



Unité de recherche et d'intervention en gérontologie

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Recherche-action réalisée

dans quelques établissements médico-sociaux vaudois

*Rapport rédigé pour le Service de la Santé publique
du canton de Vaud (CH)*

Lausanne, 30 mars 2004



1. RAPPEL DU MANDAT ET DU CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	3
2. ORIENTATION DE LA RECHERCHE.....	5
2.1. <i>Interdisciplinarité et expertise de l'UNIGER</i>	5
2.2. <i>Postulats</i>	5
2.3. <i>Perspectives théoriques</i>	7
2.4. <i>Quelques éléments sur la maltraitance de personnes âgées</i>	7
2.5. <i>La violence et sa prévention dans une approche psychosociale et systémique</i> ...9	
3. MÉTHODE DE RECHERCHE	11
3.1. <i>Cadre méthodologique</i>	11
3.1.1. <i>La recherche-action</i>	11
3.1.2. <i>Une approche systémique de la résolution de problèmes</i>	13
3.2. <i>Expérience-pilote de prévention de la maltraitance des personnes âgées auprès d'établissements médico-sociaux vaudois</i>	16
3.2.1. <i>Diffusion de l'offre d'intervention</i>	16
3.2.2. <i>Dispositif d'intervention et déroulement de la démarche avec les EMS-partenaires</i>	17
4. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES.....	19
4.1. <i>Méthode de recueil et d'analyse</i>	19
4.2. <i>Synthèse des résultats</i>	19
4.2.1. <i>Evolution de la situation définie initialement comme problématique par les équipes-partenaires</i>	20
4.2.2. <i>Identification des difficultés rencontrées par les équipes-partenaires et des ressources de changement (facteurs de risque et facteurs de prévention)</i> .24	
a) <i>Vécu de la situation par les équipes, en termes de maltraitance</i>	24
b) <i>Description initiale du problème par les équipes et difficultés rencontrées en lien avec les caractéristiques et l'attitude du résident dans l'EMS</i>	29
c) <i>Aspects positifs du résident et pistes de changement esquissées</i>	34
d) <i>Parcours du résident avant son entrée dans l'EMS et influence sur le regard des équipes</i> ..	36
e) <i>Difficultés (ou aide) rencontrées au niveau des relations internes aux équipes</i>	40
f) <i>Difficultés (ou aide) rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution</i>	42
g) <i>Difficultés (ou aide) rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur</i>	44
h) <i>Ressources mobilisées spontanément par les équipes et "stratégies gagnantes"</i>	46
<i>Bilan</i>	47
4.2.3. <i>Analyse des leviers du changement</i>	48
a) <i>Caractéristiques de l'intervention ayant facilité le processus de changement</i>	48
b) <i>Effets de l'intervention et changements observés par les participants</i>	50
<i>Bilan</i>	55
5. PROPOSITIONS DE PÉRENNISATION.....	57
6. CONCLUSIONS	60
7. BIBLIOGRAPHIE	62

1. Rappel du mandat et du contexte de l'étude

Restée longtemps taboue¹, la question de la maltraitance envers les personnes âgées est aujourd'hui reconnue comme un véritable problème de santé publique. Les mauvais traitements, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique, sexuel ou financier, engendrent non seulement de graves problèmes au niveau de la santé, mais également sur le plan social. Consciente de ces problèmes, la Commission d'enquête parlementaire (CEP) a intégré dans son rapport au Grand Conseil sur les EMS vaudois (30.1.2001, p. 185) la demande de lancement d'une étude de type universitaire sur la maltraitance.

Suite à ce rapport, le Service de la santé publique (SSP) a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) pour réaliser une analyse exploratoire. Cette analyse visait à établir le cahier des charges de l'étude à réaliser. Elle a permis de dégager trois principes de recherche prioritaires :

- La mise en place de stratégies d'actions pour le dépistage et le suivi des situations,
- L'engagement des citoyens et des professionnels par la sensibilisation et l'information,
- La mise en réseau d'actions coordonnées sur le plan cantonal, inter-cantonal, voire suisse.

En fonction des recommandations de l'IUMSP, le SSP a choisi de mettre en place un programme «d'actions prioritaires», plutôt que de conduire une recherche au sens strictement académique du terme. Ce programme d'actions² devait permettre de lutter contre le problème de la maltraitance des personnes âgées en offrant des bénéfices directs non seulement aux personnes âgées et à leur entourage, mais aussi aux professionnels de la gériatrie. Il devait en outre comporter des mesures d'information, de sensibilisation et de formation, ainsi que des propositions concrètes de mise en œuvre et de suivi. Son but était de rendre accessible à toutes les personnes touchées par la maltraitance des aînés ("victimes" comme "abuseurs"³) une aide appropriée. Cette aide devait leur permettre de comprendre leur situation, afin de réussir par la suite à en sortir.

Dans ce contexte, le SSP a lancé un appel d'offres en juin 2002, auquel a répondu une « Task force » réunissant la Fondation Charlotte Olivier (FCHO), l'Unité de recherche et d'intervention en gérontologie (UNIGER) et la section vaudoise de l'Association suisse contre la maltraitance des personnes âgées (Alter Ego).

¹ Il y a seulement une vingtaine d'années que des chercheurs ont commencé à s'intéresser à cette problématique.

² Selon le cahier des charges du 14.06.2002.

³ Nous employons ces termes entre guillemets en raison de la dimension circulaire du processus de la maltraitance (voir chapitre 2.4.).

Le projet de recherche-action de l'UNIGER, inscrit dans l'offre conjointe de ces trois institutions, avait pour objectif d' *« élaborer un cadre de référence qui permette d'accroître les connaissances sur la maltraitance, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs, les ressources du réseau pour l'intervention et le suivi »*. (cf. proposition de la « Task force » du 11.7.2002)

Plus concrètement, ce projet visait à :

1. *Éviter les dérapages ou les aggravations de situations à risques, respectivement faciliter la résolution de situations de maltraitance avérée, par un travail de réflexion et de recherche commune de solutions avec les professionnels impliqués.*
2. *Valoriser les savoir-faire, les stratégies « gagnantes » (renforcer, donner crédit et diffusion au « comment ces professionnels s'en sortent dans des situations difficiles »).*
3. *Analyser les processus de réflexion et de résolution de problèmes expérimentés dans ces situations (dans une perspective de recherche-action), afin d'élaborer un cadre de référence et de proposer des pistes pour la formation.*

Le présent rapport constitue l'aboutissement de la recherche-action réalisée sous la responsabilité de l'UNIGER. Il rend compte de ses principaux résultats, ainsi que de propositions de pérennisation.

Ont participé à cette recherche : Mmes Eliane Christen-Gueissaz et Delphine Roulet, UNIGER, Mme Antoinette Genton, HES's² EESP, Mme Nataly Viens-Python, Fondation Charlotte-Olivier (FCHO), Mme Maja Heiniger en formation postdiplôme à la HES's² La Source.

2. Orientation de la recherche

Afin de rendre compte du sens et de la logique de la démarche proposée par l'UNIGER, il nous paraît important de commencer par en présenter le contexte et les prémisses.

2.1. Interdisciplinarité et expertise de l'UNIGER

Depuis sa création en été 1995, l'UNIGER, basée à l'Université de Lausanne, s'est attachée à créer des liens entre le monde de la recherche universitaire et celui des acteurs de l'intervention. Par la formation académique et l'expérience professionnelle spécifique⁴ de ses collaborateurs, l'UNIGER vise à concilier rigueur universitaire et connaissance concrète des enjeux et des besoins du terrain. Elle se veut interface entre le pôle de la recherche et celui de l'action gérontologique.

Par nature « à géométrie variable », l'UNIGER a réuni pour le présent mandat une équipe de recherche et d'intervention composée d'une psychologue, d'une infirmière et de deux psychosociologues, toutes intéressées depuis longtemps à la problématique de la maltraitance des personnes âgées. L'équipe a également eu des échanges avec une infirmière en cours de spécialisation et travaillant dans un EMS.

2.2. Postulats

Notre démarche se fonde sur un certain nombre d'observations, qui s'inscrivent dans une réflexion développée depuis quelques années à l'UNIGER. Ces observations et ce questionnement ont été nourris par des échanges interindividuels, interdisciplinaires, et interinstitutionnels. Ils sont parallèlement enrichis par une étude en cours sur les « Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des "démarches qualité" et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux vaudois et genevois » (recherche financée par la Fondation Leenaards), ainsi que par le travail de thèse de doctorat d'une collaboratrice de l'UNIGER sur les mécanismes interactionnels de la maltraitance des personnes âgées⁵. Cette réflexion a également été documentée par une revue de question⁶ sur le sujet, réalisée par cette même collaboratrice de l'UNIGER.

⁴ Dans le domaine de la gériatrie, tous ont été impliqués, à un moment ou un autre de leur carrière professionnelle, dans un travail auprès des personnes âgées (que ce soit comme aide en EMS, dans le travail social ou les soins infirmiers).

⁵ Ce travail vise en particulier à explorer les liens entre dynamique maltraitante et (dys)fonctionnement de la communication dans la relation entre aidant(s) et personne âgée en situation de dépendance.

