des victimes et le suivi des auteurs¹⁴.

2.2.3 Le Postulat Vuillemin et consorts

Présenté au Grand Conseil du Canton de Vaud lors de la séance du 30 juin 2015, le postulat « *Philippe Vuillemin et consorts – Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS* » part du constat que, si la maltraitance des personnes âgées est désormais reconnue et appréhendée par les différents acteurs concernés, celle à l'égard des soignant-e-s et des personnels travaillant en établissements médico-sociaux (EMS) est plus rarement évoquée publiquement. Ce postulat fait suite à des débats antérieurs du Grand Conseil sur la maltraitance, au moment des débats sur la loi de 2006 sur les EMS et en lien avec plusieurs situations de harcèlements, menaces ou d'agressions à l'égard du personnel soignant rapportées par les médias.

Ce postulat vise à « ***faire reconnaître publiquement la réalité de ces violences verbales ou physiques, d'en connaître le nombre même si elles sont rares afin de permettre un certain nombre de mesures permettant au personnel de se défendre*** » (Rapport de la commission, 2016). M. Vuillemin et les cosignataires du postulat demandent ainsi au Conseil d'Etat :

^a La PLANification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR) est un système d'information clinico-administratif, développé au Canada, qui fournit un profil bio-psycho-social du résident, incluant les maladies et les incapacités fonctionnelles. Depuis les années 1990, il est utilisé dans les EMS du Canton de Vaud pour évaluer la situation des résidents ainsi que pour servir de support à l'allocation des ressources et à la dotation en personnel.

- **« Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS) » ;**
- **« Les mesures règlementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance. »**

Le rapport de la commission chargée d'examiner ce postulat, daté du 26 janvier 2016, fait état d'une première série de mesures déjà mises en œuvre dans les EMS et les CMS pour protéger le personnel ou prévenir les situations de maltraitance. Il relève également l'intérêt à ce que le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) organise une enquête sur le sujet auprès du personnel des EMS et des CMS, en impliquant les institutions faîtières. C'est à cette fin que, en octobre 2016, le Service de la santé publique (SSP) du Canton de Vaud a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), et son Centre d'expertise et d'évaluation en santé publique (CEESAN).

3

Objectifs et périmètre de l'enquête

3 Objectifs et périmètre de l'enquête

3.1 Objectifs

L'enquête poursuivait les objectifs suivants :

- **Estimer la prévalence de professionnel-le-s** travaillant dans les EMS et dans les CMS du Canton de Vaud **ayant été victimes, durant les douze derniers mois, de violence externe**, dans le cadre de leur activité professionnelle.
- **Distinguer les différentes formes de violence** exercées à l'égard des professionnel-le-s (verbale, physique, psychologique, sexuelle, etc.) et de déterminer leurs prévalences respectives.
- **Comparer les prévalences des violences subies en fonction de différents contextes**, et en particulier comparer la situation dans les EMS et dans les CMS.
- **Evaluer si les mesures de formation, d'accompagnement et de prévention disponibles au niveau des établissements et des services sont connues et utilisées** par les professionnel-le-s.

3.2 Périmètre

S'appuyant sur les travaux menés au niveau international et en Suisse alémanique, l'enquête reprend et adapte le questionnaire développé par Zeller et collègues (2012). Dans ce cadre, « *on est en présence d'un comportement agressif lorsqu'une personne se sent menacée, attaquée ou blessée (verbalement ou physiquement)* »⁴. Sont distinguées :

- Les insultes verbales, par exemple : insultes, propos vexatoires, attaques personnelles, grossièretés ou propos obscènes ;
- Les menaces : formulation de l'intention de blesser, comportement perturbateur ou harcèlement, intimidation physique, menace avec une arme ;
- Les agressions physiques : donner des coups, pincer, secouer, cracher, piétiner, utiliser une arme.

L'enquête concerne **tous les professionnel-le-s, soignant-e-s ou non, travaillant dans un EMS autorisé ou un CMS du Canton de Vaud**. Les EMS de psychiatrie adulte, les hôpitaux ou cliniques disposant de lits C ou D, les organisations privées de soins à domicile (OSAD) et les CMS où les personnels ne sont pas en contact direct avec des client-e-s ou leurs proches sont exclus de l'enquête.

4

Méthodes

4 Méthodes

Une **enquête transversale descriptive** a été réalisée du **27 février au 31 mars 2017** auprès des professionnel-le-s travaillant dans un échantillon représentatif d'EMS et de CMS du Canton de Vaud.

4.1 Groupe d'accompagnement

Une étroite collaboration et une implication des institutions faitières des établissements médico-sociaux et des centres médico-sociaux du Canton de Vaud ont été nécessaires tant pour le bon déroulement de cette enquête que pour l'analyse et l'interprétation des résultats. Conformément aux standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL), un groupe d'accompagnement, composé de représentants du SSP (M. Raoul Christe, M. Mathieu Reymond, M. Hugues Balthasar), mandant de l'enquête, de l'IUMSP (Mme Stéphanie Pin, M. Thomas Simonson, Mme Valérie Henry), mandataire, et de représentants de l'AVASAD (M. Marc Dupertuis), de la FEDEREMS (M. Olivier Mottier) et de l'AVDEMS (M. Sénéchaud).

Ce groupe d'accompagnement avait pour missions de :

- Amender et valider le questionnaire élaboré par l'IUMSP ;
- Faciliter la mise en œuvre et le déroulement de l'enquête par la mobilisation active des acteurs concernés ;
- Contribuer à l'interprétation et à la diffusion des résultats de l'enquête.

Il s'est réuni à trois reprises entre le mois d'octobre 2016 et d'avril 2017.

4.2 Population, échantillon et mode de recrutement

4.2.1 Structures et publics concernées

Les EMS ont pour mission l'hébergement de personnes atteintes d'affection chronique nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte de leur autonomie. Les EMS répondent à des missions spécifiques qui sont, telles que décrites sur le site de l'Etat de Vaud :

- La gériatrie pour des personnes âgées ayant principalement des troubles d'ordre physiques mais également quelques difficultés psychiques dites compatibles ;

- La psychiatrie de l'âge avancé pour des personnes âgées souffrant de troubles psychiques dus à une maladie neurodégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) ;
- La psychiatrie pour des personnes plus jeunes atteintes de pathologies psychiatriques de troubles psychiques dus à une maladie psychiatrique. Les EMS assurant cette mission sont exclus du périmètre de cette enquête.

Selon les données de décembre 2013, disponibles sur le site Internet de l'Etat de Vaud, le canton comptait 159 établissements d'hébergement disposant d'une autorisation d'exploiter délivrée par le SSP, ce qui représentait 6'594 lits C et D. Les EMS sont regroupés au sein de plusieurs associations faitières, dont les deux principales sont l'AVDEMS et la FEDEREMS. L'AVDEMS compte 69 membres actifs ; la FEDEREMS fédère quant à elle une cinquantaine d'établissements.

En 2014, l'ensemble des EMS du Canton de Vaud employait plus de 12'272 personnes, dont 9'650 femmes, avec un nombre moyen de collaborateurs et collaboratrices par EMS estimé à 77.

Concernant l'aide et les soins à domicile, le Canton de Vaud compte 54 centres médico-sociaux gérés par sept Associations et Fondations régionales de l'AVASAD et une quarantaine d'organisations privées de soins à domicile (OSAD) autorisées à pratiquer. Les Associations régionales et Fondations régionales de l'AVASAD sont :

- l'Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (ABSMAD) composés de trois CMS ;
- l'Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'ouest lausannois (APREMADOL), composés de quatre CMS ;
- l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la couronne lausannoise (APROMAD), composée de neuf CMS ;
- L'Association pour l'aide, les soins à domicile et la prévention de l'est vaudois (ASANTE SANA), composé de neuf CMS ;
- L'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du nord vaudois (ASPMAD), composé de neuf CMS et de plusieurs services ;
- La Fondation de La Côte (FLC) gérant neuf CMS, un centre de moyens auxiliaires, un bureau de coordination des transports pour les personnes à mobilité réduite et un Espace Prévention ;
- La Fondation Soins Lausanne (FSL), composée de dix CMS, d'un bureau de transport pour les personnes à mobilité réduite, d'un « salon-lavoir » et d'un Espace Prévention.

Selon les données de l'AVASAD, 4'380 personnes étaient employées par les associations d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud en 2015, ce qui représentait 2'633 ETP, avec un nombre moyen de collaborateurs et collaboratrices par CMS estimé à 81.

4.2.2 Critères d'inclusion

L'enquête concerne tous les collaborateurs et collaboratrices d'un EMS ou CMS du Canton de Vaud. Par contre, les collaborateurs et collaboratrices des OSAD, des EMS de psychiatrie adulte, des hôpitaux ou cliniques disposant de lits C, des homes non médicalisés et des CMS, bureaux ou services des Associations ou Fondations régionales sans lien direct avec les client-e-s ou leurs proches, ne font pas partie des publics cible de l'enquête.

Aucun critère d'exclusion (profession, ancienneté, taux d'activité, type de contrat, etc.) n'a été fixé pour les collaborateurs et collaboratrices qui devaient toutefois être capables de lire et de répondre à un questionnaire écrit en français.

4.2.3 Echantillonnage et recrutement

L'échantillon a été constitué au moyen d'un **échantillonnage en grappes stratifié**. Les CMS et les EMS ont été considérés comme deux populations distinctes. Au sein de ces deux populations, un échantillon d'établissements médico-sociaux et un échantillon de centres médico-sociaux ont été sélectionnés aléatoirement par strates de manière à obtenir un échantillon représentatif d'EMS en termes de taille d'établissement (définie en fonction du nombre de lits C), de mission et de faîtière, et un échantillon de CMS représentant les sept Associations et Fondations régionales, compte tenu de leur taille respective (défini en fonction du nombre de CMS et du nombre de collaborateurs et collaboratrices).

Au sein des structures sélectionnées, l'enquête a ensuite été proposée de façon systématique à l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices.

Pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire pour atteindre le niveau de précision souhaité, nous nous sommes appuyés sur l'étude de Zeller et collaborateurs (2012), menée dans des EMS en Suisse allemande : dans cette étude, 76.5% des soignant-e-s interrogé-e-s ont été verbalement agressé-e-s par des résidents dans les douze derniers mois, 27.6% ont été menacé-e-s et 54.0% ont été victimes d'une agression physique. Ainsi, avec un niveau de confiance fixé à 95.0% et une marge d'erreur fixée à 5.0%, et pour une prévalence attendue de professionnel-le-s travaillant en EMS ou en CMS ayant subi une violence physique dans les douze derniers mois de 50.0%, nous obtenons un échantillon total d'au moins 768 professionnel-le-s à interroger (384 professionnel-le-s travaillant dans les EMS et 384 professionnel-le-s travaillant en CMS).

Le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire a également pris en compte les taux de participation attendus des établissements à l'enquête et les taux de réponse des collaborateurs et collaboratrices attendus à l'enquête. Ceux-ci dépendent partiellement de l'intérêt que les établissements et les participant-e-s ont pour la thématique de l'enquête, mais ils sont surtout dépendants des conditions de passation de l'enquête (délais pour répondre, relances effectuées, communication autour de l'enquête, implication de la hiérarchie, incitatifs etc.). Selon notre expérience^{15, 16} et les données de l'étude menée en Suisse allemande⁴, les taux de réponse pour les collaborateurs et collaboratrices en EMS pouvaient varier entre 33% et 69%.

En nous basant sur un taux de réponse attendu de 40.0% au sein des EMS et des CMS, il était donc nécessaire de présenter l'enquête à 1920 professionnel-le-s des EMS et des CMS. Considérant le nombre moyen d'ETP au sein des EMS et des CMS, et un taux de participation des EMS de 60.0% et de 100.0% pour les CMS, un échantillon d'une trentaine d'EMS et d'une quinzaine de CMS, sélectionnés aléatoirement, était ainsi nécessaire.

Le plan d'échantillonnage pour les EMS et pour les CMS est présenté respectivement dans les Tableau 1 et Tableau 2.

Tableau 1 Plan d'échantillonnage pour les EMS

Mission	Taille de l'EMS	Faitière	Population		Echantillon	
			N	%	N	%
Psychiatrie de l'âge avancé	Grands EMS	AVDEMS	23	19.8	6	17.7
		FEDEREMS	5	4.3	2	5.9
	Petits EMS	AVDEMS	14	12.0	4	11.7
		FEDEREMS	3	2.6	2	5.9
Gériatrie	Grands EMS	AVDEMS	29	24.9	8	23.6
		FEDEREMS	2	1.7	1	2.9
	Petits EMS	AVDEMS	26	22.3	7	20.6
		FEDEREMS	14	12.0	4	11.7
TOUS			117	100.0	34	100.0

Note : La taille de l'EMS est définie en fonction de la médiane du nombre total de lits C, calculée par mission. Le nombre médian de lits C pour les EMS de psychiatrie de l'âge avancé est de 50 ; il est de 40 pour les EMS de gériatrie. Les grands EMS désignent ainsi des établissements où le nombre de lits supérieur ou égal au nombre médian de lits des établissements poursuivant la même mission, les petits EMS des établissements où le nombre de lits est inférieur au nombre médian de lits.

Tableau 2 Plan d'échantillonnage pour les CMS

Taille de l'Association ou de la Fondation	Association ou Fondation	Population		Echantillon	
		N	%	N	%
Grandes Associations ou Fondations		60	85.7	12	85.7
	APROMAD - Couronne lausannoise	12	17.1	4	28.6
	ASANTE SANA – Est vaudois	11	15.7	2	14.3
	ASPMAD – Nord vaudois	14	20.0	2	14.3
	Fondation de la Côte (FLC)	12	17.1	2	14.3
	Fondation Soins Lausanne (FSL)	11	15.7	2	14.3
Petites Associations		10	14.3	2	14.3
	ABSMAD – Broye Vully	4	5.7	1	7.1
	APREMADOL – Ouest lausannois	6	8.6	1	7.1
TOUS		70	100.0	14	100.0

Note. La taille de l'Association est définie en fonction du nombre de CMS (supérieur ou inférieur à 10) et du nombre total de collaborateurs et collaboratrices (supérieur ou inférieur à 100).