⁶ Roulet, D. (2002). Comprendre la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir. *Actualités psychologiques. Cahiers de l'Institut de Psychologie. Université de Lausanne*, 3.

L'intégration de toutes ces informations a amené l'équipe de recherche à formuler plusieurs postulats, qui peuvent être résumés de la manière suivante :

- Les établissements médico-sociaux subissent des **pressions de plus en plus fortes**. Ces contraintes, liées à des éléments externes (restrictions budgétaires, exigences et processus de contrôle, médiatisation des abus dénoncés dans certains EMS, phénomènes sociaux de « bouc-émissérisation ») comme à des facteurs internes (difficultés dans le recrutement du personnel, alourdissement des cas pris en charge), conduisent fréquemment les équipes à **des situations d'impasse**.
- Ces situations de crise comportent **un risque de maltraitance**. Elles sont difficiles à gérer sur le plan psychologique pour le personnel, d'autant que celui-ci n'est souvent **pas assez qualifié et/ou pas préparé** à ce type de prise en charge (psychogériatrique, voire psychiatrique).
- Une situation de maltraitance implique toujours la souffrance d'**une équipe**. Se sentant **impuissante face à une situation qui la dépasse**, celle-ci peut réagir **de manière défensive** (par exemple, par de l'agressivité ou par un « blindage affectif »), voire violente⁷. Elle tente ainsi de reprendre le contrôle d'une réalité qui lui échappe. Son agressivité constitue en ce sens **une réaction « normale » à une situation « anormale »**. Garder cet élément à l'esprit nous paraît essentiel pour **éviter de stigmatiser** les personnes concernées et essayer de **maintenir un dialogue** avec elles. Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille excuser des actes "inadéquats" portant parfois irrémédiablement atteinte à l'intégrité (psychique, physique, affective, financière ou sociale) de personnes âgées, déjà en situation de vulnérabilité et en position de dépendance.
- La maltraitance se manifeste dans **une situation complexe**, qui implique plusieurs acteurs, de même que des éléments contextuels micro- et macrosociaux.
- Une équipe dispose de **ressources de changement** qu'un regard extérieur et qu'un apport interdisciplinaire peuvent aider à identifier et à mobiliser.
- Prendre en compte le contexte et mettre en valeur les ressources de l'équipe constituent un moyen de dépasser une vision restrictive de la maltraitance des personnes âgées et d'être plus efficace dans la résolution des problèmes. Cet élargissement du regard permet en effet de **comprendre le problème dans sa complexité** et d'**optimiser le champ des solutions** possibles. C'est précisément ce levier de changement que l'UNIGER a voulu exploiter dans la recherche-action proposée au SSP.

⁷ La violence est comprise ici dans le sens d'une atteinte à l'intégrité de l'autre.

2.3. Perspectives théoriques

Les postulats présentés s'inscrivent dans un cadre théorique qu'il nous paraît nécessaire d'explicitier.

Notre étude se réfère à **une perspective à la fois psychosociale, systémique et constructiviste**. Dès ses débuts, l'UNIGER, située à l'Université de Lausanne, s'est orientée vers une gérontologie psychosociale. La gérontologie psychosociale est une approche qui, comme d'autres disciplines voisines (gériatrie, psychogériatrie, sociogérontologie), s'intéresse au vieillissement des individus. Sa spécificité tient toutefois au fait qu'elle se centre sur « des personnes en situation, sur des problématiques considérées comme co-construites socialement et subjectivement, et saisies dans une démarche clinique plutôt qu'expérimentale. » (Christen, 2003, p.22). Ce modèle intègre des postulats et des applications provenant aussi bien de la recherche qualitative, de l'approche systémique que du constructivisme.

La **recherche qualitative**⁸ représente une option de recherche tournée vers la *compréhension* (plutôt que l'explication) et la *découverte* (plutôt que la recherche de la preuve). Elle s'intéresse à *la signification que les individus en contexte donnent à leurs actes*. Elle ne se focalise donc pas sur l'observation des comportements (qui seraient ensuite décodés par le chercheur), mais plutôt sur l'interprétation faite par les personnes en situation, au travers de leur discours. Cet intérêt repose sur le postulat d'une continuité entre sens commun et savoir scientifique. L'implication du chercheur est alors nécessairement reconnue, et c'est l'exigence d'une *attitude auto-réflexive* qui garantit la validité de ses analyses.

L'**approche systémique** et le **constructivisme**⁹ (ou le « constructionnisme »¹⁰, plus récent) introduisent tous deux la notion de *complexité de la situation de recherche*, en considérant que cette situation particulière constitue *un système* (ou *métasystème*) incluant le chercheur, ses partenaires et le contexte dans lequel s'inscrit leur relation. En ce sens, *la problématique étudiée ne préexiste pas à l'observation*. Elle est construite par le chercheur et médiatisée par ses présupposés théoriques et méthodologiques, le contexte et les enjeux de la recherche. De même, *les données récoltées et leur analyse sont le fruit d'une co-construction entre les différents acteurs de la recherche* (chercheurs, interviewés, mandants et destinataires). La compréhension de la réalité investiguée s'inscrit donc dans un processus évolutif. Elle est co-construite dans l'interaction entre les partenaires de la recherche (dimension *hic et nunc* de l'échange) et le contexte dans lequel elle s'inscrit (dimension socio-historique de la situation).

2.4. Quelques éléments sur la maltraitance de personnes âgées

L'Association suisse contre la maltraitance des personnes âgées (Alter Ego) propose la définition suivante de la notion de "**maltraitance**" :

« Tout acte –comportement ou attitude- commis ou omis envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne. ».

Il est à noter que les termes "sévices", "abus" ou "négligences" sont souvent utilisés comme synonymes pour désigner les mauvais traitements à l'égard des aînés.

⁸ Voir par exemple Lessard-Hébert (1990); Mucchielli (1996).

⁹ Voir par exemple Le Moigne (1995).

¹⁰ Voir par exemple Gergen (2001).

Dans une perspective de compréhension plus globale, il apparaît que le processus de la maltraitance (c'est-à-dire qui conduit au « passage à l'acte » et à des actes de maltraitance avérée) se situe **dans le domaine de l'interactivité**. La maltraitance « *constitue une sorte de phénomène circulaire ou de cercle vicieux, où chaque protagoniste renforce et répond à l'agressivité de l'autre en adoptant un comportement encore plus agressif, ce qui donne lieu à une véritable escalade de la violence* » (Roulet, 2002, p.9).

La **notion d'agressivité** permet de mieux comprendre la logique à l'œuvre dans la dynamique de la maltraitance. En effet, l'agressivité¹¹ vise « *à se défendre ou s'affirmer à l'encontre de quelqu'un ou de quelque chose* » (Lorenz, 1969). Elle présente en ce sens **une valeur adaptative**, car celui qui agresse répond souvent à un sentiment de menace pour son intégrité personnelle. Ce faisant, il tente de maîtriser une situation qui le dépasse et face à laquelle il se sent impuissant et/ou envahi par le désarroi. L'agressivité marque toutes les étapes du développement de la personne (enfance, adolescence, âge adulte, mais aussi sénescence). Elle s'exprime autant au niveau des attitudes, des paroles (menaces, insultes, critiques, médisance, ironie, causticité) que des gestes des individus.

La maltraitance va toutefois au-delà de l'agressivité¹². Bien qu'elle possède très souvent un caractère défensif (et qu'elle ne soit pas forcément animée de l'intention de « faire mal »¹³), la maltraitance constitue **une forme de violence, c'est-à-dire une atteinte à l'intégrité de l'autre**. Elle conduit à la **destruction de la subjectivité** (processus d'objectivation¹⁴) **et des liens psychiques de filiation** (vertical) **et/ou d'affiliation** (horizontal). Ainsi, les mauvais traitements ne menacent pas seulement la santé physique et mentale des individus, ils les atteignent également **au cœur même de leur sentiment d'identité, voire dans leur humanité**, pour les cas les plus graves.

Il est par ailleurs important de noter que la violence est **toujours relative à des normes et à des valeurs**. Sa définition diffère selon les époques, les cultures et les sociétés. Elle dépend également du point de vue selon lequel la situation est considérée (par exemple, celui de victime, d'agresseur ou de témoin). Cet élément nous semble fondamental à garder à l'esprit, car il permet d'éviter des jugements de valeur hâtifs, peu constructifs au niveau de la prévention.

Concrètement, la maltraitance toucherait entre **6% à 10% des personnes de 65 ans et plus** (10% à 20% selon certains auteurs) dans les pays industrialisés¹⁵. La majorité des situations concerneraient le domicile (environ 65% de cas constatés à domicile contre **35% de cas constatés en institution**¹⁶). Il ne faut pas oublier que la grande majorité des personnes âgées vivent à domicile, ce qui augmente considérablement la probabilité que la maltraitance y survienne. Néanmoins, il est **difficile d'estimer l'ampleur véritable**

¹¹ C'est-à-dire la « tendance à nuire, à attaquer autrui ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate » (Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997).

¹² L'agressivité débouche sur de la violence lorsqu'elle a pour objectif la soumission, l'altération ou la destruction de l'autre et de ce qu'il représente.

¹³ Notamment dans certains cas de négligence.

¹⁴ Voir par exemple Ploton (1990).

¹⁵ Selon les chiffres avancés par le groupe de travail « Vieillir sans violence » basé à Montréal.

¹⁶ Chiffres relevés par le réseau français ALMA entre 1996 et 1998.

du problème : le nombre de cas répertoriés est très probablement en deçà de la réalité. Cette difficulté à évaluer l'étendue de la maltraitance est surtout liée au silence qui entoure ces situations, mais aussi au manque de consensus dans les définitions utilisées par les chercheurs. Il est de ce fait nécessaire de considérer avec prudence les chiffres recueillis¹⁷.

2.5. La violence et sa prévention dans une approche psychosociale et systémique

Aborder la question de la maltraitance de personnes âgées dans une perspective psychosociale et systémique signifie mettre l'accent sur **les dimensions interactionnelle et contextuelle de la situation de violence**. Notre démarche ne vise pas à saisir les agissements d'individus isolés, mais plutôt à comprendre la logique qui anime leurs comportements respectifs, c'est-à-dire la dynamique relationnelle qui les lie et qui donne sens à leurs actes. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'identifier des responsabilités individuelles, mais de resituer le comportement de chacun dans son contexte, afin d'en identifier la signification et de mettre en évidence le processus qui a conduit à son apparition. Cette approche compréhensive peut permettre d'**interrompre la circularité de la violence, en évitant qu'elle n'aboutisse à des actes de maltraitance avérée**.¹⁸

Comme nous l'avons évoqué plus haut, resituer la violence dans son contexte d'apparition, c'est-à-dire élargir le regard à l'environnement, permet de dépasser une vision individualisante et réductrice de la maltraitance. Cette démarche oriente le regard sur les solutions et les ressources à disposition, ouvrant ainsi la voie au changement et à la prévention. Toutefois, pour avoir un sens et une efficacité, elle nécessite avant tout de **réussir à entrer en communication avec les personnes concernées**, afin de construire avec elles une relation de confiance.

Cette alliance¹⁹ constitue une étape indispensable pour le maintien du dialogue et la prévention à long terme. En effet, en voulant aller trop vite ou en agissant de manière trop interventionniste, les intervenants prennent le risque que les personnes concernées (les « maltraitant » comme les « maltraités ») réagissent en se « braquant » ou en refusant tout soutien extérieur. Ainsi, pour éviter que des initiatives de prévention soient perçues comme menaçantes, il importe que les rôles et les objectifs de l'intervention soient clairement définis et que tous les acteurs de la situation se sentent partenaires de la démarche de changement entreprise.

Une telle éthique d'intervention, qui passe par l'écoute active, l'empathie et le non-jugement, est essentielle pour éviter de renforcer les sentiments d'impuissance et de désarroi, fréquemment à l'origine des attitudes agressives observées. Dans les situations

¹⁷ Pour plus de données sur les types de maltraitements les plus fréquents, consulter par exemple le site Internet <http://www.fep.umontreal.ca/violence>

¹⁸ Ou que la maltraitance ne devienne le mode de communication et de fonctionnement « normal » dans la relation.

¹⁹ Qui est à rapprocher de l'alliance thérapeutique.

d'urgence comportant un risque vital, il est évident cependant qu'il s'agit d'intervenir au plus vite pour protéger la personne en danger²⁰.

En considérant la problématique de la maltraitance de personnes âgées sous un angle psychosocial, il nous semble également important de garder à l'esprit que la violence n'apparaît que rarement du jour au lendemain. Dans le cadre d'un établissement médico-social, **la maltraitance s'inscrit le plus souvent dans une histoire et une dynamique interactionnelle qui lie la personne âgée, les aidants, l'institution et l'environnement**. Elle est alors comparable à une sorte d'engrenage qui, telle une spirale qui se referme de plus en plus sur elle-même, donne finalement lieu à une situation d'impasse et de crise. Le rôle joué par l'environnement apparaît ici clairement, puisque **c'est la nature du contexte (et en particulier l'accumulation de « stressseurs ») qui va inhiber ou au contraire favoriser l'éclatement des actes de violence**. Les notions de « facteurs de risque » et de « facteurs de protection »²¹ sont à comprendre en ce sens.

Par ailleurs, comme nous l'avons relevé au chapitre 2.4., il est important de rappeler que **l'agressivité possède une valeur adaptative** (voir par exemple Lorenz, 1969). Cet élément permet de comprendre comment un individu « comme les autres » peut être conduit, lorsque certaines conditions se trouvent remplies, à réagir de façon violente²² ou agressive. Ainsi, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, c'est souvent parce qu'il se sent menacé dans son intégrité (physique, psychologique, spirituelle et/ou sociale) qu'un individu va réagir de manière défensive (notamment par de l'agressivité ou par un blindage affectif).

Dans le cadre d'un EMS, prendre en compte cette dimension aide à comprendre les réactions d'impuissance manifestées par certains soignants, souvent surchargés et peu préparés à faire face à des situations de plus en plus difficiles. Elle permet également d'éclairer les comportements agressifs de certains résidents qui, dans une situation extrêmement angoissante de perte d'autonomie et de repères, peuvent vivre un sentiment permanent de menace diffuse et d'impuissance. Elle permet aussi de donner un sens à certaines mesures prises par des EMS qui, dans un contexte de fortes pressions économiques et de pénurie de personnel qualifié, se retrouvent piégés.

Pour nous, un projet de recherche-action relatif à la prévention de la maltraitance en EMS se devait de tenir compte de tous les aspects évoqués jusqu'ici. **Resituer les comportements de chacun dans leur contexte, prendre en considération les mécanismes mêmes de la violence, élargir le questionnement dans une approche basée sur l'ouverture évitent les jugements de valeurs hâtifs et réducteurs** - jugements qui ne font que renforcer le dysfonctionnement de la communication et les attitudes défensives.

²⁰ Par exemple, en retirant la personne menacée.

²¹ En référence à nos perspectives théoriques, nous préférons parler de facteurs de prévention.

²² Nous ne nions cependant pas l'existence de personnalités violentes ou perverses.

3. Méthode de recherche

En référence aux postulats exposés au chapitre 2.2., notre intervention avait pour objectif d'aider des équipes d'EMS confrontées à une situation d'impasse, en leur offrant, sur demande, un soutien adapté. Ce soutien visait un élargissement de leur compréhension d'une situation « à risque », la mobilisation de leurs ressources, ainsi que l'exploration et l'évaluation de nouvelles pistes de solution. Notre but était d'éviter que la situation problématique ne dérape vers des comportements de maltraitance avérée.

Ce travail d'accompagnement dans la réflexion et dans la recherche de solutions a permis d'étendre le champ des réponses alternatives à la violence. Il a aidé les professionnels à se situer dans une position pro-active²³ et d'encadrement (voir chapitre 3.1.3.).

3.1. Cadre méthodologique

Notre cadre méthodologique relève de la recherche-action et d'une approche systémique de la résolution de problèmes.

3.1.1. La recherche-action

Comme son nom l'indique, la recherche-action comporte deux versants : l'action et la recherche. Notre démarche a ainsi concilié l'intervention, sous forme d'expérience-pilote, et la recherche, dans la quête d'une meilleure compréhension du phénomène de la maltraitance des personnes âgées et des moyens de la prévenir.

Mais qu'est-ce que la recherche-action ?

Il est difficile de parler de la recherche-action, car ce terme est relativement imprécis et ambigu. Il renvoie au paradigme²⁴ d'**une démarche empirique²⁵, pragmatique, qui comporte en même temps un objectif théorique d'explicitation des phénomènes qu'elle observe et sur(dans) lesquels elle intervient.** Il existe en outre différentes manières de faire le lien entre la recherche et l'action et, par conséquent, divers cadres de référence possibles pour définir cette orientation.

Comme le soulignent Goyette et Lessard-Hébert (1987), le trait d'union qui relie recherche et action indique qu'un même projet ou une même démarche cherchent à mettre intentionnellement en interaction ces deux dimensions, mais ils ne donnent aucune information sur « le pourquoi et le comment de cette interaction ». (Dubost, 1984).

²³ Par opposition à « réactive ».

²⁴ Le terme « *paradigme* » renvoie au domaine de l'épistémologie (étude critique des sciences destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée). Il désigne la « *conception générale d'une science ou d'un domaine scientifique à l'intérieur duquel le progrès des connaissances se ferait par accumulation* » (Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997).

²⁵ C'est-à-dire « qui s'appuie principalement sur l'expérience et non pas sur les données scientifiques ou rationnelles » (Petit Robert, 1988)

La définition suivante (retenue par des chercheurs lors d'un colloque à l'Institut National de Recherche Pédagogique en 1986) permet de mieux esquisser les contours de cette notion : « Il s'agit de recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; **recherches ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations** » (Hugon et Seibel, 1988, p.13).