4.3 Collecte de données

4.3.1 Enquête au sein des EMS

Lors de l'enquête menée en 2010/2011 par Zeller et collaborateurs sur la violence dans les EMS en Suisse allemande⁴ tout comme lors des précédentes enquêtes menées par l'IUMSP auprès des EMS^{15, 16}, des questionnaires papier, assortis d'une enveloppe-réponse, ont été distribués dans les établissements concernés. L'accès à un poste informatique durant les heures de travail est en effet extrêmement limité pour les professionnel-le-s des EMS du Canton de Vaud. Les EMS ne disposent en outre pas des coordonnées de messagerie personnelle de leurs employé-e-s et peuvent difficilement mettre à disposition des postes informatiques pour la réalisation de l'enquête.

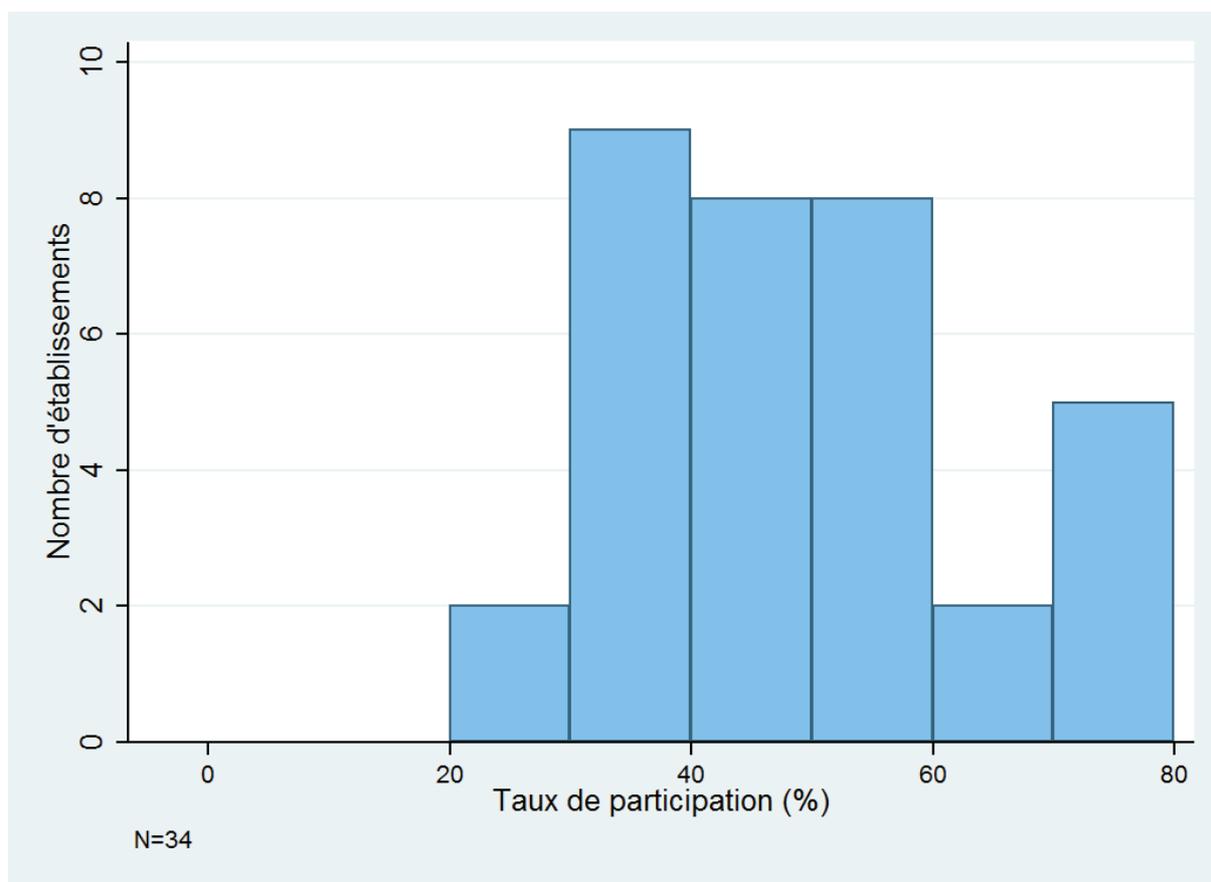
Pour les EMS, et afin de faciliter la participation à l'enquête de l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices, **l'enquête a donc été réalisée au moyen de questionnaires papiers**. Ceux-ci, assortis d'une enveloppe-réponse préaffranchie, mis sous plis et préaffranchis, ont été adressés par lots aux directions des EMS qui se sont chargés ensuite de les diffuser à leurs collaborateurs et collaboratrices.

Une lettre-annonce signée par Mme Stéphanie Monod, responsable du SSP, a été adressée à tous les directeurs et directrices des EMS sélectionnés afin de leur présenter les objectifs de l'enquête et les inviter à participer de façon active à sa diffusion au sein de leurs établissements. L'équipe de recherche au sein de l'IUMSP a également envoyé un message électronique à chaque directeur et directrice d'EMS avant l'envoi des colis afin d'explicitier la méthode adoptée ; une présentation

PowerPoint de l'enquête était jointe au message, qui pouvait servir de support de présentation au sein de l'établissement. Quelques jours après l'envoi des colis, l'équipe de recherche a par ailleurs contacté par téléphone chaque établissement afin de s'assurer de la bonne réception du matériel de l'enquête, de répondre aux éventuelles questions que pouvait se poser la direction des établissements ou leur personnel et d'encourager à la diffusion rapide des questionnaires.

Sur les 35 EMS sélectionnés, un EMS a été retiré de l'enquête car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Les 34 EMS effectivement retenus ont tous participé à l'enquête. Au sein de ces établissements, les professionnel-le-s ont diversement répondu, les taux de participation variant de 25% à 78% (Figure 1). **Au total 1'040 questionnaires (sur les 2'200 adressés) ont pu être exploités. En moyenne, 47% des professionnel-le-s des EMS sélectionnés ont ainsi répondu à l'enquête.**

Figure 1 Distribution des EMS selon le taux de participation à l'enquête parmi leurs collaborateurs et collaboratrices



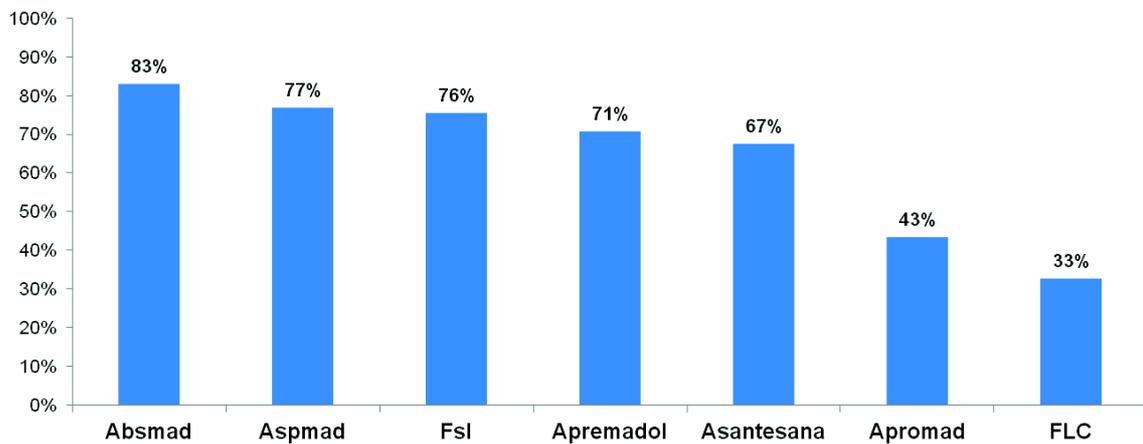
4.3.2 Enquête au sein des CMS

Selon les informations fournies par l'AVASAD, les professionnels des CMS disposent tous d'outils de télécommunication (tablettes numériques et/ou smartphone). Les enquêtes menées auprès de leur personnel par l'AVASAD s'appuient d'ailleurs sur ces technologies.

Pour les CMS, **l'enquête a donc été développée en ligne** en utilisant l'interface LimeSurvey. Le questionnaire a été développé de manière à être compatible sur différents supports numériques. Il était hébergé sur un serveur sécurisé. Un lien vers le questionnaire a été créé pour chacune des sept Associations et Fondation régionales ; les liens (permettant des réponses multiples) ont été transmis à un représentant de l'AVASAD qui s'est chargé de leur transmission et de la relance auprès des sept Associations et Fondations régionales.

594 collaborateurs et collaboratrices sur 903 se sont connecté-e-s au site de l'enquête et ont ouvert le questionnaire. En prenant comme référence le nombre de collaborateurs ou collaboratrices ayant rempli tout ou partiellement le questionnaire, le taux de participation global est de 66%, variant de 33% à 83% selon les Associations et Fondations régionales (Figure 2).

Figure 2 Taux de participation à l'enquête au sein des CMS, selon l'Association ou la Fondation



4.3.3 Ethique

Il s'agit d'une étude observationnelle ne comportant pas de risque pour les participants et pouvant favoriser des mesures de prévention dont bénéficieront les participants et la population dont ils sont issus.

Les participant-e-s à l'enquête ont été informés par écrit, dans l'introduction du questionnaire, du contexte et des objectifs de l'enquête, des personnes concernées et de l'utilisation des résultats et, par l'envoi de leur questionnaire, ont donné leur consentement à participer à l'enquête.

La participation à l'enquête était entièrement anonyme. En effet, l'équipe de l'enquête ne disposait ni des listes de collaborateurs ni de leurs adresses e-mail, la diffusion reposant sur la redistribution des lots de questionnaires (pour les EMS). Pour les CMS, un lien unique était attribué à chaque employeur autorisant des réponses multiples (7 liens). Ces liens étaient ensuite mis à disposition des employé-e-s sans qu'il soit possible pour les enquêteurs d'identifier le répondant ou le CMS de rattachement.

Les données sont stockées sur le serveur du CHUV et protégées par un mot de passe afin d'en protéger la confidentialité.

En raison de l'anonymat complet qui prévalait lors de la récolte des données, cette étude n'entre pas dans le champ d'application de la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH, art. 2 alinéa 2c) et ne nécessitait pas d'être approuvée par un comité d'éthique.

4.4 Instruments de mesure

Le questionnaire a été élaboré à partir des instruments développés par Zeller et collègues (2012). Le questionnaire a été traduit et adapté par l'IUMSP afin de couvrir également les situations de violence en CMS et les objectifs spécifiques poursuivis par cette enquête.

Le questionnaire comporte des questions visant à caractériser le ou la professionnel-le interrogé-e (catégorie professionnelle, niveau hiérarchique, nombre d'années de pratique) et son lieu d'exercice (par exemple : missions de l'EMS), une identification des formes de violence subie durant une période déterminée (12 derniers mois ou 7 derniers jours) et des suites données à ces situations (possibilité d'en parler à un-e supérieur-e, actions concrètes entreprises).

Le questionnaire a été soumis au groupe d'accompagnement pour ajustements et validation. Le questionnaire a ensuite été imprimé pour l'enquête au sein des EMS et configuré en version électronique sur une plateforme offrant un « *responsive design* » (capacité d'adapter la mise en page automatiquement en fonction du terminal utilisé pour visualiser le questionnaire).

4.5 Analyses

Afin d'obtenir des prévalences plus fidèles à la structure de la population des collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, différentes strates d'EMS et de CMS ont été considérées. Dans chaque classe, des prévalences redressées pour la non-réponse ont été calculées, en pondérant la prévalence de chaque établissement par son nombre total d'employé-e-s. Ensuite, pour obtenir la prévalence globale, les prévalences redressées de chaque classe ont été pondérées par le nombre d'employé-e-s dans la classe correspondante, au niveau du canton.

Pour les EMS, huit classes ont été formées à partir des combinaisons des variables suivantes :

- Taille de l'établissement : calculée à partir du nombre de lits, supérieure ou inférieure à la taille médiane des établissements du canton ;
- Fautière : AVDEMS ou FEDEREMS ;
- Mission : gériatrie ou psychiatrie de l'âge avancé.

Pour les CMS, sept strates ont été considérées, correspondant aux sept Associations et Fondations régionales.

Etant donné le caractère particulier de l'échantillonnage, et afin de tenir compte au maximum des informations disponibles, une méthode de *bootstrap* a été utilisée pour calculer des intervalles de confiance sur ces prévalences. Cette méthode a été appliquée aux prévalences non croisées pour les données EMS. Les résultats de cette méthode ont ensuite été comparés à ceux que l'on obtient avec une méthode plus simple. Etant donné la grande similarité des résultats, il a été décidé d'utiliser la méthode « simple », plus aisée à mettre en œuvre, pour les autres résultats, pour les EMS et pour les CMS.

La méthode « simple » consiste en une analyse en régression logistique, avec ajustement pour la variable « établissement ». Cet ajustement permet de rétablir l'indépendance conditionnelle entre les observations. Les prévalences indiquées et les intervalles de confiance correspondants sont calculés à partir des coefficients de régression et de leurs variances et covariances.

Dans certains cas, généralement lorsque le nombre de répondants était trop faible, le modèle de régression logistique n'était pas calculable et les prévalences non redressées, sans indication d'intervalle de confiance, sont alors rapportées. C'est en particulier le cas quand les variables d'intérêt ont été croisées avec les groupes professionnels.

Les différentes analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Stata IC14® et R version 3.0.2 R Core Team (2013).

5

Résultats

5 Résultats

5.1 Profil des répondant-e-s

Au sein des EMS participant à l'enquête (Tableau 3), six répondant-e-s sur dix (61.2%) sont des soignant-e-s, des aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins communautaires le plus souvent ou des infirmier-ère-s. Les travailleurs/-euses sociaux et animateurs/-trices socio-culturels représentent 9.4% de l'échantillon interrogé ; un dixième des répondants sont des employé-e-s de service de maison, un dixième de l'échantillon est composé de personnel administratif, technique ou de transport. Environ un cinquième des répondant-e-s exercent une fonction de cadre au sein de leur établissement.

L'échantillon est majoritairement composé de femmes. Près de la moitié des répondant-e-s ont plus de 45 ans, un tiers environ est âgé de 30 à 45 ans. 53.0% travaillent à leur poste actuel depuis au moins cinq ans, dont un tiers depuis plus de dix ans ; les collaborateurs et collaboratrices des EMS à mission gériatriques sont plus nombreux que dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé à occuper leur poste de travail depuis plus de dix ans (35.1% vs 23.1%). La majorité des collaborateurs et collaboratrices des EMS ayant participé à l'enquête travaillent à un taux d'activité équivalent à 80% ou plus (69.7% dans les EMS à mission gériatrique et 75.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé).