Concrètement, la recherche-action est, dans la plupart des cas, le fait d'interventions psychosociologiques. Le but de ces interventions peut être de **modifier les comportements, habitudes ou attitudes d'individus ou de populations** ou de **transformer les règles institutionnelles d'une organisation**. Ce travail vise généralement à permettre une meilleure adaptation ou intégration des individus à leur environnement et/ou de développer la cohésion, l'efficacité et la lucidité des institutions dans la poursuite de leurs objectifs.

Quatre éléments semblent fonder l'originalité de ce type de recherche (Liu, 1997) :

1) Il s'agit d'une rencontre entre :

- *une intention de recherche* (chercheurs)
- *une volonté de changement* (usagers)

2) Son objectif est dual :

- *résoudre le problème* des usagers
- *faire avancer les connaissances* fondamentales

3) Il constitue un *travail conjoint* qui est un *apprentissage mutuel entre chercheurs et usagers*

4) Il demande un *cadre éthique négocié et accepté* par tous.

La recherche-action représente donc **un processus en spirale**. Elle passe par des phases de planification de l'expérience, d'action, d'observation et de réflexion, puis à nouveau de planification de l'expérience en cours, ainsi de suite **jusqu'à la résolution du problème étudié**.

Comme l'explique R. Barbier (1996), cela signifie que « *toute avancée en recherche-action implique l'effet récuratif en fonction d'une réflexion permanente sur l'action. Mais inversement, tout segment d'action engendre ipso facto une poussée de l'esprit de recherche. Pas de recherche sans action et pas d'action sans recherche, comme disait Lewin* » (p.83).

Ainsi, quel que soit son profil, la recherche-action procède d'une **logique dialogique**. Elle est marquée d'un **va-et-vient continu entre la théorie et la pratique**, entre le travail des usagers et celui des chercheurs, entre le savoir savant et le savoir construit, entre le sujet individuel et le sujet social. Elle représente en ce sens une manière complexe, dynamique et interactive d'aborder la complexité de la réalité. Si la recherche-action implique **un moment théorique essentiel**, celui-ci est **toujours subordonné au changement désiré, c'est-à-dire mis en lien avec la pratique**.

La recherche-action constitue autant « **une tactique d'intervention ponctuelle dans une situation donnée** » (= changement sur le court terme) qu'une « **stratégie plus élaborée et susceptible d'expliquer et de déclencher un changement social souhaité** » (= changement sur le long terme) (Resweber, 1995, p.4). La première privilégie la définition d'objectifs pratiques, la seconde s'attache plus à l'examen des finalités recherchées ; les deux peuvent cependant coexister. Dans la démarche rapportée ici, nous avons tenté d'intégrer cette double exigence.

3.1.2. Une approche systémique de la résolution de problèmes

Ce modèle implique le **passage d'une logique linéaire classique à une compréhension circulaire des problèmes**. Il met l'accent sur l'interdépendance des comportements des individus dans une situation et sur la dimension de la communication.

Les principes sous-jacents à ce modèle²⁶ peuvent être résumés de la manière suivante:

- *Agir au niveau du contexte où le problème apparaît, c'est-à-dire voir large, mais agir de manière ciblée.*
- *Rétablir les frontières* pour séparer un contexte sur lequel on a les moyens d'agir (p.ex. interaction < classe < école < famille < quartier de banlieue).
- *Prendre le temps de clarifier et d'explicitier la demande:* « qui demande quoi, pour qui et pour quoi faire? » But: poser les limites du problème et éviter de passer directement à une solution mal finalisée (c'est-à-dire dont le « pourquoi » n'a pas été suffisamment exploré).
- *La solution est co-construite dans l'échange* entre la personne demandeuse et l'intervenant. Il est essentiel que la solution, même minuscule, soit opérationnelle, afin que les gens repartent avec quelque chose de nouveau qu'ils puissent appliquer.
- *Etre dans l'agir plutôt que dans le réagir.*
- *Postulat constructiviste:* Nous sélectionnons toujours dans notre expérience un certain nombre d'éléments au détriment d'autres (processus de catégorisation mentale). Ce que nous appréhendons est donc toujours notre perception de la réalité, car nous l'interprétons et lui donnons sens en fonction de nos présupposés, de nos représentations, de nos attentes et de la finalité que nous visons. C'est ainsi souvent notre manière de voir les choses qui pose problème.

S'appuyant sur ces principes, une approche systémique de la résolution de problèmes vise la **co-construction d'une nouvelle définition du problème dans l'interaction entre les usagers et les intervenants**. Dans l'expérience-pilote conduite par l'UNIGER, cette démarche avait pour objectif d'amener les équipes-partenaires à réfléchir, à partir d'une situation problématique, à des solutions alternatives à la violence, et ce en stimulant leurs mécanismes d'adaptation et leur créativité.

²⁶ Voir, par exemple, Curonici & McCulloch (1997).

Pratiquement, ce type de démarche de réflexion et de recherche commune de solutions comprend plusieurs étapes:

- *Première(s) définition(s) du problème par l'elles personne(s) demandeuse(s)*

- *Identification des redondances interactionnelles* (c'est-à-dire « qu'est-ce qui est devenu redondant dans les interactions ? », « qu'est-ce qui tourne en rond ? »). Il s'agit souvent d'une demande qui engendre toujours un même genre de réponse, laquelle relance la demande, qui engendre la même réponse, etc. Ce processus circulaire aboutit à la mise en place d'une sorte de cercle vicieux qui enferme les acteurs de la situation dans une dynamique relationnelle de plus en plus étroite et figée. Le rôle des intervenants consiste ici à poser des questions ouvertes (« qu'est-ce qui...? », « comment ? »), à partir des observations rapportées par les personnes demandeuses, pour se faire une image ou une « photo » concrète du problème et comprendre sa logique sous-jacente.

- *Exploration des constructions de la réalité* (« quel regard portent les personnes sur le problème, choses de l'ordre du ressenti, des hypothèses ? », « quelles explications en ont-elles trouvées ? », « comment leur compréhension du problème influence-t-elle leur manière d'agir ? »). Par leurs questions, leurs reformulations et leurs relances, les intervenants aident les usagers à prendre conscience de leurs représentations et de l'influence importante que celles-ci ont sur la tournure prise par la situation problématique. Ils incitent les membres de l'équipe à préciser et à expliciter leurs présupposés, de même qu'à mettre en mots leur ressenti.

- *Recherche des ressources du contexte* (« qu'est-ce que les personnes ont déjà fait pour essayer de changer la situation ? », « quand est-ce que cela se passe un peu mieux ? », « qu'est-ce qui est différent quand cela se passe un peu mieux ? », « qu'est-ce que les membres de l'équipe ont changé dans leur façon habituelle de faire à ces moments-là ? », « qu'est-ce qui a changé dans le contexte ? »).

- *Changement souhaité* (« qu'est-ce que les personnes aimeraient voir changer actuellement ? », « à quoi verraient-elles que ce changement a eu lieu ? »). L'objectif visé par ces questions est d'aider l'équipe à se fixer elle-même des petits objectifs de changement concrets, c'est-à-dire à se projeter dans l'avenir en explorant la situation de manière plus distanciée.

- L'ensemble de ce processus commun de réflexion et de prise de conscience engendre **un RECADRAGE du problème**, qui aboutit à **une nouvelle perception de la situation** problématique. On observe *le passage d'un problème initialement interprété comme individuel à un problème considéré comme étant d'ordre relationnel ou interactionnel* (la réalité n'a pas changé, mais elle est interprétée différemment). Il importe que les intervenants prévoient un temps d'arrêt pour vérifier que la nouvelle définition est bien acceptée et fait sens pour tous les participants.

- *Recherche de solutions à partir du recadrage effectué*. Cette nouvelle compréhension de la situation sert alors de point de départ pour réfléchir ensemble aux solutions à envisager. Il est important que les solutions pratiques imaginées soient les plus petites et les plus précises possible, afin que les participants puissent facilement les mettre en

œuvre et reprennent confiance. A nouveau, il faut que les intervenants prennent le temps de vérifier que les stratégies co-construites dans l'échange conviennent à tous et paraissent réalisables. Cette précaution permet de s'assurer que chacun va pouvoir s'impliquer dans le processus de changement.

- *Contrat de collaboration* (« qui fait quoi et pendant combien de temps ? »). Prévoir un rendez-vous pour évaluer le changement est nécessaire. Cette étape permet d'insérer la solution choisie dans le temps et de l'opérationnaliser. Une troisième rencontre entre les intervenants et l'équipe est indispensable pour évaluer et réajuster la stratégie définie de manière commune et assurer le suivi de la situation à long terme.

Au cours de ce processus de négociation et renégociation de la définition du problème, **l'intervenant remplit une fonction d'encadrement de la réflexion**. Par son questionnement systémique, il amène les participants à une redéfinition du problème qui leur permet d'élargir le regard porté sur la situation et d'étendre le champ des solutions possibles. Il n'occupe pas une position d'expert et, par conséquent, n'apporte pas un savoir « savant » ou des solutions toutes faites. **Il évite ainsi de placer les participants dans une position de dépendance**.