Notre échantillon conserve la répartition relevée dans les données de l'Office fédéral de la statistique^b entre le personnel soignant et d'animation, qui représente les deux tiers des personnels des EMS vaudois, et le personnel administratif, technique et hôtelier. Notre échantillon surreprésente toutefois donc les infirmier-ère-s au détriment des aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins communautaires. En revanche, notre échantillon respecte la proportion d'hommes et de femmes au sein des personnels des EMS vaudois.

Dans notre échantillon, six répondant-e-s sur dix passent plus de 60% de leur temps de travail directement en contact avec les résident-e-s. Certains groupes professionnels paraissent plus spécifiquement concernés. Ainsi, l'unique médecin de notre échantillon, 83.7% des aides-soignant-e-s, auxiliaires de vie, assistant-e-s en soins communautaires, 83.3% des travailleurs et travailleuses sociaux, 80.5% des animateurs et animatrices socio-culturels, 53.3% des infirmier-ères et 33.6% des employé-e-s de service de maison déclarent passer plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s. En revanche, plus des trois quarts des cuisinier-ères (79.5%), les deux tiers des personnels administratifs (63.3%) et 50% des personnels techniques et de transport passent moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s ; c'est également le cas d'un-e infirmier-ère sur dix (10.7%).

^b Source : Office fédéral de la statistique. Statistiques des institutions médico-sociales 2015 : tableaux standards définitifs. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablisements-medico-sociaux.assetdetail.2160261.html>.

Dans les CMS participant à l'enquête (Tableau 4), les trois quarts des répondant-e-s (75.2%) sont des soignant-e-s : des aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s ou infirmier-ère-s assistant-e-s principalement (45.3%), infirmier-ère-s (27.3%) ou d'autres professionnel-le-s soignant-e-s ou paramédicaux. Un dixième de l'échantillon (10.7%) est constitué par des auxiliaires de ménage, un dixième par du personnel administratif et 7.3% des répondant-e-s sont des travailleurs ou travailleuses sociaux ou assistant-e-s sociaux de proximité. Un peu moins d'un-e répondant-e sur dix (8.3%) exerce une fonction de cadre.

Les femmes sont très largement majoritaires (91.1%). La moitié de l'échantillon (51.8%) a plus de 45 ans. Seul un tiers (32.2%) des répondant-e-s travaillent à un taux d'activité de 80% ou plus : c'est le cas de 49.1% des infirmier-ère-s et de 45.6% des travailleurs et travailleuses sociaux. Les autres professionnel-le-s travaillent majoritairement à un taux d'activité de 50 à 80% : cette situation concerne ainsi 64.6% des auxiliaires de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e, 66.8% des auxiliaires de ménages et 62.6% des personnels administratifs. Plus de la moitié (53.8%) travaillent dans leur poste actuel depuis moins de cinq ans, dont 16.0% depuis moins d'un an.

La structure de notre échantillon en termes de catégories professionnelles et de sexe est similaire à celle rapportée par l'AVASAD dans son rapport d'activité 2016 ; notre échantillon comporte toutefois une proportion plus importante de collaborateurs et collaboratrices âgé-e-s de plus de 45 ans.

Tableau 3 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des EMS

% pondérés <i>*Différence significative au seuil de 0.05</i>	Tous EMS		EMS gériatriques		EMS de psychiatrie de l'âge avancé	
	N = 1'040		N = 669		N = 371	
	N	%	N	%	N	%
Groupes professionnels						
Médecin	1	0.2	0	0.0	1	0.4
Infirmier-ère	169	18.0	110	17.4	61	18.9
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	427	42.9	277	42.6	157	43.2
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	0.1	0	0.0	1	0.3
Travailleur/-euse social-e	6	0.7	3	0.5	3	1.0
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	83	8.7	54	8.8	29	8.6
Cuisinier-ère	44	4.4	28	4.8	16	3.7
Employé-e de service de maison	120	11.6	80	12.1	43	10.9
Personnel administratif	60	6.1	38	6.0	22	6.2
Personnel technique ou de transport	22	2.1	15	2.4	7	1.5
Autre	50	5.3	34	5.4	17	5.2
Collaborateur / -trice en cours de formation	142	14.8	79	12.8	63	17.4
Collaborateur/ -trice exerçant une fonction de cadre	166	17.8	99	16.2	67	20.0
Taux d'activité						
100%	444	43.9	286	44.0	162	43.9
Temps partiel supérieur ou égal à 80%	265	28.3	161	25.7	108	31.8
Temps partiel entre 50 et 80%	212	21.3	147	22.8	69	19.4
Temps partiel de moins de 50%	65	6.4	46	7.5	20	5.0
Proportion du temps de travail passé directement en contact avec les résident-e-s						
Plus de 60%	601	60.1	387	59.8	214	60.6
De 30 à 60%	229	23.7	140	22.5	89	25.4
Moins de 30%	158	16.2	105	17.8	53	14.1
Ancienneté dans le poste de travail actuel						
Moins d'un an	134	13.4	77	11.7	57	15.6
De 1 à 4 ans	336	33.7	211	33.3	125	34.3
De 5 à 10 ans	228	23.0	131	19.9	97	27.1*
Plus de 10 ans	301	30.0	221	35.1	80	23.1*
Sexe						
Femmes	809	80.9	524	81.7	285	79.9
Hommes	186	19.1	114	18.3	72	20.1
Âge						
Moins de 18 ans	8	0.7	6	0.9	2	0.5
18-29 ans	201	20.6	124	19.6	77	22.0
30-45 ans	306	30.6	189	29.6	117	32.0
Plus de 45 ans	485	48.0	322	49.9	163	45.5

Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des CMS

% pondérés	Tous CMS	
	N = 495	
	N	%
Groupes professionnels		
Infirmier-ère	141	27.3
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	214	45.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	13	2.5
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	17	3.4
Auxiliaire de ménage	49	10.7
Personnel administratif	45	7.3
Autre	17	3.4
Collaborateur / -trice en cours de formation	49	9.7
Collaborateur/-trice exerçant une fonction de cadre	42	8.3
Taux d'activité		
100%	37	8.1
Temps partiel supérieur ou égal à 80%	137	24.1
Temps partiel entre 50 et 80%	272	58.3
Temps partiel de moins de 50%	49	9.5
Ancienneté		
Moins d'un an	88	16.0
De 1 à 4 ans	183	37.7
De 5 à 10 ans	103	21.0
Plus de 10 ans	121	25.3
Sexe		
Femmes	449	91.1
Hommes	46	0.9
Age		
Moins de 18 ans	0	0.0
18-29 ans	54	10.5
30-45 ans	184	37.7
Plus de 45 ans	258	51.8

5.2 Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles

5.2.1 Formation à la gestion de la violence

Un cinquième (20.2%) des collaborateurs et collaboratrices des EMS, quelle que soit la mission de l'établissement (19.9% dans les EMS de gériatrie et 20.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé), et **17.8% des répondant-e-s travaillant dans des CMS déclarent avoir déjà suivi une formation courte (3 jours)** spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives (Tableau 5).

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont un peu plus nombreux que les non-soignant-e-s à avoir suivi une telle formation (21.3% vs 18.7%), mais sans que cette différence ne soit significative. On trouve le taux le plus élevé de personnel formé au sein des infirmier/ères (30.7%) ; le pourcentage de collaborateurs et collaboratrices déclarant avoir suivi une formation courte à la gestion des comportements agressifs varie entre 11.8% parmi les personnels administratifs à 27.6% pour les autres catégories professionnelles (Tableau 6). Le pourcentage de personnes formées augmente en fonction de l'ancienneté : 15.1% chez les répondant-e-s occupant leur poste actuel depuis moins d'un an, 17.8% pour celles et ceux employé-e-s entre 1 à 4 ans, 20.0% pour celles et ceux employés entre 5 à 10 ans et 25.8% quand les répondant-e-s sont depuis plus de 10 ans à leur poste ($p < 0.05$).

Au sein des CMS, les soignant-e-s sont significativement plus nombreux que les non-soignant-e-s à déclarer avoir suivi une formation courte consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives (20.4% vs 9.8%) (Tableau 7). Les aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s, infirmier-ère-s assistant-e-s sont deux fois plus nombreux que les infirmier-ère-s à avoir suivi une telle formation (26.2% vs 12.9%).

Tableau 5 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 638			N = 358			N = 499		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours) spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives	127	19.9	[14.7-25.1]	73	20.6	[15.6-25.6]	92	17.8	[14.2-21.4]
Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des résident-e-s ou de leurs proches est nécessaire dans leur activité	541	84.2	[76.8-91.6]	305	85.9	[77.4-94.3]	387	78.6	[72.1-85.2]
Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs qu'ils/elles rencontrent (ou pourraient rencontrer) dans leur activité professionnelle	275	43.0	[37.8-48.3]	164	48.6	[41.4-55.9]	257	52.9	[47.6-58.1]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Tableau 6 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés	Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours)		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs	
	N = 979		N = 976		N = 979	
	N	%	N	%	N	%
Médecin	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Infirmier-ère	51	30.7	153	89.6	113	67.4
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	74	17.4	388	90.9	171	41.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	1	100.0
<i>ST soignant-e-s</i>	126	21.3	543	90.6*	286	49.2*
Travailleur/-euse social-e	0	0.0	6	99.4	2	32.9
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	17	20.4	71	87.9	42	52.0
Cuisinier-ère	7	15.8	26	59.5	10	24.1
Employé-e de service de maison	22	19.3	94	79.3	42	37.3
Personnel administratif	7	11.8	39	66.0	21	36.4
Personnel technique ou de transport	4	17.4	12	54.9	9	40.9
Autre	14	27.6	41	82.2	21	43.0
<i>ST non-soignant-e-s</i>	71	18.7	289	76.2	147	40.0
TOTAL répondant-e-s	200	20.2	846	84.9	439	45.5

Notes : ST = sous-total ; *= différence entre soignant-e-s et non soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Environ quatre professionnel-le des EMS sur dix (45.5%) s'estiment suffisamment formés pour faire face aux comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle. Les professionnel-le-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé sont un peu plus nombreux, en proportion, à se sentir suffisamment formés que celles et ceux travaillant dans un EMS de gériatrie (48.6% vs 43.0%) (Tableau 5).

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont également plus nombreux que les autres groupes professionnels à éprouver ce sentiment (49.2% vs 40.0%) ; au sein des soignant-e-s, les aide-soignant-e-s, les auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins de santé communautaires sont proportionnellement moins nombreux à s'estimer suffisamment formés que les infirmier-ères (41.3% vs 67.4%) (Tableau 6). On ne constate pas de différence significative selon le taux d'activité, l'ancienneté ou en fonction du temps passé avec les résident-e-s.

Au sein des CMS, 52.9% des collaborateurs et collaboratrices s'estiment suffisamment formé-e-s à la gestion des comportements agressifs (Tableau 5). Les soignant-e-s sont significativement plus nombreux que les non-soignant-e-s à éprouver ce sentiment (56.2% vs 44.7%) (Tableau 7). Ce sentiment est également plus élevé parmi les répondant-e-s qui travaillent depuis plus de dix ans

à leur poste actuel que parmi les employé-e-s à leur poste depuis moins d'un an (53.1% quand les répondant-e-s sont en poste depuis plus de 10 ans vs 48.2% quand ils ou elles occupent leur poste actuel depuis moins d'un an ; $p < 0.05$).

Tableau 7 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des CMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés	Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours)		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs	
	N = 494		N = 494		N = 494	
	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	20	12.9	111	80.3	79	57.7
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	57	26.2	166	77.9	115	55.2
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	0	0.0	8	61.9	8	60.1
<i>ST soignant-e-s</i>	77	20.4*	285	78.4*	202	56.2*
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	1	5.3	14	83.0	10	59.2
Auxiliaire de ménage	5	10.5	40	83.0	16	36.6
Personnel administratif	5	9.5	29	66.5	17	37.4
Autre	2	10.7	14	82.8	12	70.1
<i>ST non-soignant-e-s</i>	13	9.8	97	77.5	55	44.7
TOTAL répondant-e-s	92	17.8	387	78.6	257	52.9

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Une large majorité de répondants, dans les EMS comme dans les CMS, sont d'accord pour dire qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des résidents ou de leurs proches est nécessaire à leur activité (Tableau 5). C'est ainsi le cas de plus de huit répondant-e-s sur dix au sein des EMS et de plus des trois quarts des collaborateurs et collaboratrices des CMS interrogés.

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont plus nombreux que les autres groupes professionnels à estimer qu'une telle formation est nécessaire à leur activité (90.6% vs 76.2%) (Tableau 6) ; ce sentiment est davantage présent quand les collaborateurs et collaboratrices passent plus de 60% de leur temps de travail en présence de résident-e-s que lorsque les contacts sont limités (90.5% vs 65.8% ; $p < 0.05$).

On peut faire le même constat pour les CMS où 78.4% des soignant-e-s estiment qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des client-e-s ou de leurs proches est ou serait nécessaire à leur activité (vs 77.5% des non-soignant-e-s)(Tableau 7).

5.2.2 Connaissance, par les professionnel-le-s, des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles au sein de leur établissement ou service

Moins de la moitié des répondants dans les EMS rapportent l'existence de mesures de soutien spécifiques ou de procédures de gestion ou de signalement des comportements agressifs de résidents ou de proches dans leur établissement (Tableau 8).

Plus précisément, 41.5% des collaborateurs et collaboratrices des EMS (39.8% dans les EMS de gériatrie et 43.9% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé) sont d'accord pour déclarer qu'il existe, dans leur établissement, une procédure de signalement des agressions. La mesure la moins rapportées par les professionnel-le-s des EMS concerne l'existence d'une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches, mentionnée par 31.1% des répondant-e-s dans les EMS gériatriques et par 39.6% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé (34.8% pour l'ensemble des EMS). Enfin, environ quatre répondant-e-s sur dix (39.6%) rapportent l'existence de mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs et collaboratrices ayant subi une agression (35.6% dans les EMS de gériatrie et 44.8% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé).