Au contraire, **l'intervenant joue le rôle de facilitateur ou de catalyseur du processus de changement**, en stimulant les capacités de créativité et les ressources de ses interlocuteurs et en optimisant leur autonomie dans la situation. En d'autres termes, il met en place les conditions (le « cadre ») qui vont permettre aux membres de l'équipe de modifier leur interprétation de la situation et, dans un second temps, de parvenir à identifier et à mobiliser leurs ressources. Selon le même principe qu'en recherche-action, ce sont donc **les usagers qui sont les véritables acteurs de leur changement**.

Nous avons choisi ce cadre méthodologique - à savoir les deux modèles de recherche et d'intervention présentés aux chapitres 3.1.1 et 3.1.2. - en cohérence avec nos postulats et le mandat attribué à l'UNIGER :

- **sur le plan de l'action**, ces deux modèles nous permettaient d'impliquer activement les membres des équipes confrontés à des situations problématiques, de les aider à se décentrer par rapport aux difficultés rencontrées, de valoriser les ressources présentes dans l'environnement pour aboutir à une meilleure gestion des situations,
- **sur le plan de la recherche**, la double perspective de la recherche-action et d'une approche systémique de la résolution de problèmes constituait également un bon vecteur pour identifier les ressources mobilisables par les équipes, l'institution, voire les résidents. Cette mise en évidence des ressources, couplée à l'analyse des difficultés rencontrées et motivant l'intervention, ont en outre fondé l'élaboration du cadre de référence pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées vivant en institution, objet du présent rapport.

3.2. Expérience-pilote de prévention de la maltraitance des personnes âgées auprès d'établissements médico-sociaux vaudois

Notre expérience-pilote prévoyait l'intervention dans cinq EMS vaudois confrontés à une situation « à risque de dérapage ». Devant l'intérêt manifesté par les professionnels du terrain, il a été décidé d'étendre l'intervention à six situations : quatre concernaient trois EMS psychogériatriques²⁷, une la division C d'un hôpital et la sixième un EMS psychiatrique.

3.2.1. Diffusion de l'offre d'intervention

Les demandes d'intervention provenaient des établissements médico-sociaux eux-mêmes. Elles émanaient autant d'infirmières responsables d'unité ou de section, que d'infirmières-cheffes ou de directeurs d'établissement.

Les premières prises de contact et la diffusion de l'offre d'intervention de l'UNIGER se sont faites dans le cadre d'une formation infirmière post-diplôme, spécialisée en gérontologie²⁸. Suite à la remise d'un document de présentation, les collaboratrices de l'UNIGER ont rencontré les partenaires intéressés. Elles leur ont exposé la démarche (en présence du directeur de l'établissement), ainsi que les conditions de l'offre. Le bouche-à-oreille entre professionnels a ensuite permis de diffuser l'information de manière plus large et de rallier d'autres EMS à l'expérience.

Le fait que la demande d'intervention nous ait été adressée par les EMS eux-mêmes nous paraît devoir être souligné. Il montre d'une part qu'il existe **une ouverture à la question de la prévention de la maltraitance dans ce milieu** et, d'autre part, que **le besoin de soutien et d'accompagnement des équipes est bien réel.**

Nous avons choisi, dès le départ, de ne pas diffuser notre proposition d'intervention à grande échelle, car nous n'avions pas les moyens d'estimer le nombre de demandes que nous recevions. Nous voulions en effet être sûres de pouvoir assumer chaque requête. La discussion et les échanges que nous avons eus, depuis cette expérience, avec divers professionnels de terrain et d'autres spécialistes de la question des mauvais traitements envers les personnes âgées nous laissent néanmoins penser que les besoins vis-à-vis de ce type d'intervention sont importants. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 5.

²⁷ Un des trois EMS psychogériatriques nous a demandé d'intervenir pour deux situations différentes.

²⁸ Formation dans laquelle interviennent, à titre ponctuel, plusieurs membres de l'équipe.

3.2.2. Dispositif d'intervention et déroulement de la démarche avec les EMS-partenaires

Pour chacune des six situations, l'intervention auprès de l'EMS-partenaire s'est déroulée en **trois séances d'une heure et demie**. Selon les cas, les séances étaient espacées de une à quatre semaines.

Chaque intervention impliquait **deux intervenantes** (le plus souvent de disciplines différentes) en plus **des personnes les plus concernées par la situation** dans l'EMS-partenaire (ICUS et/ou IC et/ou Direction, infirmiers/ères, aides, personnel de ménage, cuisinier, etc.). Le duo d'intervenantes était le même lors des trois séances, mais il est arrivé plusieurs fois que la composition de l'équipe en situation varie au cours de la démarche. Ces variations étaient principalement liées à des contraintes horaires, parfois difficiles à gérer.

Lors de chaque intervention (c'est-à-dire trois séances dans le même EMS et sur la même situation), le rôle de chacune des deux intervenantes était bien défini. L'une menait l'intervention (voir chapitre 3.1.2., Une approche systémique de la résolution de problèmes) et animait les échanges, l'autre prenait des notes et posait ponctuellement des questions. Afin de tirer parti de la dynamique relationnelle mise en place avec les équipes, cette répartition des tâches demeurait inchangée durant les trois séances.

De manière générale, **la première séance était consacrée à la définition et à l'explicitation du problème par tous les membres de l'équipe-partenaire**. Après un tour de table et le rappel du principe de la démarche, chacun était convié à exprimer sa vision de la situation et son ressenti. **Ces échanges produisaient progressivement un recadrage, c'est-à-dire une nouvelle interprétation du problème**. Ce recadrage se faisait d'une part au sein de l'équipe-partenaire et, d'autre part, entre intervenantes dans le cadre de séances de « debriefing » interdisciplinaires réunissant toute l'équipe de recherche²⁹.

La deuxième séance se basait sur la nouvelle définition³⁰ du problème, co-construite entre les participants et les intervenantes. Cette séance visait à **explorer les ressources à disposition, à mettre en mots le changement souhaité, ainsi qu'à imaginer des solutions concrètes et limitées à tester**. Ces stratégies étaient expérimentées dans l'intervalle entre la deuxième et la troisième séance.

La dernière séance était prévue pour **l'évaluation, la discussion, voire au besoin la réorientation, et le suivi des stratégies et des solutions testées**. Elle constituait également l'occasion de recueillir le feedback des professionnels, de même que leurs commentaires sur l'efficacité et l'utilité de l'intervention.

²⁹ Ce « debriefing » a été mis en place pour répondre à l'exigence auto-réflexive d'une démarche rigoureuse (voir chapitre 2.3.).

³⁰ Définition commune, une fois acquise et vérifiée la concordance entre les différents points de vue.

En résumé, la recherche-action présentée dans ce rapport réunit les données récoltées lors de **dix-huit séances d'une heure et demie chacune**, réparties sur **cinq EMS** et relatives à **six situations** différentes. Notre échantillon n'est bien sûr pas représentatif de l'ensemble des EMS du canton de Vaud, mais rappelons que notre objectif était la conduite d'une expérience-pilote, dans un temps et avec des moyens limités, et que nous avons opté pour une démarche compréhensive (qualitative).

Notre recherche-action visait à:

- **mieux comprendre par quel processus certaines équipes aboutissent à des situations d'impasse et de souffrance,**
- **réfléchir et tester sur le terrain un mode d'intervention** permettant d'aider ces professionnels à sortir de situations « à risque », avant qu'elles ne s'enlisent et qu'elles n'aboutissent à des actes de maltraitance avérée,
- **développer un cadre de référence pour la prévention** de la maltraitance des personnes âgées vivant en institution.

La généralisation à laquelle nous ne pouvons prétendre sur le plan quantitatif est ainsi compensée par l'approfondissement de la problématique, une résolution des problèmes en temps réel, des pistes de réflexion et des propositions d'action concrètes et expérimentées.

4. Recueil et analyse des données

4.1. Méthode de recueil et d'analyse

Afin de garantir la spontanéité des échanges et de mettre à l'aise les participants, nous avons choisi de saisir les données de notre étude à l'aide de notes manuscrites aussi précises que possible. Une des intervenantes était chargée de ce travail durant les trois séances que durait l'intervention (= une situation). Pour que chaque membre de l'équipe de recherche puisse expérimenter les deux rôles (animation et prise de notes), nous avons fait des tournus entre les interventions.

Les notes recueillies ont été retranscrites et analysées par l'une des collaboratrices de l'UNIGER. Ce travail s'est fait à l'aide de grilles mettant en évidence à la fois les contenus et le déroulement des interactions. Dans un souci d'auto-réflexivité, ces analyses ont été régulièrement soumises à l'approbation des autres membres de l'équipe de recherche et ont parfois donné lieu à des discussions. Par respect de la confidentialité des entretiens et de l'anonymat des équipes-partenaires, ces grilles d'analyse ne sont pas annexées au présent rapport.