On ne constate pas de différence significative, au sein des EMS, en termes de connaissances de mesures de signalement, de gestion ou de soutien en cas d'agression en fonction de la mission de l'établissement, du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Dans les CMS, la connaissance de procédures de signalement ou de gestion des agressions, ainsi que la connaissance de mesures de soutien est plus élevée que dans les EMS. Six répondant-e-s sur dix environ rapportent l'existence de telles procédures ou de telles mesures (Tableau 8) : 56.8% des répondant-e-s estiment qu'il y a dans leur structure une procédure de signalement des agressions, 56.7% une procédure de gestion des agressions et 62.2% sont d'accord pour dire qu'il existe des mesures de soutien pour l'accompagnement des victimes. On ne constate pas de différence en fonction du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Tableau 8 Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien existant dans les établissements et services

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 650			N = 358			N = 502		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Il existe dans l'établissement une procédure de signalement des agressions	257	39.8	[32.9-46.6]	148	43.9	[38.2-49.7]	280	56.8	[52.4-61.2]
Il existe dans l'établissement une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches.	204	31.1	[25.0-37.2]	130	39.6	[32.7-46.6]	281	56.7	[52.1-61.2]
Il existe dans l'établissement des mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs ayant subi une agression.	231	35.6	[30.0-41.3]	155	44.8	[34.7-55.0]	307	62.2	[57.6-66.7]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Ces réponses individuelles ne nous informent pas sur l'existence effective ou non des mesures identifiées au sein des établissements. Pour les EMS, compte tenu du nombre d'établissements participant à l'enquête, nous pouvons en revanche identifier les structures où une majorité de répondant-e-s ont rapporté l'existence de telles mesures, ce qui donne une indication quant aux EMS où les mesures sont connues des collaborateurs et collaboratrices (Tableau 9). Ainsi, dans neuf établissements sur 34 (26.5% des EMS), plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices interrogés rapportent l'existence d'une procédure de signalement des agressions ou l'existence de mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des personnes ayant subi une agression ; dans six EMS sur 34 (17.6% des EMS), une majorité de répondant-e-s signalent l'existence d'une procédure de gestion d'une agression (physique ou verbale) de la part d'un-e résident-e ou de l'un de ses proches.

Tableau 9 Établissements médico-sociaux où plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices rapportent des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien

% , non pondéré, d'EMS où plus de la moitié des répondant-e-s sont d'accord avec l'affirmation proposée	Tous EMS		EMS gériatriques		EMS de psychiatrie de l'âge avancé	
	N=34		N=21		N = 13	
	N	%	N	%	N	%
Il existe dans l'établissement une procédure de signalement des agressions	6	17.6	3	14.3	3	23.1
Il existe dans l'établissement une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches.	9	26.5	6	28.6	9	69.2
Il existe dans l'établissement des mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs ayant subi une agression.	9	26.5	5	23.8	4	30.8

5.2.3 Perception, par les professionnel-le-s, des mesures de soutien disponibles en cas d'agression au sein de leur établissement ou de leur service

L'ensemble des participant-e-s à l'enquête, qu'ils ou elles aient ou non été confronté-e-s à des situations de violence au sein de leur activité professionnelle, devaient enfin donner leur avis quant à l'existence, au sein de leur établissement, de mesures pour soutenir les collaborateurs et collaboratrices victimes d'actes agressifs de la part d'une personne soignée ou de l'un de ses proches. Plusieurs mesures étaient proposées (Tableau 10).

Une grande majorité de répondant-e-s estime qu'ils ou elles peuvent bénéficier d'un soutien si nécessaire, que leurs supérieurs soutiennent les collaborateurs en cas d'agression, et que les incidents sont discutés en équipe. Les répondant-e-s des CMS semblent plus nombreux qu'au sein des EMS à estimer bénéficier d'un soutien si besoin (85.8% vs 75.6%) et à penser que leurs supérieurs directs soutiennent les collaborateurs en cas d'agression (87.2% vs 78.9%). Ils et elles semblent en revanche moins nombreux au sein des CMS que dans les EMS à estimer que les cas d'agression sont discutés au sein de l'équipe (77.6% vs 86.4%). Ces différences n'ont toutefois pas été testées statistiquement.

Environ six répondant-e-s sur dix, dans les EMS (57.6%) comme dans les CMS (59.4%) rapportent l'organisation d'entretiens avec les personnes ayant présenté des comportements agressifs ou leur famille.

Au sein des EMS, on ne constate pas de différence en fonction de la mission ou de la taille de l'établissement. On n'observe pas non plus de différence significative entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s, ces derniers étant toutefois un peu plus nombreux à estimer que leurs supérieurs directs soutiennent les collaborateurs et collaboratrices victimes d'agressions (83.7% vs 76.1% ; non significatif).

Dans les CMS, les soignant-e-s sont en revanche significativement moins nombreux que les non-soignants à estimer qu'ils peuvent bénéficier d'un soutien en cas d'agression (85.0% vs 88.5%),

que leurs supérieurs directs soutiennent les victimes d'agression (85.2% vs 93.9%), que les cas d'agression sont discutés au sein de l'équipe (77.3% vs 80.5%) et qu'un entretien peut être organisé avec la personne concernée ou sa famille (59.1% vs 63.3%).

Tableau 10 Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS, des mesures de soutien disponibles dans leur structure en cas d'agression

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 642			N = 350			N = 501		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
En cas d'agression, je bénéficie d'un soutien, si besoin.	482	75.6	[68.0-83.1]	258	75.6	[64.4-85.8]	424	85.8	[79.3-92.3]
Mes supérieurs directs soutiennent les collaborateurs après des cas d'agression-	508	79.9	[72.6-87.2]	268	77.6	[68.5-86.8]	433	87.2	[80.8-93.7]
Les cas d'agressions sont discutés au sein de l'équipe.	545	84.5	[77.6-91.4]	307	88.9	[78.1-99.7]	387	77.6	[71.1-84.2]
Un entretien est organisé avec la personne concernée ou sa famille.	381	58.6	[52.1-65.2]	189	56.3	[47.3-65.2]	283	59.4	[53.2-65.6]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

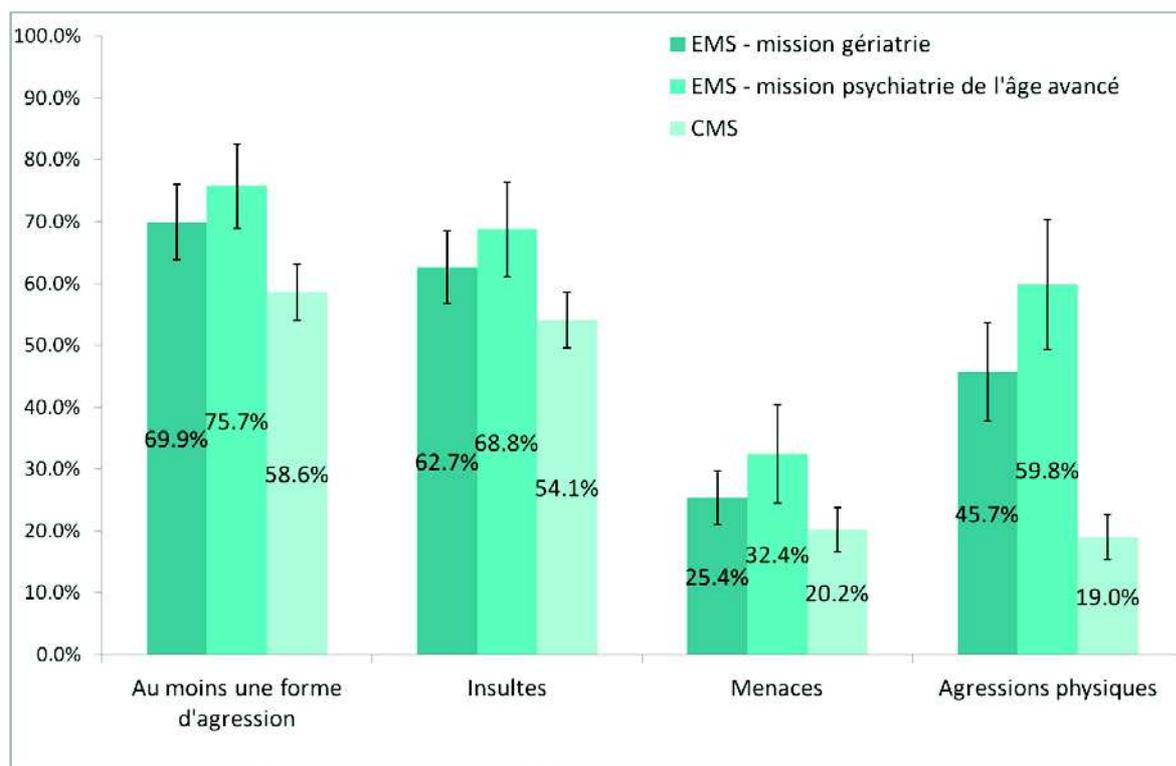
5.3 Expérience d'actes agressifs

5.3.1 Expérience d'actes agressifs au cours du parcours professionnel

Une majorité de professionnel-le-s travaillant dans les EMS et CMS du Canton de Vaud a déjà été victime de comportements agressifs de la part de personnes soignées ou de leurs proches au cours de leur parcours professionnel. **Ainsi, 72.4% des collaborateurs et collaboratrices interrogés dans les EMS et 58.6% dans les CMS rapportent avoir déjà été victimes, durant leur parcours professionnel, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques** (Figure 3). La prévalence de violence subie, toute forme de violence confondue, est plus importante dans les EMS que dans les CMS.

Au sein des EMS, elle est un peu plus élevée dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que dans les EMS gériatriques (75.7% vs 69.9%), sans que cette différence soit toutefois statistiquement significative. On ne constate pas non plus de différence selon la taille de l'établissement ou la faîtière.

Figure 3 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnels



Les insultes sont les actes agressifs les plus fréquemment rapportés, par plus de six répondant-e-s sur dix (65.3%) au sein des EMS et 54.1% des répondant-e-s dans les CMS. Pour ces formes d'agressions comme pour les autres, les proportions de victimes sont plus élevées dans les EMS que dans les CMS. Ainsi, 51.7% des professionnel-le-s travaillant dans des EMS déclarent avoir déjà subi des agressions physiques, alors qu'ils ne sont que 19.0% dans les CMS à rapporter la même expérience. Le pourcentage d'agressions physiques est significativement plus élevé dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que dans les EMS gériatriques (59.8% vs 45.7%). Enfin, 32.4% des répondant-e-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 25.4% des EMS gériatriques (contre 20.2% dans les CMS) déclarent avoir été victimes de menaces.

Au sein des EMS, les soignant-e-s et les professionnel-le-s du travail social et de l'animation socio-culturelle sont les collaborateurs et collaboratrices les plus exposé-e-s aux agressions durant leur parcours professionnel (Tableau 11). L'exposition aux agressions durant le parcours professionnel varie fortement en fonction du temps passé en contact avec les résidents, dans leur poste actuel : ainsi, 43.5% des répondant-e-s passant moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résidents rapportent avoir subi, durant leur parcours professionnel, au moins une forme d'agression, alors qu'ils sont 82.4% parmi celles et ceux en contact avec les résidents plus de 60% de leur temps de travail ($p < 0.05$). De façon similaire, les collaborateurs et collaboratrices travaillant à moins de 50% rapportent moins d'agressions au cours de leur parcours professionnel que celles et ceux employés à un taux d'activité plus important (61.9% vs 71.6% pour celles et ceux travaillant à 100%, 75.6% pour un taux d'activité compris entre 80% et 99%, 71.8% pour un taux d'activité entre 50 et 79% ; $p < 0.05$).

Au sein des CMS, les soignant-e-s ont été, durant leur parcours professionnel, davantage exposé-e-s que les non-soignant-e-s aux menaces et aux agressions physiques, sans que ces différences soient statistiquement significatives (Tableau 12). Les insultes concernent toutes les catégories professionnelles, mais dans une moindre mesure les auxiliaires de ménages (38.2%) que les infirmier-ère-s (62.4%) ou les travailleurs et travailleuses sociaux (66.3%). Les menaces ont en premier lieu touché les infirmier-ère-s (32.4%) et les agressions physiques les aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s et infirmier-ère-s assistant-e-s (30.7%). On n'observe pas de différence statistiquement significative en fonction du taux d'activité ou, de l'ancienneté des professionnel-le-s concerné-e-s.

Tableau 11 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 1022	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
Infirmier-ère	138	82.5	82	49.3	115	69.5	146	86.9
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	331	78.3	138	32.7	294	69.4	366	86.0
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
<i>ST soignant-e-s</i>	471	79.8*	222	37.9*	411	69.7*	514	86.5*
Travailleur/-euse social-e	6	100.0	1	17.5	2	36.3	6	100.0
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	49	73.8	24	29.4	34	42.7	61	73.8
Cuisinier-ère	12	34.7	2	4.7	6	14.0	15	37.4
Employé-e de service de maison	38	36.8	10	8.6	21	18.0	43	36.8
Personnel administratif	24	42.7	5	8.6	5	9.1	25	42.7
Personnel technique ou de transport	5	23.0	2	8.9	1	4.7	5	23.0
Autres	25	68.6	9	18.6	17	35.5	34	68.6
<i>ST non-soignant-e-s</i>	159	42.9	53	14.3	86	23.6	189	50.3
TOTAL répondant-e-s	630	65.3	275	28.4	497	51.7	703	72.4

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Tableau 12 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 552	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	85	62.4	45	32.4	21	17.7	94	68.8
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	123	58.7	41	18.3	58	30.7	134	64.0
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	6	47.5	2	15.4	0	0.0	7	55.6
<i>ST soignant-e-s</i>	214	59.5	88	23.4	79	25.0	235	65.3
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	11	66.3	2	11.7	0	0.0	11	66.5
Auxiliaire de ménage	18	38.2	2	3.9	3	7.9	18	38.3
Personnel administratif	21	48.9	5	12.1	0	0.0	22	51.3
Autre	12	71.3	7	40.8	2	12.4	13	77.4
<i>ST non-soignant-e-s</i>	62	50.1	16	12.5	5	4.8	64	51.8
TOTAL répondant-e-s	276	54.1	104	20.2	84	19.0	299	58.6

Notes : ST = sous-total.