4.2. Synthèse des résultats

Les données issues de nos interventions ont été analysées en regard :

- **de l'objectif général de l'étude**³¹ (voir chapitre 1), à savoir : « Elaborer un cadre de référence qui permette d'accroître les connaissances sur la maltraitance, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs, les ressources du réseau pour l'intervention et le suivi ».
- **et, plus précisément, des visées concrètes définies par l'UNIGER :**
 1. Éviter les dérapages ou les aggravations de situations à risques, respectivement faciliter la résolution de situations de maltraitance avérée, par un travail de réflexion et de recherche commune de solutions avec les professionnels impliqués.
 2. Valoriser les savoir-faire, les stratégies « gagnantes » (renforcer, donner crédit et diffusion au « comment ces professionnels s'en sortent dans des situations difficiles »).
 3. Analyser les processus de réflexion et de résolution de problèmes expérimentés dans ces situations (dans une perspective de recherche-action), afin d'élaborer un cadre de référence et de proposer des pistes pour la formation.

L'analyse qui suit (chapitres 4.2.1. à 4.2.3.) est structurée en fonction de ces trois axes d'investigation.

³¹ Tel que défini dans la proposition de la « Task force » du 11.7.2002.

4.2.1. Evolution de la situation définie initialement comme problématique par les équipes-partenaires

Il nous semble en premier lieu important de souligner que, sur les cinq EMS ayant pris part à la recherche-action (six interventions), toutes les équipes-partenaires ont observé une **amélioration évidente de leur relation avec le « résident(e)/conjoint(e) problématique »**. Le contraste entre les propos tenus par les collaborateurs entre la première séance (définition du problème) et la troisième séance (évaluation des stratégies testées et feedback sur l'intervention) en témoigne explicitement³².

En effet, lors de la première rencontre, le résident³³ était présenté dans les six cas de manière très négative. Il était par exemple décrit comme quelqu'un:

- d' « agressif », « exigeant », « insultant » (Sit1),
- de « violent », « pas facile », « cassant », « agressif » (Sit2),
- de « véhémence », « méchante », « blessante », « agressive » (Sit3),
- « qui pompe l'air de toute l'équipe » (Sit4),
- « qui harcèle l'équipe », « qui manipule les aides », « qui bouffe l'équipe » (Sit5),
- « qui voit toujours le négatif », « qui met l'équipe en doute », « qui monte les gens entre eux » (Sit6).

Même si les participants paraissaient, dans une certaine mesure, être conscients du rôle joué par la nature de la relation tissée avec le résident, ils considéraient **la personne âgée comme la cause essentielle du problème rencontré**.

Cette vision initiale, focalisée sur le résident et les problèmes engendrés, était fort différente lors de la troisième séance :

« M. X est devenu très pudique. Ca semble l'avoir détendu d'en parler. » / « Ca a changé depuis qu'on a un regard différent, qu'on ne le voit plus comme une brute. » / « Ca a changé mon regard. Maintenant, j'ai presque envie de lui faire des bisous. » / « Avant, c'était un monstre. (...) avant, on devait noter tout ce qui n'allait pas avec lui. On espérait qu'il allait partir. » (Sit2).

« (...) Elle ne me rejette plus comme avant. Elle ne dit plus de gros mots, elle est moins agressive » / « On la découvre comme elle aime être » / Une autre résidente a dit à x (infirmière) que Mme X. était son chouchou. (Sit3).

³² Les phrases en petits caractères renvoient aux propos des équipes. L'usage de guillemets spécifie qu'il s'agit des mots exacts utilisés par les participants. Inversement, l'absence de guillemets indique qu'il s'agit de paraphrases de leurs propos.

³³ Trois des six situations concernaient un homme (situations 1, 2 et 4), les trois autres une femme (situations 3, 5 et 6). Dans la situation 4, il est à noter que c'était surtout l'épouse du résident qui était considérée comme « problématique » par l'équipe.

Ces quelques citations montrent **le changement de regard opéré par les membres de l'équipe**. Leurs propos indiquent non seulement qu'ils ont **pris conscience de leur part de responsabilité dans la situation**, mais aussi qu'ils se sont ouverts aux « **aspects positifs** » du résident. Ces éléments sont fondamentaux à relever, dans la mesure où la représentation d'un individu à propos d'une réalité détermine son comportement à l'égard de cette réalité³⁴ (de même d'ailleurs que son comportement influence ses représentations).

Il nous paraît également essentiel de mentionner **l'enthousiasme et le plaisir, voire la reconnaissance envers le résident**, qui transparaissent dans les propos de certains collaborateurs lors de la dernière séance:

« Quelque part, j'ai envie de dire merci à Mme X., car elle a permis de faire sortir ça » (Sit6).

« Je suis très sérieuse, mais c'est rigolo maintenant j'ai envie de l'embrasser cette dame. C'est bien, elle arrive à s'exprimer. On a bien discuté » / « A mon avis, au début j'étais maltraitante pour Mme X et aujourd'hui je viens exprès pour Mme X. J'ai du plaisir grâce à vous, à nous, à Mme X. » / « Avant je ne l'aimais pas comme les autres, maintenant j'ai des sentiments » (Sit5).

Ces citations soulignent **la dimension affective et communicationnelle du problème, de même que les liens étroits entre réactions défensives et dynamique "maltraitante"**. Elles rejoignent le point de vue théorique sur le fonctionnement de la maltraitance des personnes âgées présenté aux chapitres 2.4. et 2.5.

Plus généralement, nous avons pu observer que la transformation du regard de l'équipe s'opérait souvent déjà après la première séance (définition du problème). Ce constat met en évidence **la dimension de processus dans la démarche initiée**, de même que **le rôle de facilitateurs de la communication et du changement** rempli par les intervenantes. Il illustre le fait que l'intervention crée un cadre ou des conditions permettant aux équipes de prendre de la distance par rapport à leurs difficultés pour réussir ensuite à identifier et à mobiliser leurs propres ressources de changement.

En d'autres termes, en tant qu'intervenantes, nous avons « **donné l'impulsion** » ou « **mis l'équipe sur les rails** », mais **c'est elle qui a été la véritable actrice de son changement** – ce qui apparaît comme essentiel dans une optique de prévention. Nous postulons d'ailleurs que la promotion de l'autonomie³⁵ des résidents (par opposition à la « chosification » ou l'« objectivation »³⁶) ne peut se réaliser que par la valorisation de l'autonomie du personnel. Nous reviendrons sur cette idée au chapitre 4.2.2. lorsque nous aborderons les facteurs de risque, les facteurs de prévention et les « stratégies gagnantes » observées dans les équipes.

³⁴ Cf. la théorie des représentations sociales - voir par exemple Abric (1999).

³⁵ L'*autonomie* (c'est-à-dire la capacité de décider soi-même) est à distinguer de l'indépendance. Si l'indépendance représente la capacité à faire soi-même, l'autonomie renvoie plutôt à la *capacité à diriger sa vie selon ses propres lois*. Comme l'expliquent bien, par exemple, Pichaud et Thureau (1998), « être autonome, c'est rester maître de la conduite et de l'organisation de sa vie. Dans ce sens, l'autonomie est proche de la liberté, liberté de choisir, de décider, de dire « je ». L'opposé de l'autonomie, c'est l'hétéronomie, qui consiste à être contrôlé, dirigé par les autres pour ce qui concerne sa vie » (p.54).

³⁶ Voir par exemple Ploton (1990).

Il importe également de relever que **l'approche systémique de la résolution de problèmes** est venue **s'inscrire et prendre sens dans un continuum de mesures déjà entreprises** par les équipes elles-mêmes (demande d'aide à l'extérieur, par exemple à un psychogériatre ou à un gériatre ; discussions en équipe ; instauration d'un tournus entre collaborateurs; etc.). La démarche proposée s'intégrait donc souvent dans **un processus de prise de conscience et de changement d'attitudes déjà initié** au travers d'autres expériences et reposant sur les observations et les savoirs développés par les collaborateurs. Elle pouvait donc tirer parti des ressources et des potentialités présentes au sein de l'équipe.

Dans la situation 2, **l'équipe avait déjà établi les contours d'un cadre thérapeutique pour le résident**, qui leur posait problème. Cette première démarche (réalisée avec un psychiatre) lui avait permis de se sentir moins impuissante face à ce monsieur, mais les collaborateurs n'en gardaient pas moins un certain dégoût à son égard («J'ai envie de le frapper. Je trouve que c'est un gros porc» (Sit2)), voire de la peur. Il est vrai que cet homme, amputé de plusieurs membres et souffrant d'une démence frontale, avait vis-à-vis de l'équipe et des autres résidents un comportement de provocation difficile à vivre. Il se manifestait tant au niveau physique (sollicitations sexuelles, exhibition de ses moignons) que verbal (insultes, menaces de mort, langage vulgaire et obscène). Nos interventions se sont inscrites, dans ce cas, **comme une suite et un approfondissement du travail initié avec le psychiatre (dans le sens du maintien consensuel et concret d'un cadre thérapeutique)**.

Dans la situation 3, **l'équipe avait fait appel à un psychogériatre**. Celui-ci avait été consulté à propos d'une dame au diagnostic peu clair (bonnes capacités cognitives et de mémoire, mais très angoissée et agressive). Cette résidente refusait les soins de base (alimentation et hygiène), les horaires de l'EMS, de même que la prise de médicaments. **La situation posait un important problème de conscience à l'équipe**, car elle était obligée de cacher ses médicaments dans la nourriture et se trouvait dans l'impossibilité de faire adéquatement son travail³⁷. Devant l'attitude de refus général de la résidente, le psychogériatre voulait la faire hospitaliser, mais cette décision était en désaccord avec les souhaits et les valeurs de l'équipe, ainsi qu'avec ceux de la résidente (qui disait que, là, elle deviendrait « folle pour de bon » (Sit3)). Le médecin finit par poser un diagnostic très sévère et prescrivit une médication forte (neuroleptiques) qui eut pour conséquence de « tasser » (Sit3) complètement la résidente. Notre démarche s'est ainsi présentée **comme alternative à ce qui était vécu comme une lourdeur de la « machine médicale » en décalage avec les valeurs de l'équipe**.

La situation 5 était un peu particulière : il s'agissait en effet de la **deuxième démarche dans l'établissement**. Si l'infirmière-cheffe et deux infirmières plus âgées avaient déjà participé à la première, le reste de l'équipe était différent. L'intervention faisait suite à la consultation d'un gériatre, qui avait recommandé la mise en place d'un cadre thérapeutique très strict (« presque un cadre carcéral » (Sit5)), en opposition avec les valeurs des collaborateurs. Ne se sentant pas à l'aise avec ce cadre, ceux-ci avaient décidé de discuter en équipe pour voir ce qui pouvait changer dans la situation (sur le modèle de ce qui avait été fait lors de notre première intervention). Ils ont en outre profité de

³⁷ Nous aborderons les problèmes posés par l'écart entre idéal soignant et réalité de la pratique au chapitre 4.2.2. lorsque nous évoquerons les difficultés et la souffrance vécues par les équipes.

l'opportunité d'une deuxième intervention de notre part pour vérifier que le succès de la première ne résultait pas « d'un coup de bol » (Sit5). Pour l'infirmière-cheffe, il s'agissait aussi de pouvoir transférer les connaissances acquises pour résoudre par la suite d'autres situations difficiles. La démarche de résolution de problèmes s'est présentée dans ce cas **comme une stratégie pour se dégager d'une situation difficile, stratégie potentiellement extensible à d'autres situations d'impasse.**

Il est important de souligner que le changement de regard et d'attitude ne s'est pas fait sans efforts ni souffrances de la part des équipes. **Nous ne sommes pas arrivées avec une « baguette magique » permettant de résoudre sur le champ tous les problèmes.** Si nous avons guidé le processus de recherche active de solutions et y avons participé par le biais du contexte mis en place (voir chapitre 4.2.3.) ainsi que par notre présence, ce sont les collaborateurs – là aussi – qui ont été les véritables acteurs du changement, en modifiant leur regard sur la situation et en remettant corrélativement en question leurs propres comportements et attitudes.

Mais ce processus de réflexion a aussi parfois engendré des résistances de la part de collaborateurs. **Ces résistances étaient le plus souvent liées au mode de fonctionnement et aux valeurs de l'équipe et/ou de l'institution.** Nous reviendrons sur les difficultés liées aux relations internes et externes à l'EMS lorsque nous aborderons les facteurs de risque et les facteurs de prévention au chapitre 4.2.2. Nous pouvons toutefois déjà signaler que, dans toutes les situations, **la démarche entreprise a permis de mettre en évidence des conflits, des tensions et/ou des décalages de regards (voire de valeurs)** entre les différents membres de l'équipe, les secteurs de l'institution et/ou les niveaux de hiérarchie, ainsi que les acteurs extérieurs (autorités publiques et politiques, familles, médecins privés).

En résumé, l'approche systémique de la résolution de problèmes a permis aux équipes-partenaires **de prendre conscience de la nature relationnelle et interactionnelle du problème rencontré** (par opposition à une définition restrictive, en termes de « personnalité problématique »). Notre démarche a également offert à chaque participant l'occasion **d'exprimer son point de vue personnel sur la situation, ainsi que ses attentes quant au changement à viser.** Nous développerons plus en détail ces questions lorsque nous discuterons au chapitre 4.2.3. des leviers de changements liés à la démarche d'intervention elle-même.

4.2.2. Identification des difficultés rencontrées par les équipes-partenaires et des ressources de changement (facteurs de risque et facteurs de prévention)

Beaucoup de **points communs** sont apparus entre les situations étudiées. L'aspect récurrent de ces éléments nous a permis de mettre en évidence non seulement les difficultés fréquemment vécues par les participants, mais également leurs savoir-faire et leurs « stratégies gagnantes ». Comme nous l'avons déjà évoqué, **mettre l'accent sur les ressources des équipes et sur le rôle joué par le contexte introduit une dynamique différente dans la situation**. Ce type d'approche ouvre le regard sur les pistes de changement à exploiter. Il contribue ainsi à lutter contre le sentiment d'impuissance des équipes en leur redonnant une certaine maîtrise sur leur situation et en les plaçant dans une position pro-active.

Afin de rendre compte de manière synthétique des propos recueillis et de comparer les six situations rencontrées, nous proposons une mise en regard des caractéristiques de chaque cas à l'aide de tableaux. Par souci de lisibilité, nous avons décidé de regrouper les données par thème, en suivant de manière plus ou moins fidèle les étapes de la démarche de réflexion et de recherche commune de solutions.

a) Vécu de la situation par les équipes, en termes de maltraitance³⁸

Avant d'exposer plus en détail les difficultés vécues par les équipes et leurs « stratégies gagnantes » (c'est-à-dire les facteurs de risque et de prévention), il nous paraît essentiel, dans un premier temps, de préciser le caractère maltraitant des situations pour lesquelles nous avons été sollicitées.

Relevons tout d'abord que **tous les responsables (infirmières et directeurs) qui se sont adressés à notre équipe d'intervention étaient conscients de l'aspect maltraitant de certaines attitudes présentes dans leur établissement**. C'est d'ailleurs cette conscience de l'inadéquation de ces comportements (et/ou des risques de dérapage inhérents) qui les a incités à demander de l'aide à l'extérieur (parfois à un médecin, puis à notre équipe d'intervention). Cet aspect doit être souligné, car il rend compte d'**une ouverture de regard et d'esprit**. Nous pouvons nous demander toutefois si, dans des cas de maltraitances plus grave ou généralisée, les établissements concernés feraient preuve de la même ouverture à des propositions d'aide externe. De plus, il est vrai que beaucoup des responsables d'équipe rencontrés étaient en formation infirmière post-diplôme (situations 1, 2, 3 et 5), ce qui a pu constituer un facteur de prévention non négligeable.

³⁸ Les sous-chapitres a), b), c) et d) renvoient essentiellement à des propos tenus lors de la séance 1 (définition du problème). Lorsque ce n'est pas le cas, nous précisons entre parenthèses à quelle séance ils se rapportent.

Voici, sous la forme d'un tableau comparatif, les principaux éléments considérés par les équipes comme de la maltraitance de leur part.

Maltraitance envers le résident (et/ou envers d'autres résidents)

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
<p>Toilette intime du résident abandonnée le soir, « car c'était lui faire violence ».</p> <p>Eléments définis comme de la maltraitance par l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - négligence au niveau de l'hygiène intime - résident mis de côté. 	<p>Personne ne veut s'occuper de ce résident.</p> <p>Equipe « fait attendre d'autres résidents qui auraient besoin d'être pris en charge ».</p> <p>Besoin de pouvoir s'occuper des autres, pas seulement en donnant des calmants.</p> <p>Quand le résident se moque des autres, « envie de le frapper ! », « C'est un gros porc ».</p> <p>Equipe essaye de ne pas réagir, car sinon « risque de ne plus être professionnelle ».</p>	<p>Dilemme, car équipe a le sentiment d'être de toute façon maltraitante: par négligence (alimentation, hygiène et médication pas assurées) ou en faisant acte de violence (en forçant la résidente à se nourrir, se laver et prendre ses médicaments).</p> <p>« De mon point de vue, je fais mon travail et pour elle c'est de la maltraitance ! »</p> <p>« Quand elle est dans la salle de bain, on profite pour la doucher et nous on a l'impression de la forcer à se doucher. Elle crie, elle frappe. »</p>	<p>Personnel = « acteurs involontaires d'une maltraitance imposée par l'épouse d'un résident ».</p> <p>Sa femme « le gave, jusqu'à ce qu'il vomisse ».</p> <p>« C'est de la maltraitance : sa femme le fait boire, sans arrêt, à la cuillère. Il risque d'étouffer, comme quand on le nourrit. (...) Elle commet des abus sur son mari ».</p>	<p>« On a essayé de lui dire de ne pas parler à table, mais c'est dur. L'heure des repas, c'est l'enfer. Elle pleure aux repas ».</p> <p>« Je ne la maltraite pas, mais je lève la voix ».</p>	<p>La résidente a déjà déposé plusieurs plaintes contre l'EMS (elle s'est plainte que sa chambre était trop petite, qu'elle était traitée comme un objet, que le personnel disait des mauvais mots et la considérait comme folle).</p> <p>« Ce n'est pas toujours facile. J'ai tendance à l'ignorer ».</p> <p>« On essaye de rester professionnel, mais il arrive un point où on s'en fout. On n'est même plus vraiment empathique, on est indifférent ».</p>

Maltraitance de la part des équipes :

- **éviter d'entrer en contact avec le résident, l'ignorer et/ou refuser de l'écouter** (situations 1, 2, 3, 4, 5, 6),
- **ne pas pouvoir assurer correctement les soins de base** (alimentation et hygiène) du résident (= négligence) (situations 1, 2, 3, 4, 5),

- **forcer le résident ou ruser pour réussir à assurer ses soins de base** (alimentation et hygiène) **et/ou la prise de médicaments** (= abus de pouvoir) (situations 1, 2, 3, 4, 5),
- **avoir envie de frapper le résident et/ou ressentir de la haine ou du dégoût envers lui** (situations 1, 2, 6),
- **être indirectement maltraitant et/ou négligent envers d'autres résidents** (situations 2, 3, 5),
- **proposer un traitement médicamenteux inadapté** (soit par impossibilité de lui faire prendre les médicaments dont il aurait besoin, soit en utilisant des médicaments pour le calmer) (situations 2, 4),
- **devoir imposer des règles très strictes à la personne pour protéger les autres résidents** (= abus de pouvoir) (situation 5).