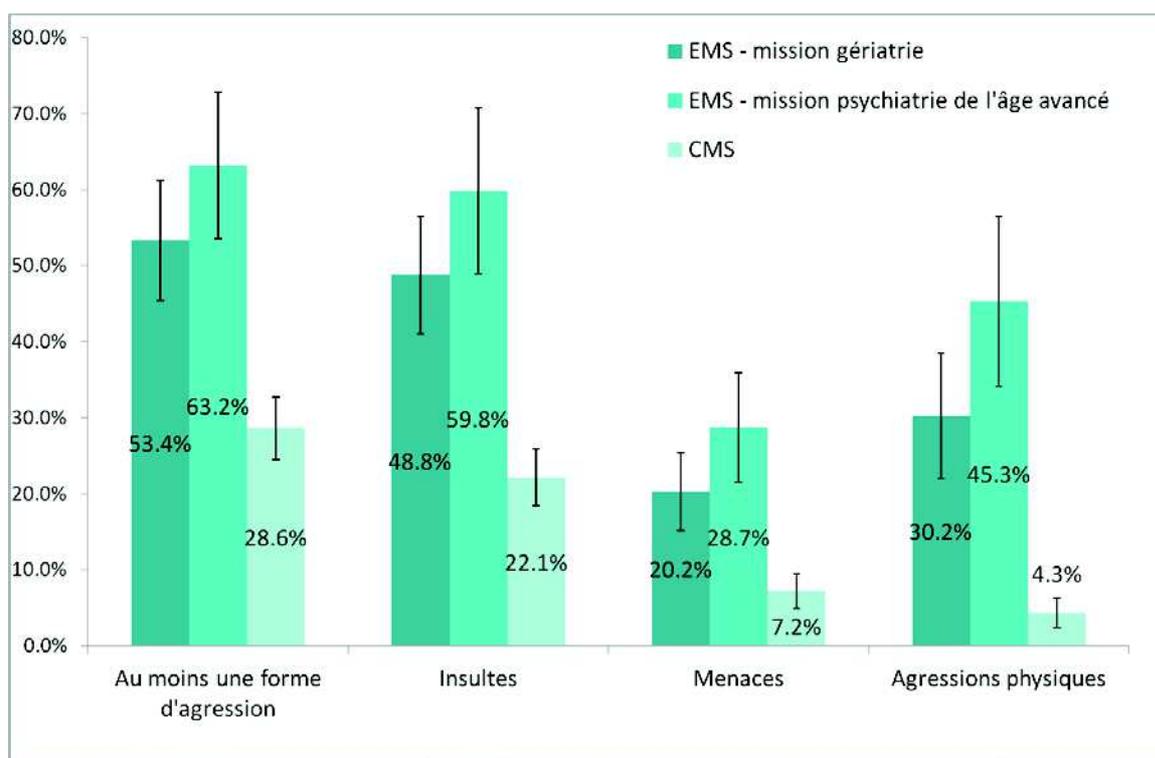
5.3.2 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois et suites

Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois

57.6% des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et 28.6% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques de la part de personnes soignées ou de leurs proches (Figure 4).

Au sein des EMS, si la prévalence d'agressions est la plus élevée dans les établissements de psychiatrie de l'âge avancé (63.2% vs 53.4%) et dans les établissements de petite taille (74.6% vs 71.5%), ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. On n'observe pas non plus de différence entre les grandes et les petites Associations ou Fondations de l'AVASAD.

Figure 4 Expérience d'actes agressifs durant les douze mois ayant précédé l'enquête



Les insultes sont les actes agressifs le plus souvent subis par les professionnel-le-s des EMS et des CMS dans le Canton de Vaud. Au total, et quel que soit l'auteur des insultes, ce sont 53.5% des répondant-e-s dans les EMS et 22.1% des répondant-e-s dans les CMS qui ont rapporté avoir subi cette forme de violence durant les douze derniers mois.

Les insultes sont le plus souvent commises par les résident-e-s ou client-e-s (Tableau 13): environ la moitié des collaborateurs et collaboratrices des EMS victimes d’insultes (47.4% dans les EMS gériatriques et 58.3% dans les EMS de psychiatrie de l’âge avancé) et 17.0% de celles et ceux travaillant dans les CMS rapportent avoir été insulté-e-s par des résident-e-s ou des client-e-s au moins une fois durant les douze derniers mois, et le plus souvent plusieurs fois par mois. Les insultes provenant de proches des résidents ou des clients sont moins fréquentes, mais ont tout de même été rapportées, de façon homogène selon les lieux de soins, par un dixième de celles et ceux travaillant dans les EMS (12.2%) et dans les CMS (11.4%).

Tableau 13 Fréquence et auteur des insultes subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l’âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Insultes subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :	269	47.4	[40.2-54.7]	203	58.3	[46.9-69.7]	100	17.0	[13.6-20.4]
Une fois	41	6.4	[4.3-8.5]	14	4.0	[1.6-6.4]	39	6.3	[4.2-8.3]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	171	29.3	[23.1-35.4]	119	34.6	[26.5-42.7]	57	10.2	[7.4-12.9]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	81	11.8	[7.9-15.6]	70	19.7	[11.7-27.7]	4	0.6	[0.0-1.2]
Insultes subies par des proches, dont :	62	10.0	[8.1-11.8]	49	15.1	[11.1-19.1]	62	11.4	[8.6-14.3]
Une fois	36	6.0	[3.6-8.3]	25	8.1	[4.0-12.2]	27	5.4	[3.3-7.5]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	26	4.0	[2.2-5.8]	22	6.5	[2.6-10.5]	31	5.4	[3.3-7.1]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	2	0.5	[0.0-1.3]	4	0.8	[0.0-1.7]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Les agressions physiques sont la deuxième violence la plus fréquemment rapportée par les répondant-e-s de notre enquête, avec une différence significative entre les lieux de prise en charge (Figure 4).

Les résident-e-s ou client-e-s sont mentionné-e-s comme auteurs de ces agressions physiques par 36.7% des répondant-e-s dans les EMS, et plus fréquemment en EMS de psychiatrie de l’âge avancé que dans les EMS gériatriques (45.3% vs 30.2%), et par 4.1% des répondant-e-s des CMS (Tableau 14). Dans les EMS, quand ces actes sont commis par des résident-e-s, ils surviennent plusieurs fois dans l’année, sans qu’il soit possible de savoir s’il s’agit du même auteur. Une proportion nettement plus faible de victimes d’agressions physiques déclare avoir subi ces

agressions physiques de la part de proches : 0.7% des victimes dans les CMS, 1% dans les EMS gériatriques et 1.4% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé.

Tableau 14 Fréquence et auteur des agressions physiques subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Agressions physiques subies par des résident-e-s / client-e-s, dont :	203	30.2	[24.1-36.4]	157	45.3*	[37.0-53.5]	19	4.1	[2.5-5.8]
Une fois	71	10.5	[7.2-13.8]	38	11.5	[7.4-15.6]	9	1.7	[0.5-2.8]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	96	14.7	[9.4-20.1]	90	25.2*	[19.9-30.4]	7	1.4	[0.3-2.6]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	36	5.0	[1.9-8.0]	29	8.6	[2.3-15.0]	3	1.1	[0.0-2.3]
Agressions physiques subies par des proches, dont :	7	1.0	[0.2-1.8]	5	1.4	[0.1-2.6]	5	0.7	[0.0-1.5]
Une fois	6	0.9	[0.1-1.6]	4	1.1	[0.0-2.3]	4	0.6	[0.0-1.2]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	1	0.2	[0.0-0.6]	1	0.3	[0.0-1.0]	1	0.1	[0.0-0.2]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	0	0.0	[0.0-0.0]	0	0.0	[0.0-0.0]

Notes : IC = intervalle de confiance à 95% ; *= différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

Enfin, les menaces ont été rapportées par 7.2% des répondant-e-s des CMS et par respectivement 28.7% et 20.2% des professionnel-le-s travaillant en EMS de psychiatrie de l'âge avancé et de gériatrie, tous types d'auteurs confondus (Figure 4).

Les résident-e-s ou client-e-s sont les auteurs les plus fréquemment rapportés par les professionnel-le-s interrogé-e-s : 27.6% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, 19.2% dans les EMS gériatriques et 6.7% dans les CMS déclarent avoir été menacé-e-s par des résident-e-s ou des client-e-s au cours des douze derniers mois (Tableau 15). Dans les EMS, ces menaces sont le plus souvent récurrentes.

Tableau 15 Fréquence et auteur des menaces subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Menaces subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :	131	19.2	[15.5-22.9]	97	27.6	[21.0-34.2]	35	6.7	[3.8-9.6]
Une fois	39	6.1	[4.3-8.0]	22	6.8	[3.8-9.9]	2	3.8	[2.0-5.6]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	64	9.0	[6.1-12.0]	51	13.5	[9.2-17.8]	16	2.9	[1.4-4.4]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	28	4.0	[1.8-6.3]	24	7.2	[2.2-12.2]	0	0.0	[0.0-0.0]
Menaces subies par des proches, dont :	26	3.8	[2.4-5.2]	24	6.8	[4.9-8.6]	14	2.7	[0.8-4.6]
Une fois	12	1.7	[0.7-2.6]	14	4.0	[1.6-6.4]	7	1.5	[0.3-2.7]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	14	2.2	[0.8-3.6]	9	2.4	[0.7-4.2]	7	1.2	[0.3-2.0]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	1	0.3	[0.0-0.9]	0	0.0	[0.0-0.0]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Une exposition plus fréquente pour les soignant-e-s et les personnels en contact avec les résident-e-s au sein des EMS

Quelle que soit la forme des agressions, les soignant-e-s et, au sein des EMS, les collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s sont les plus exposés aux actes agressifs commis par des résident-e-s, des client-e-s ou leurs proches au cours des douze derniers mois.

Au sein des EMS, les prévalences d'agressions subies au cours des douze derniers mois varient ainsi en fonction des groupes professionnels, et sont plus élevées chez les soignant-e-s (74.2% vs 31.8%), quelle que soit la profession considérée, ainsi que chez les travailleurs et travailleuses sociaux et chez les animateurs et animatrices socio-culturel (Tableau 16). Les autres catégories de professionnels ne sont toutefois pas à l'abri d'être victime d'une agression : ainsi, un cinquième environ des cuisinier-ère-s, des employé-e-s de maison, des personnels administratifs et des personnels technique ou de transport déclarent avoir été victimes d'insultes durant l'année écoulée et près d'un-e employé-e de maison sur dix rapportent avoir été agressé-e-s physiquement.

De façon similaire, on observe que plus le temps passé en contact avec les résident-e-s des EMS est important plus la fréquence d'actes agressifs augmente. Les deux tiers (68.7%) des collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s rapportent au moins une forme d'agression durant les douze derniers mois, alors qu'ils ne sont qu'un quart (24.6%) parmi les répondant-e-s en contact peu fréquent avec des résident-e-s. Cette exposition plus importante chez les personnels en contact régulier avec les résident-e-s se retrouve pour les insultes (64.5% vs 22.0%), les agressions physiques (46.3% vs 8.3%) et les menaces (30.6% vs 9.3%).

Dans les CMS, on n'observe pas de différence significative entre les professions soignantes et les autres (Tableau 17). Toutes les catégories professionnelles sont ainsi concernées par les insultes, dont ont été victimes, au cours des douze derniers mois, 31.7% des personnels administratifs, 29.8% des infirmier-ère-s et 28.8% des travailleurs et travailleuses sociaux ou assistant-e-s sociaux de proximité. Seules les agressions physiques semblent plus souvent être expérimentées par les professionnel-le-s de l'aide et du soin (6.2% vs 0.0%). Le taux d'activité ou l'ancienneté n'influence pas non plus l'exposition à une forme de violence au cours des douze derniers mois.

Tableau 16 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 979	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Infirmier-ère	114	68.9	59	35.9	77	47.1	122	73.0
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	291	69.3	139	32.6	229	54.7	314	74.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
<i>ST soignant-e-s</i>	407	69.4*	199	33.8*	306	52.4*	438	74.2*
Travailleur/-euse social-e	3	51.9	1	18.6	2	37.4	4	67.9
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	38	47.2	17	21.1	16	20.6	42	51.4
Cuisinier-ère	7	16.6	0	0.0	2	4.9	8	18.9
Employé-e de service de maison	23	21.0	5	4.3	9	8.1	24	21.6
Personnel administratif	12	20.7	3	5.0	1	1.9	12	20.6
Personnel technique ou de transport	4	18.7	2	9.1	1	4.7	4	18.5
Autres	18	36.7	8	15.8	11	23.5	23	46.5
<i>ST non-soignant-e-s</i>	105	28.8	36	9.6	42	11.8	117	31.8
TOTAL répondant-e-s	512	53.5	235	23.9	345	36.7	555	57.6

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Tableau 17 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel

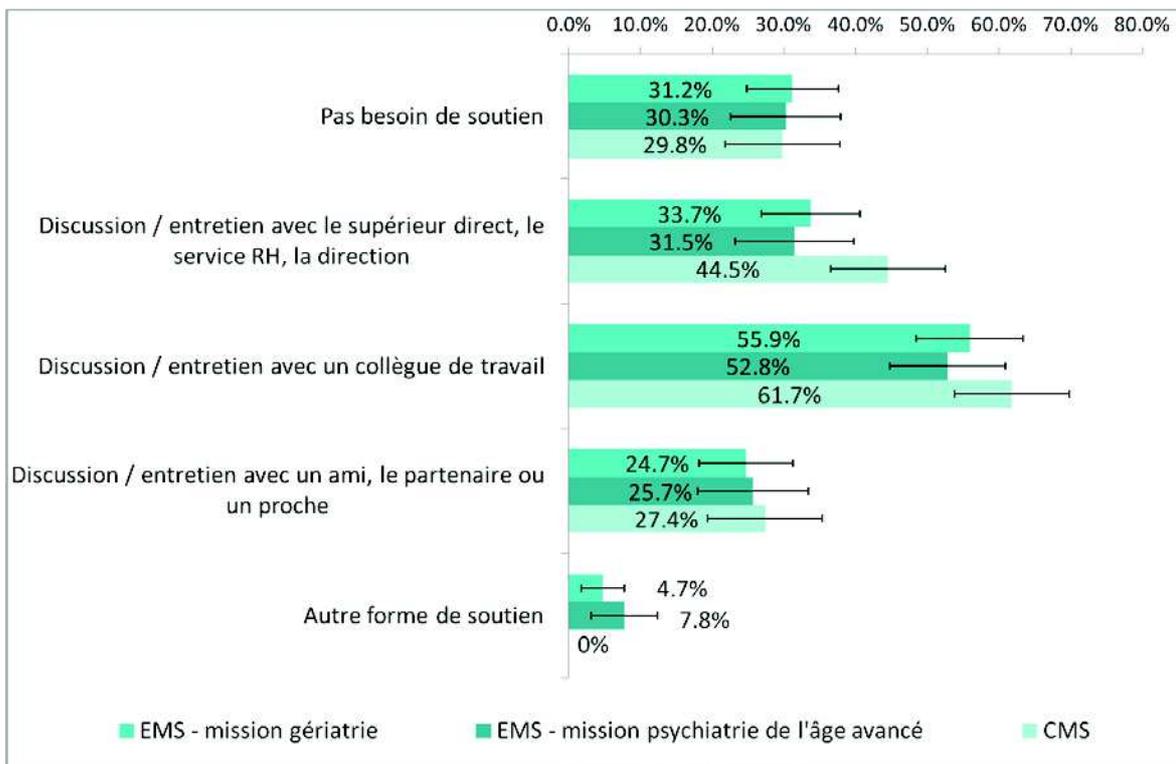
% pondérés N =	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	43	29.8	16	12.8	7	5.8	54	39.4
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	48	21.8	11	5.3	12	6.8	63	30.1
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	2	15.3	1	7.7	0	0.0	2	15.4
<i>ST soignant-e-s</i>	93	24.4	28	8.0	19	6.2	119	32.8
Travailleur/euse social-e, assistant-e social-e de proximité	5	28.8	2	12.6	0	0.0	6	35.8
Auxiliaire de ménage	6	11.8	0	0.0	0	0.0	6	13.0
Personnel administratif	14	31.7	4	10.1	0	0.0	15	34.0
Autre	6	35.0	2	11.9	0	0.0	7	40.9
<i>ST non-soignant-e-s</i>	31	23.6	8	6.8	0	0.0	34	27.0
TOTAL répondant-e-s	124	22.1	36	7.2	29	4.3	153	28.6

Note : ST = sous-total.

Mesures de soutien utilisées par les victimes

Un tiers des professionnel-le-s ayant été victimes d’au moins un acte agressif au cours des douze derniers mois (30.8% dans les EMS et 29.8% dans les CMS) n’ont pas eu besoin de soutien suite à la violence subie (Figure 5). Les formes de soutien les plus souvent rapportées sont, parmi les répondant-e-s des CMS comme des EMS, la discussion ou l’entretien sur l’incident avec un collègue de travail (61.7% des collaborateurs et collaboratrices de CMS, 54.6% dans les EMS), puis la discussion ou l’entretien avec le supérieur direct, le service RH ou la direction. Environ un quart des victimes a discuté de l’incident avec un-e ami-e, leur partenaire ou un proche. D’autres mesures de soutien ont été utilisées par moins d’un dixième des répondant-e-s.

Figure 5 Mesures de soutien sollicitées par les victimes après un acte agressif subi dans les douze derniers mois



On ne constate pas de différence selon la mission de l’EMS, sa taille ou la faïtière. Au sein des EMS, les non-soignant-e-s sont un peu plus nombreux, en proportion, que les soignant-e-s à déclarer ne pas avoir eu besoin de soutien suite à l’acte agressif (40.9% vs 27.7%) ; ils et elles rapportent également moins souvent avoir discuté de l’incident avec un collègue (42.4% vs 58.1%) ou avec leur supérieur hiérarchique, le service RH ou la direction (29.0% vs 33.9%).

Tout comme dans les EMS, les non-soignant-e-s travaillant dans les CMS et victimes d’actes agressifs déclarent plus souvent ne pas avoir eu besoin de soutien que les soignant-e-s (36.8% vs

29.2%) ou avoir discuté de l'agression avec des collègues (64.2% vs 60.4%). Le taux d'activité influence significativement les mesures de soutien sollicitées par les collaborateurs et collaboratrices victimes d'actes agressifs durant les douze derniers mois : ainsi, 10.6% des victimes travaillant à temps complet déclarent ne pas avoir eu besoin de soutien, alors que c'est le cas de 32.9% de celles et ceux travaillant entre 50 et 80% et de 52.1% parmi celles et ceux qui occupent leur poste à un taux inférieur à 50%. La discussion des cas d'agression au sein de l'équipe est, de la même manière, citée par six répondant-e-s sur dix travaillant à temps plein (65.2%) ou à 80% ou plus (66.4%) alors que seuls 16.8% des collaborateurs et collaboratrices employé-e-s à moins de 50% rapportent avoir utilisé cette modalité de soutien.

Arrêts de travail suite à des actes agressifs subis durant les 12 derniers mois

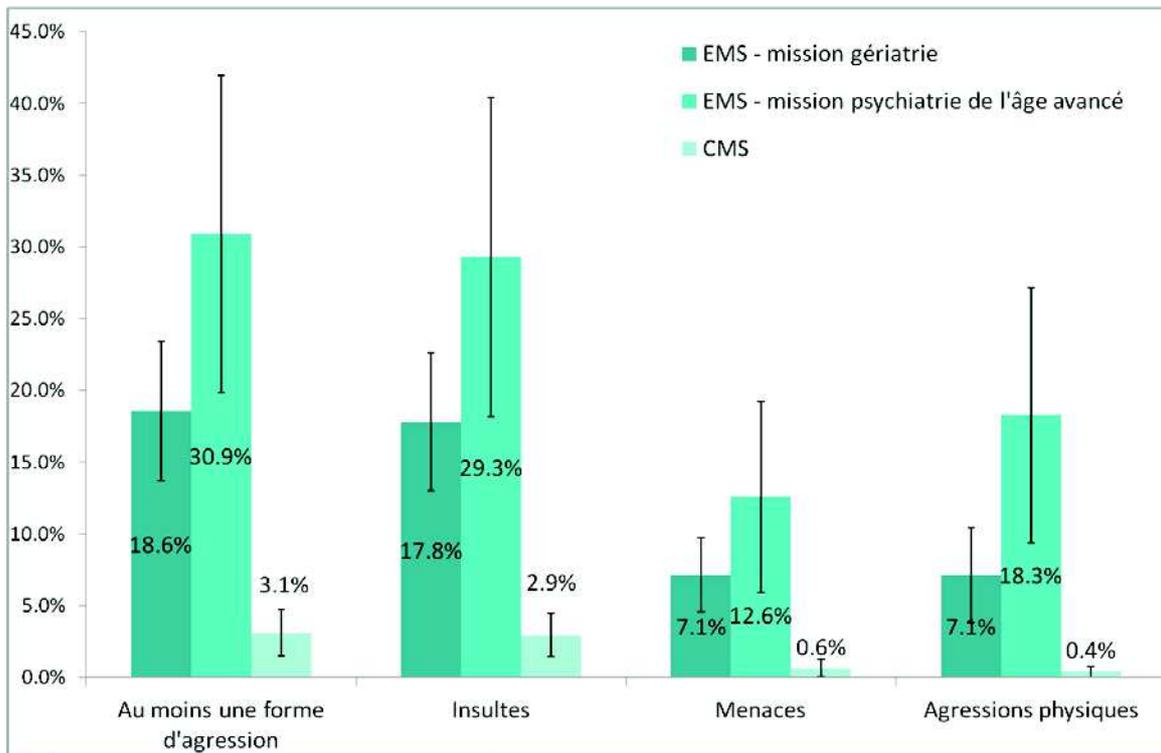
Suite aux violences subies durant les douze derniers mois, seul un petit nombre de répondant-e-s a dû être arrêté : 14 collaborateurs ou collaboratrices dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé (6.5% des victimes), 5 dans les CMS (2.8%) et 14 dans les EMS gériatriques (4.0%).

Dans les EMS, les arrêts ont duré moins de trois jours dans plus de la moitié des cas et dans 23.6% des cas, ces arrêts se sont prolongés au-delà de 31 jours. Dans les CMS, pour deux collaborateurs ou collaboratrices, ces arrêts se sont prolongés au-delà de 31 jours.

5.3.3 Expérience d'actes agressifs durant les sept derniers jours

Un quart (23.8%) des collaborateurs et collaboratrices interrogés dans les EMS et 3.1% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques de la part de personnes soignées ou de leurs proches (Figure 6). Comme durant le parcours professionnel ou au cours des douze derniers mois, les insultes sont les actes agressifs le plus souvent subis par les professionnel-le-s des EMS et des CMS dans le Canton de Vaud.

Figure 6 Expérience d'actes agressifs durant les sept jours ayant précédé l'enquête



Ce sont dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que les actes agressifs subis durant la dernière semaine sont le plus fréquemment rapportés (30.9% vs 18.6%, $p < 0.05$), en particulier pour les agressions physiques (18.3% vs 7.1%, $p < 0.05$). Les prévalences d'actes agressifs sont également plus élevées dans les établissements de petite taille que dans les grands établissements, pour toutes les formes d'agressions (28.7% vs 18.9%, $p < 0.05$) et pour les insultes (27.2% vs 17.9%, $p < 0.05$).

Dans les CMS, les actes de violence subis durant les sept derniers sont rares et concernent 2.9% des répondant-e-s pour les insultes, et moins de 1% des professionnel-le-s interrogé-e-s pour les autres formes de violence.

Les résident-e-s ou les client-e-s sont plus fréquemment cités comme auteurs de ces actes agressifs (Tableau 18). Dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, 28.9% des professionnel-le-s déclarent ainsi avoir subi au cours des sept derniers jours un ou des épisodes d'insultes de la part de résident-e-s ; et ils sont 18.3% à déclarer une ou plusieurs agressions physiques de la part de résident-e-s durant les sept jours. En revanche, seule une petite proportion de collaborateurs et collaboratrices rapportent avoir été victimes d'insultes (2.2% dans les EMS de gériatrie, 3.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 0.9% dans les CMS), ou de menaces (1.5% et 2.3% respectivement dans les EMS de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé et 0.2% dans les CMS) de la part de proches, les agressions physiques émanant de proches étant encore plus rares.

Tableau 18 Fréquence et auteur des actes agressifs subis durant les sept derniers jours

% pondérés	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 650			N = 362			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Insultes subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	118	17.5	[13.2-21.8]	102	28.9	[18.1-39.7]	14	2.7	[0.8-4.6]
Une fois	44	6.3	[4.0-8.7]	27	8.2	[5.1-11.3]	9	1.6	[0.5-2.7]
Plusieurs fois	74	11.2	[7.6-14.8]	75	20.7	[10.4-31.0]	5	1.1	[0.0-2.1]
Insultes subies de la part de proches	15	2.2	[1.1-3.3]	12	3.6	[1.5-5.7]	5	0.9	[0.0-1.9]
Une fois	13	1.9	[0.9-2.9]	10	3.0	[1.0-5.0]	3	0.5	[0.0-1.2]
Plusieurs fois	2	0.3	[0.0-0.8]	2	0.6	[0.0-1.5]	2	0.4	[0.0-0.9]
Menaces subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	46	6.9	[4.2-9.5]	46	12.2	[6.4-17.9]	4	0.6	[0.0-1.2]
Une fois	25	3.7	[1.5-5.8]	16	3.8	[1.6-6.1]	4	0.6	[0.0-1.2]
Plusieurs fois	21	3.2	[1.6-4.8]	30	8.4	[3.1-13.6]	0	0.0	[0.0-0.0]
Menaces subies de la part de proches	10	1.5	[0.5-2.4]	8	2.3	[0.7-4.0]	1	0.2	[0.0-0.5]
Une fois	9	1.3	[0.4-2.1]	5	1.4	[0.1-2.6]	0	0.0	[0.0-0.0]
Plusieurs fois	1	0.2	[0.0-0.6]	3	0.9	[0.0-2.1]	1	0.2	[0.0-0.4]
Agressions physiques subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	51	7.1	[4.2-10.1]	66	18.3	[10.7-25.9]	2	0.2	[0.0-0.6]
Une fois	21	2.7	[0.7-4.7]	25	7.4*	[3.3-11.4]	2	0.2	[0.0-0.6]
Plusieurs fois	30	4.4	[2.2-6.6]	41	10.9	[4.5-17.3]	0	0.0	[0.0-0.0]
Agressions physiques subies de la part de proches	2	0.3	[0.0-0.7]	7	2.0	[0.5-3.6]	1	0.2	[0.0-0.05]
Une fois	2	0.3	[0.0-0.7]	4	1.1	[0.0-2.4]	0	0.0	[0.0-0.0]
Plusieurs fois	0	0.0	[0.0-0.0]	3	0.9	[0.0-2.0]	1	0.2	[0.0-0.5]

Notes : IC = intervalle de confiance à 95% ; * = différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

Comme pour les actes agressifs subis durant le parcours professionnel ou durant les douze derniers mois, ce sont, dans les EMS, les soignant-e-s qui ont été les principales victimes d'agressions durant les sept derniers jours : 34.3% des soignant-e-s (vs 7.7% des non-soignant-e-s) rapportent ainsi au moins un type d'agression, 32.7% des insultes (vs 7.2%), 18.8% des agressions physiques (vs 1.0%) et 14.2% des menaces (vs 2.3%). Les prévalences d'agressions, toutes formes d'agression confondue, sont les plus importantes pour les aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins communautaires (37.4%), les infirmier-ère-s (27.2%), les travailleurs et

travailleuses sociaux (18.9%) et les animateurs et animatrices socio-culturels (15.2%). Elles sont inférieures à 10% pour les autres catégories professionnelles. Le temps passé en contact direct avec les résident-e-s est également associé à une exposition plus fréquente à des agressions durant les sept derniers jours : un tiers (31.3%) des collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec des résident-e-s rapportent au moins une forme d'agression (vs 4.6% parmi celles et ceux qui passent moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s).

5.3.4 Signalement et gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi

Gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi

Les personnes ayant été victimes d'au moins un acte agressif au cours des douze derniers mois ont dû répondre à quelques questions concernant plus spécifiquement la dernière insulte, la dernière menace ou la dernière agression physique subie.

Elles devaient tout d'abord évaluer dans quelle mesure ce dernier acte agressif avait été gênant pour elles. La gêne ressentie par les professionnel-le-s varie en fonction du type d'acte agressif subi, et les perceptions diffèrent également selon les lieux de travail (Tableau 19). Les collaborateurs et collaboratrices travaillant au sein des EMS sont ainsi proportionnellement plus nombreux que les professionnel-le-s des CMS à évaluer très ou extrêmement gênante leur dernière agression physique (37.3% vs 28.2%). La dernière menace subie est perçue comme très ou extrêmement gênantes par 28.0% des professionnel-le-s dans les CMS (contre 22.7% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 34.2% dans les EMS gériatriques) ; et la dernière insulte subie est très ou extrêmement gênante pour 24.0% des collaborateurs et collaboratrices des CMS (21.8% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, et 19.3% dans les EMS gériatriques).

Au sein des EMS, on ne constate pas de différence significative selon le groupe professionnel, l'ancienneté ou le temps passé en contact avec le ou la résident-e.

Dans les CMS, la perception de la dernière agression subie varie en revanche significativement entre les soignant-e-s et les non-soignants : les soignant-e-s sont ainsi plus nombreux que les non-soignants à trouver très ou extrêmement gênante la dernière insulte (23.6% vs 19.5%) et la dernière agression physique subie (29.0% vs 0.0%). En revanche, 41.7% des non-soignant-es estiment très ou extrêmement gênante la dernière menace subie alors qu'un quart des soignant-e-s (25.3%) ressent la même gêne. Le taux d'activité ou l'ancienneté ne semble pas influencer la perception de la dernière agression.

Tableau 19 Gêne ressentie par les victimes au sein des EMS et des CMS lors de la dernière agression

% pondérés de répondants ayant été victimes de l'agression correspondante au cours des douze derniers mois	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Dernière insulte très ou extrêmement gênante	58	19.3	[13.7-24.8]	45	21.8	[13.0-30.6]	74	24.0	[18.7-29.3]
Dernière menace très ou extrêmement gênante	36	34.2	[21.2-47.1]	20	22.7	[9.9-35.6]	36	28.0	[19.4-36.6]
Dernière agression physique très ou extrêmement gênante	67	37.8	[26.3-49.4]	55	36.7	[26.2-47.2]	22	28.2	[17.7-38.6]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Signalement du dernier acte agressif subi

Ainsi que l'illustre le Tableau 20, les comportements agressifs de résident-e-s ou client-e-s ou de leurs proches à l'encontre des professionnel-le-s sont le plus souvent signalés. On observe, en comparant les différents lieux de travail, que le signalement est plus fréquent dans les EMS que dans les CMS.

Dans les CMS, plus de six collaborateurs ou collaboratrices sur dix déclarent avoir rapporté le dernier acte agressif subi, 64.0% la dernière insulte, 65.2% la dernière agression physique et 63.7% la dernière menace.

Dans les EMS, la dernière agression physique a été rapportée par plus de huit collaborateurs ou collaboratrices sur dix (80.1% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 84.7% dans les EMS gériatriques), et la dernière menace par près des trois quart des victimes (69.5% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 77.8% dans les EMS gériatriques).

Les insultes sont plus fréquemment rapportées par les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans des EMS de gériatrie (77.6% vs 62.1% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé), par les soignant-e-s (73.7% vs 57.6%) et par les collaborateurs et collaboratrices ayant plus de dix ans d'ancienneté (77.5% vs 59.4% pour les répondant-e-s depuis moins d'un an dans leur poste actuel). On ne constate en revanche aucune différence significative concernant le signalement des autres formes d'agressions.

Au sein des CMS, on ne constate pas de différence significative dans le signalement des agressions en fonction du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Tableau 20 Signalement du dernier acte agressif survenu durant les douze derniers mois

% pondérés de répondants ayant été victimes de l'agression correspondante au cours des douze derniers mois	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Dernière insulte	240	77.6	[71.7-83.6]	122	62.1*	[53.7-70.5]	185	64.0	[58.1-69.9]
Dernière menace	125	77.8	[69.2-86.3]	80	69.5	[58.6-80.3]	73	65.2	[54.9-75.6]
Dernière agression physique	176	84.7	[78.2-71.2]	125	80.1	[71.5-88.7]	56	63.7	[53.7-73.7]

Notes : IC = intervalle de confiance ; *= différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

6

Discussion

6 Discussion

6.1 Forces et limites de l'enquête

Cette enquête présente plusieurs originalités. Elle s'appuie en effet sur la définition conceptuelle de la violence et les instruments développés par Zeller et collègues dans le cadre d'une enquête réalisée en Suisse Allemande en 2010 et en 2011, mais s'en éloigne fortement quant à la méthode utilisée.

Tout d'abord, contrairement à l'enquête de Zeller et collègues qui s'intéressait à l'expérience de la violence auprès des soignant-e-s des EMS, **cette enquête élargit le périmètre à l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices, soignant-e-s ou non, des EMS et des soins à domicile**. Cet élargissement offre l'opportunité d'une part d'explorer si les situations de violence sont similaires dans différents lieux de prise en charge, en termes d'ampleur ou de types de violences, et d'autre part de vérifier si d'autres groupes de professionnels, moins fréquemment en contact avec les résident-e-s ou les client-e-s, sont également concernés par des comportements agressifs durant leur activité professionnelle.

L'enquête de Zeller et collègues reposait ensuite sur un échantillon d'EMS volontaires, et au sein de ces EMS, sur un échantillon de soignant-e-s volontaires. Les articles publiés ne fournissent pas d'éléments permettant d'apprécier les caractéristiques des EMS participants à l'enquête et leur représentativité par rapport à l'ensemble des EMS de Suisse Allemande. **Nous nous sommes efforcés, dans notre enquête, d'obtenir des résultats représentatifs de la situation vécue par les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans les EMS et CMS du Canton de Vaud**. L'échantillonnage aléatoire par grappes stratifié permet de garantir une représentativité des établissements et services participants en termes de taille et, pour les EMS, de missions et de faitière. La méthode de calcul utilisée permet également de prendre en compte les effets de structure.

Enfin, nous pouvons également relever **un taux de participation optimal pour les établissements et services** puisque la totalité des structures sélectionnées ont pris part à l'enquête et ont relayé le questionnaire à leurs collaborateurs et collaboratrices, et **un taux relativement élevé, pour ce type d'enquête, pour les professionnel-le-s sollicité-e-s**. 66% des collaborateurs et collaboratrices des CMS et 47 % dans les EMS ont ainsi répondu au questionnaire.

Nous devons toutefois pointer quelques limites. Afin de faciliter la participation du plus grand nombre de collaborateurs et collaboratrices, le questionnaire devait être court et centré sur l'établissement de données de prévalence de la violence. Plusieurs dimensions, présentes dans l'enquête de Zeller et collègues ou dans d'autres études sur la violence dans les lieux de soins, n'ont pu être explorées, à l'instar des conditions de survenue des actes agressifs ou des mesures immédiates prises après l'agression pour la victime et pour l'auteur. **L'enquête est par conséquent strictement descriptive** et ne permet pas d'analyser de façon approfondie des pistes explicatives quant aux facteurs associés à la survenue de ces comportements agressifs. Les tests

d'associations que nous avons effectués, par exemple entre la violence subie et le groupe professionnel des victimes ou leur taux d'activité, sont également exploratoires et sont uniquement bivariés, ne prenant pas en compte de possibles effets confondants. D'autres analyses, multivariées, seraient nécessaires pour permettre de prendre en compte l'aspect multifactoriel de la violence et identifier des profils de victimes.

Une deuxième limite importante concerne la sélection de l'échantillon et ses caractéristiques. Nous ne disposons en effet d'aucune indication concernant les collaborateurs et collaboratrices n'ayant pas répondu à l'enquête et ne pouvons, malgré un taux de participation relativement élevé, éliminer **un possible biais de sélection**. Nous ne pouvons savoir si les personnes n'ayant pas répondu à l'enquête l'ont fait parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par la thématique ou parce qu'au contraire elles sont trop marquées par des épisodes de violence pour en témoigner dans une enquête.

Les différences dans les critères d'échantillonnage et dans les modalités de recueil des informations entre l'enquête menée dans les CMS et dans les EMS amènent également à **quelques précautions dans la comparaison des résultats et leur interprétation**. Les résultats issus de cette enquête sont enfin difficilement comparables à ceux obtenus dans l'enquête de Zeller et collègues, en raison des différences méthodologiques relevées ci-dessus.

6.2 La violence, une expérience fréquente dans les lieux de prise en charge de personnes fragiles

Durant les douze derniers mois, plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 28.6% des personnes employées dans les CMS du Canton de Vaud ont été victimes d'au moins un acte agressif de la part de résident-e-s, de client-e-s ou de leurs proches. Près d'un tiers des professionnel-le-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé, un cinquième de celles et ceux travaillant dans un EMS de gériatrie et 3.1% dans les CMS ont fait l'expérience de cette violence durant les sept jours ayant précédé l'enquête.

Ces taux sont importants et pointent la réalité et l'ampleur de la violence régulièrement rencontrée dans les lieux de soins. Ces prévalences sont toutefois **cohérentes avec les données disponibles à l'étranger et en Suisse.**

Les situations de violence sont ainsi fréquemment vécues par les professionnel-le-s travaillant au sein des EMS, ainsi que nous pouvions le supposer à la lecture de la littérature internationale et nationale. Dans leur revue de littérature, Zeller et collègues⁶ relevaient des taux d'actes agressifs auprès de soignants travaillant en EMS variant entre 1.2 incidents par jour à 1 à 4 incidents par année selon les instruments de mesure et les méthodes utilisées. Dans leur enquête menée en Suisse allemande auprès d'un échantillon de soignant-e-s, Zeller et al.⁴ montraient que 82% des soignant-e-s déclaraient avoir été victimes d'au moins une forme de violence au cours des douze derniers mois : 77% des répondant-e-s rapportaient avoir été victimes d'insultes, 38% de menaces

et 54% d'agressions physiques. 38% des soignant-e-s ayant répondu à l'enquête avaient été par ailleurs victimes d'au moins une forme d'agression durant les sept derniers jours, 19% d'insultes, 3% de menaces et 16% d'agressions physiques. Avec le même instrument de mesure, mais une méthode d'échantillonnage différente, les prévalences et la hiérarchie des formes d'agressions les plus couramment rencontrées sont similaires dans les deux enquêtes révélant une situation pour les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans les EMS du Canton de Vaud proche de celle vécue en Suisse Allemande.

Cette fréquence de la violence peut en partie **s'expliquer par les caractéristiques des personnes prises en charge dans les établissements médico-sociaux**. La présence de résident-e-s présentant des troubles cognitifs et/ou des troubles du comportement est en effet un facteur augmentant le risque d'exposition à la violence dans les lieux de soins^{5, 6, 17}. Les données provenant de PLAISIR montrent ainsi qu'environ un tiers des résident-e-s vaudois-e-s présentent des signes d'agressivité verbale^c et/ou physique^d, cette proportion étant stable durant les cinq dernières années. Parmi les résidents présentant des comportements agressifs, une large majorité a également un problème de communication modéré^e ou sévère^f. La prévalence plus élevée d'actes agressifs dans les EMS ayant pour mission la psychiatrie de l'âge avancé tend à confirmer cette corrélation entre l'exposition à la violence et le profil des résident-e-s hébergé-e-s.

Nous ne disposons pas de données de comparaison, en Suisse, pour la violence vécue par les professionnel-le-s de l'aide et du soin à domicile. Les quelques études étrangères identifiées font état de prévalences moins élevées que dans les lieux de soins de longue durée, ce que nous retrouvons également dans notre enquête. Ainsi, dans une enquête menée aux Etats-Unis auprès d'un échantillon de 1'214 femmes professionnelles du maintien à domicile¹⁸, le taux d'agression verbale durant l'année écoulée s'élevait à 50.3% ; un quart d'entre elles rapportaient durant la même période un acte de violence sur le lieu d'intervention et un dixième une agression sexuelle. Une autre enquête américaine menée auprès d'un échantillon de 677 infirmier-ère-s et d'aides à domicile faisait état d'une prévalence annuelle d'agressions, tous types d'agressions confondus, de 4.6%, survenant principalement lorsque le ou la client-e était atteint de troubles cognitifs ou percevait comme une menace l'activité d'aide ou de soins prodiguée par le ou la professionnelle¹⁹.

Dans leur rapport transmis au Service de la santé publique¹⁴, l'AVASAD rapportait par ailleurs, sur les neuf premiers mois de l'année 2016, 41 faits de violence subis par leurs collaborateurs ou collaboratrices sur l'ensemble du canton, principalement des faits de violence verbale ou psychologique (n = 32), de violence physique (n = 7) ou de présence d'armes (n = 2). Durant la même période, les collaborateurs et collaboratrices ont rencontré 29'775 client-e-s. Même si, en

^c Injures, insultes, cris, jurons, gros mots, obscénités dirigés contre autrui (personnel, visiteur, autre résident)

^d Usage des mains, des pieds, de la tête ou du corps pour attaquer quelqu'un (pousser, faire tomber, griffer), lancement ou bris d'objet, crachats, etc. L'agressivité physique peut être dirigée contre un membre du personnel, un visiteur ou un autre résident.

^e En cas de problème de communication modéré, les capacités de l'individu à se faire comprendre sont limitées. Il s'exprime facilement en ce qui a trait à ses besoins de base tels : la faim, la soif, le sommeil, l'élimination. Il n'exprime pas ou peu ses opinions et n'a pas ou peu de conversation sociale.

^f En cas de problème de communication sévère, l'individu a beaucoup de difficultés à se faire comprendre. Seul le personnel ou les gens qui le connaissent très bien réussissent à interpréter ses messages, les sons qu'il émet ou son langage corporel (geste, mimique, autres).

l'absence d'un relevé systématique, ces chiffres sont approximatifs, ils corroborent les prévalences peu élevées d'actes agressifs identifiés dans la présente enquête.

Le temps de contact avec les client-e-s est sans doute un facteur expliquant cette exposition moins importante : les collaborateurs et collaboratrices des CMS travaillent, pour une large partie d'entre eux, à un faible taux d'activité et ont des contacts relativement limités dans le temps avec les résident-e-s. Le profil de la clientèle fournit également une autre piste d'explication. Parmi les 7'301 personnes évaluées au moyen de l'outil RAI HC⁹ entre mai 2016 et janvier 2017, 1.2% présentaient de l'agressivité, verbale ou physique, manifeste et difficilement maîtrisée durant les trois derniers jours précédant l'évaluation ; une majorité de ces personnes présentaient simultanément des troubles cognitifs¹⁴.

6.3 La violence, un risque inhérent aux métiers de l'aide et du soin

Les actes agressifs semblent concerner **tous les professionnel-le-s des EMS ou des CMS, soignant-e-s comme non-soignant-e-s**. C'est un résultat à notre connaissance inédit, la plupart des enquêtes sur la violence dans les lieux de soins s'étant principalement intéressés aux seuls soignant-e-s^{5, 6, 17, 21}.

Notre enquête montre toutefois que **le risque d'être confronté, durant le parcours professionnel et à son poste actuel, à un acte agressif de la part de résident-e-s ou de proches, dépend du temps passé en contact avec les résident-e-s et du taux d'activité**. Les soignant-e-s sont ainsi les **premières victimes de la violence au sein des EMS comme dans les CMS, tout comme les professionnel-le-s du travail social et de l'animation socio-culturelle**. Le contact direct avec les résident-e-s ou les client-e-s les exposent en effet plus fréquemment à ces situations, ce qui est confirmé par l'association significative dans les EMS entre le temps de travail passé en contact avec les résident-e-s et l'expérience d'agressions durant les douze derniers mois et durant les sept derniers jours.

Dans les CMS, le taux d'activité est également corrélé avec l'expérience d'actes agressifs, les collaborateurs et collaboratrices employés à temps plein ou à plus de 80% rapportant plus fréquemment être victimes d'actes agressifs que celles et ceux travaillant à des taux d'activité moins élevés.

Nous n'approfondissons pas, dans cette étude, les circonstances des actes agressifs, mais d'autres recherches avaient mis en évidence une survenue plus fréquente d'actes agressifs durant les soins ou les actes nécessitant un contact corporel avec le ou la résident-e ou le ou la client-e (par exemple lors de la toilette ou de l'habillage)^{5, 6, 21}. Ces situations d'interaction, où la sphère personnelle du résident ou de la résidente est touchée, semblent particulièrement à risque.

⁹ Le *Resident Assessment Instrument* (RAI) est un outil clinique visant à promouvoir l'identification systématique et standardisée des problèmes de santé des personnes âgées afin d'améliorer leur prise en charge. La version *Home Care* (HC) a été développée pour la prise en charge des bénéficiaires des soins à domicile et adoptée en 2003 par l'Association suisse des soins à domicile (ASSASD)²⁰.

Ces actes de violence sont le plus souvent commis par des résident-e-s ou des client-e-s. Les actes de violence commis par les proches sont moins nombreux et se traduisent le plus souvent par des agressions verbales ou des menaces. Ils se retrouvent, dans des proportions équivalentes, tant dans les établissements médico-sociaux que lors d'une prise en charge à domicile. Les données sur cette forme de violence, perpétrée par des proches à l'encontre de collaborateurs et collaboratrices, sont très peu nombreuses⁵ et ne permettent pas de comparaisons.

Dans leur rapport, l'AVDEMS pointait que *« s'il est vrai qu'une part des actes de violence subis peut être considérée comme acceptable par le personnel des EMS, principalement en lien avec la pathologie des résidents, il n'en va le plus souvent pas de même avec celle qui est le fait des familles ou des proches »*. Notre enquête ne permet pas d'étayer cette hypothèse, mais révèle en effet, chez les collaborateurs et collaboratrices des EMS, d'une **certaine acceptation des actes agressifs subis**, sans qu'il soit possible d'évaluer le degré d'acceptation de ces actes en fonction de leur auteur. Si une large majorité des victimes d'au moins un acte agressif durant les douze mois signalent le dernier incident subi, ces incidents sont dans le même temps majoritairement évalués par leurs victimes comme peu ou pas gênants. Un tiers des victimes estiment par ailleurs ne pas avoir eu besoin de soutien suite à ces incidents.

Si cette évaluation de la gêne ressentie lors du dernier incident permet d'apprécier, de façon globale, les répercussions des actes de violence pour les collaborateurs et collaboratrices, **notre enquête ne permet pas d'analyser les conséquences que ces violences peuvent avoir sur la santé, le bien-être des victimes ainsi que sur la relation de soins.** Celles-ci, si l'on en croit les rapports et les recherches sur le sujet, sont loin d'être négligeables. Les violences subies par les collaborateurs et collaboratrices dans les lieux de soins, surtout si elles sont répétées, peuvent engendrer des arrêts de travail – limités dans notre enquête - , un stress accru durant les jours suivant l'agression, y compris chez celles et ceux qui n'en ont pas été directement victimes, une altération de la relation et peuvent conduire à une démotivation et à un arrêt d'activité professionnelle^{5, 22, 23}.

6.4 La violence, une problématique diversement prise en compte par les établissements et les services

Notre enquête permet tout d'abord de constater que, si les violences ne sont pas rares dans les EMS et les CMS, **leurs victimes estiment déjà bénéficier de mesures de soutien sur le lieu de travail** : un tiers des répondant-e-s ayant été victimes d'actes agressifs durant les douze derniers mois dans les EMS et quatre victimes sur dix dans les CMS déclarent qu'ils ou elles ont discutés de ces incidents avec leur supérieur hiérarchique, le service RH ou la direction, plus de la moitié signalent en avoir discuté avec un collègue de travail. Qu'ils ou elles aient ou non été victimes d'acte agressif, une large majorité des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et les CMS, estiment par ailleurs que les victimes d'actes agressifs peuvent bénéficier d'un soutien

au sein de leur structure, en particulier de la part de leur supérieur hiérarchique ou sous la forme d'une discussion en équipe.

Ce constat met en évidence **le rôle important joué par la direction et par le management intermédiaire** pour prévenir et gérer les situations de violence au sein de leur établissement et témoigne, à ce titre, d'un bon niveau de confiance des personnels par rapport à leur direction actuelle. Le consensus est toutefois plus élevé au sein des répondant-e-s des structures à domicile, reflet sans doute d'une plus grande homogénéité dans le traitement de cette thématique au sein de l'AVASAD ¹⁴.

Ainsi que le précisait le rapport transmis au SSP par l'AVDEMS, les procédures de gestion et d'accompagnement des violences à l'encontre des personnels ne sont en revanche pas uniformes dans tous les EMS du canton. Cela se traduit par des niveaux de connaissance moins élevés, chez les répondant-e-s à l'enquête, des mesures à disposition des personnels pour signaler, gérer et soutenir les collaborateurs et collaboratrices.

7

Conclusions

7 Conclusions

Pour la première fois dans le Canton de Vaud, une enquête de grande envergure offre un bilan des situations de violence à l'encontre des personnels des CMS et des EMS. Fréquemment exposés à la violence durant leur parcours professionnel et à leur poste actuel, les collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s relèvent toutefois l'existence de mesures de signalement, de gestion et de soutien au sein de leur structure. Même si elles n'aboutissent que rarement à des arrêts de travail, les violences vécues par les personnels ne doivent pas être banalisées, car elles peuvent, surtout quand elles sont répétées, avoir des conséquences à court ou à long terme sur la santé physique et psychique des collaborateurs et collaboratrices. Elles peuvent également, au sein d'une équipe ou d'un établissement, avoir des répercussions au-delà des victimes elles-mêmes et impacter durablement la satisfaction et la motivation au travail.

Les origines des actes de violence commis par les résident-e-s, les client-e-s ou des membres de leur entourage étant multifactorielles^{5, 6}, les mesures à mettre en œuvre pour prévenir les situations de violence ou accompagner les collaborateurs et collaboratrices atteintes de violence combinent des actions visant l'environnement de travail, les collaborateurs et collaboratrices et les résident-e-s ou client-e-s. **La prise en compte des actes agressifs par l'employeur constitue la première étape, indispensable, d'un plan de prévention et de gestion des violences au sein d'un établissement.**

Suite à une revue documentaire portant sur la violence dans les lieux de soins de longue durée, Richter (2013) formule plusieurs recommandations qui nous semblent s'appliquer au contexte vaudois :

- Développer un concept ou des recommandations spécifiques adaptées à l'établissement, où tous les types d'agression survenant dans l'institution sont décrits en détail et abordés de manière préventive.
- Elaborer des normes de soin pour la gestion des comportements agressifs chez les résidents.
- Identifier les compétences actuelles des collaborateurs et collaboratrices en matière de gestion des actes agressifs, de désescalade, d'attitudes face aux résidents agressifs
- Former les collaborateurs et collaboratrices à la gestion de comportements agressifs
- Mettre en place de la supervision et de l'intervision pour gérer les situations où les collaborateurs et collaboratrices sont victimes d'actes agressifs.

La démarche adoptée par l'AVASAD nous semble entrer dans ce cadrage général et devrait permettre à la fois de documenter, de faire reconnaître et de gérer les agressions à l'encontre des personnels dans les CMS. Elle est facilitée par la structuration générale de l'AVASAD qui permet d'adopter des pratiques homogènes pour l'ensemble des CMS du canton.

La situation effective au sein des EMS quant à l'existence de démarches formalisées de traitement des violences à l'encontre des personnels, est, à ce jour, méconnue. Certains établissements possèdent déjà un concept définissant les modalités de signalement, de gestion et de soutien des situations de violence au sein de leur établissement, d'autres en revanche en sont dépourvues. Il nous semblerait utile que les faïtières puissent initier une réflexion commune sur les violences subies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS. Les résultats de cette enquête pourraient servir de socle à cette démarche.

La prévention des actes agressifs devrait également passer par une sensibilisation des bénéficiaires, résident-e-s et client-e-s, et de leurs proches. La Charte des CMS s'inscrit déjà dans un objectif de promotion du respect mutuel attendu entre les deux parties, collaborateurs et collaboratrices d'une part qui ont à adopter une attitude professionnelle et adaptée en toutes circonstances, et bénéficiaires de l'aide et des soins d'autre part. Le Chapitre 3 lettre I mentionne ainsi que « *le client s'engage à faciliter l'intervention des collaborateurs à son domicile en leur assurant accueil, respect et sécurité* »¹⁴. Au moment de l'entrée en EMS, le ou la résident-e ou l'un de ses proches signe également un contrat d'hébergement et est sensibilisé aux règles de convivialité s'appliquant pour tous et toutes dans l'établissement.

Enfin, la formation des personnels apparaît à renforcer, mais sans doute de façon ciblée pour permettre aux professionnel-le-s les plus exposé-e-s de disposer de connaissances sur les situations à risque, les comportements à adopter pour prévenir ou gérer des actes de violence et les mesures disponibles au sein des établissements. A ce titre, les cadres et les collaborateurs et collaboratrices en contact direct avec les résident-e-s, les client-e-s ou des membres de leur entourage, quelle que soit leur profession, apparaissent comme des cibles prioritaires de mesures de sensibilisation ou de formation.

8

Références

8 Références

- 1 Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Third edition ed. Genève: Bureau international du travail; 2006.
- 2 Debout M. Travail, violences et environnement. . Paris: Conseil économique et social, 1999 Available from: <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/1999/99112420.pdf>
- 3 Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. La violence au travail. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002. (FACTS 24). Available from: <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/24>
- 4 Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I, Halfens RJG. Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. Journal of nursing scholarship. 2012;44(3):249-57.
- 5 Richter D. Agressions dans les établissements de soins de longue durée. Tableau nuancé du problème. Berne: CURAVIVA Suisse, 2013 Available from: <https://www.curaviva.ch/files/58TOIIS/Agressions-dans-les-EMS.pdf>
- 6 Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. Geriatric Nursing. 2009;30(3):174-87.
- 7 Tragno M, Duveau A, Tarquinio C. Les violences et agressions physiques au travail: analyse de la littérature. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology. 2007;57(4):237-55.
- 8 Organisation internationale du travail. Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. Genève: Bureau international du travail, 2003 Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112577.pdf
- 9 Cavalin C. Violences au travail: Que mesure-t-on dans les enquêtes? Connaissance de l'Emploi. 2012(96):1-4. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01024594/>
- 10 Bué J, Sandret N. Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. Premières synthèses. 2008(22.2):1-4. Available from: http://www.alephworlds.com/spip_cfdt/IMG/pdf/harcelement_au_travail.pdf
- 11 Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF. Cahiers du genre. 2003;2(35):45-70.
- 12 Lippel K, Vézina M, Stock S, Funès A. Violence au travail : harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique. In: Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin E, Delisle A, et al., editors. Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST); 2011. p. 325-99.
- 13 Perroud S. Violence, maltraitance des soignants par les résidents en EMS : regards, étude et responsabilités du directeur [Mémoire de fin d'étude]. Genève: Haute école de travail social (Hets); 2008.

- 14 Service du développement des pratiques professionnelles (AVASAD). Violence à l'encontre du personnel des CMS. Note pour le Service de la santé publique du Canton de Vaud. 2017.
- 15 Gonseth Nusslé S, Chaouch A, Cominetti F, Camain J-Y, Paccaud F, Rousson V, et al. Evaluation de l'impact des nouvelles Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS) sur la satisfaction des usagers. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016. (Raisons de Santé 260).
- 16 Simonson T, Bize R. Evaluation du dispositif de réinsertion et de réorientation des infirmières. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Non publié. (Raisons de Santé 000).
- 17 Needham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. Violence in the Health Sector. Third International Conference on Violence in the Health Sector Linking local initiatives with global learning; 2012; Vancouver. Amsterdam 2012.
- 18 Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2015;15(1):11.
- 19 Galinsky T, Feng HA, Streit J, Brightwell W, Pierson K, Parsons K, et al. Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. Rehabilitation nursing. 2010;35(5):206-15.
- 20 Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, et al. Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de Santé 191).
- 21 Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege-und Betreuungsberufen—Ein Literaturüberblick. Das Gesundheitswesen. 2009;71(08/09):449-59.
- 22 Hogh A, Hoel H, Carneiro IG. Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. Journal of nursing management. 2011;19(6):742-51.
- 23 Miranda H, Punnett L, Gore R, Boyer J. Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. Occupational and environmental medicine. 2011;68(1):52-7.