Nous avons nous-mêmes noté d'autres attitudes, peut-être plus inconscientes, qui peuvent constituer une violence envers le résident. Il s'agit notamment de la propension de certains collaborateurs à considérer le résident comme une sorte d'objet (probablement pour le tenir à distance et s'en protéger) qu'ils avaient pour tâche de nettoyer, ou encore du fait de réduire la personne âgée à ses aspects négatifs (c'est-à-dire à ceux posant problème à l'équipe).

Malgré cela, nous avons été impressionnées par **la capacité des équipes à se distancer par rapport à leur situation**, ainsi que par **leur volonté affirmée de changement**. Ces deux éléments ont constitué des ressources importantes dans la démarche de résolution de problèmes. Nous y reviendrons au chapitre 4.2.3.

Si les collaborateurs décrivaient un certain nombre d'attitudes ou de comportements qu'ils ressentaient comme de la maltraitance de leur part, ils soulignaient également **des aspects maltraitants provenant du résident**. La souffrance qui transparaissait très clairement dans leurs propos semblait dans certains cas les avoir incités à réagir de manière défensive et agressive. Sans vouloir justifier le comportement de l'un ou de l'autre, il nous semble utile de préciser en quoi les collaborateurs se sentaient maltraités par la personne âgée. Ces éléments peuvent en effet aider à comprendre la dynamique relationnelle mise en place dans la situation et enrichir ainsi l'éventail des pistes de prévention.

Maltraitance de la part du résident³⁹

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
« Maintenant, il y a surtout de la maltraitance de sa part ». « Il faudrait qu'il respecte notre travail et notre temps. Il met en crise notre idéal infirmier »	« Sentiment d'être un objet, d'être là que pour le sexe ». « J'angoisse quand je sais que je dois m'en occuper » « Je ne suis pas venue ici pour être insultée » « Ca me casse la journée. Ce n'est pas juste pour les autres résidents » « A la fin, on se demande si on ne va pas devenir gaga ».	Coups de poings, gifles, baffes, lunettes cassées. « Moi je ne peux pas tolérer qu'on se laisse taper (...). Je pense qu'on doit réfléchir à cela ».	Personnel = acteur involontaire d'une maltraitance imposée par l'épouse d'un résident.	« Si on se laisse faire, elle nous bouffe vraiment » « Il faudrait toujours être à côté. On a l'impression d'être un objet »	« J'ai l'impression d'être une péripatéticienne. Je dois tout donner. Il n'y a pas de limites. Mes droits sont bafoués ». « Elle passe du tout au tout. Elle est violente puis elle me demande de lui dessiner un petit chat à l'ordi ». « Moi, je n'ai pas le sentiment qu'elle est attachante, mais que c'est une petite fille qui veut me bouffer ». « C'est quelqu'un qui vous recouvre, qui vous étouffe ». « Elle se sent persécutée, mais quand elle a besoin de maternage, c'est difficile, car on le paye ensuite à double ». « Elle est très agressive et elle nous reproche notre agressivité ». « On doit se faire violence » pour rester calme. « Elle met en doute la qualification des gens et la réputation de l'établissement vis-à-vis de l'extérieur ».

Maltraitance de la part du résident :

- attitudes constituant **une menace pour l'intégrité physique, psychique et spirituelle des collaborateurs** (situations 1, 2, 3, 4, 5, 6),
- **remise en question du rôle de soignant et des valeurs de l'équipe** (situations 1, 2, 4, 6),
- **sentiment de l'équipe de maltraiter indirectement d'autres résidents** (situations 2, 3, 5),

³⁹ Cette liste n'est pas exhaustive.

- **sentiment d'être réduits à un état d'objet** (situations 1, 5),
- **sentiment de perte de maîtrise** vis-à-vis de la situation (sentiment d'être manipulés ou d'être contraints à agir de manière contraire à leurs valeurs).

Si nous nous référons aux définitions de l'agressivité et de la violence exposées au chapitre 2.4., nous pouvons remarquer que les éléments cités ci-dessus ont pour point commun de constituer **une menace pour l'intégrité personnelle des soignants, donc une forme de violence**. Ils expliquent en ce sens les réactions agressives et défensives observées dans ces situations.

Il s'agit toutefois d'être prudent quant à la manière d'interpréter un tel lien de causalité. **Identifier l'origine de la relation mise en place s'avère souvent problématique**. Il est par conséquent difficile de déterminer si la responsabilité en revient à la personne âgée ou aux aidants. Comme nous le développerons dans la suite de ce chapitre, c'est plutôt la convergence de facteurs de risque et de conditions liées à l'environnement qui conduit à la maltraitance.

N'oublions pas, par ailleurs, que la violence possède un caractère relatif : elle dépend de normes et de valeurs pouvant différer selon les époques, les cultures et le point de vue à partir duquel elle est considérée. Cela signifie que, selon les enjeux en présence et la position des protagonistes de la situation, l'interprétation d'un même acte peut être différente. Il est important de garder ce **relativisme de la violence** à l'esprit, car il permet aux intervenants de conserver une certaine humilité face à leurs interlocuteurs et de favoriser ainsi l'établissement d'une meilleure collaboration.

En résumé, **la dimension relationnelle, interactionnelle et circulaire de la maltraitance** apparaît très clairement dans les propos des équipes-partenaires. Elle explique sans doute la difficulté à déterminer ce qui appartient, respectivement, à la violence du résident et à celle de l'équipe. Ces deux réalités semblent en effet liées et en grande partie déterminées par la nature du contexte.

b) Description initiale du problème par les équipes et difficultés rencontrées en lien avec les caractéristiques et l'attitude du résident dans l'EMS

Lors de la séance 1 (définition du problème), nous avons demandé à chacun des membres de l'équipe présent⁴⁰ de nous expliquer en quoi consistait le problème. Cette première étape a permis aux collaborateurs de **se rendre compte que tous n'avaient pas la même vision de la situation** et que tous n'interprétaient pas de la même manière le comportement du résident défini comme « problématique »⁴¹.

Le tableau suivant synthétise les principaux éléments descriptifs énoncés par les membres des équipes dans chaque situation⁴².

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 ⁴³	Situation 5	Situation 6
<p>Monsieur qui veut « tout tout de suite » et qui devient agressif (insultes) si l'équipe n'obéit pas ou a une réponse défensive (=> escalade).</p> <p>Propos racistes et misogynes.</p> <p>Sollicitations sexuelles et films porno.</p> <p>Problèmes d'alcool.</p> <p>Homosexuel (a un ami qui vient le voir).</p>	<p>Monsieur arrivé avec réputation d'être cassant, violent, agressif, pas facile.</p> <p>Il simule l'acte sexuel, menace de mort l'équipe quand manière de faire ne lui convient pas et insulte tout le monde (Dieu, etc.).</p> <p>Taperait les gens s'il pouvait (amputé et en chaise roulante).</p>	<p>Dame méchante et blessante avec voisine de chambre et tensions avec autres résid.</p> <p>Bon début, puis dame devenue agressive et se moque des autres résid.</p> <p><i>Désaccord équipe avec psychogériatre</i></p> <p>Refus de la résidente des horaires de l'EMS et des médicaments, ainsi que de se laver et de manger. Dilemme = la forcer ou la négliger ?</p>	<p>Epouse qui dénie les pertes et la démence de son mari (oblige l'équipe à lui mettre son dentier, le gave jusqu'à vomissement, le surstimule).</p> <p>Epouse qui veut tout contrôler et triangule l'équipe.</p> <p>Mari grabataire et en retrait quand épouse là, mieux quand absente.</p> <p><i>Désaccord entre médecin privé et celui de l'EMS.</i></p>	<p>Dame arrivée avec la réputation de démonter les équipes (hôpital).</p> <p><i>Cadre très strict (psychogér.), en désaccord avec les valeurs de l'équipe.</i></p> <p>Problèmes de marche et diagnostic peu clair (démence ?).</p> <p>Dame qui se dit déprimée mais bcp de répartie. Pas de problèmes de mémoire ou d'orientation.</p>	<p>Dame avec schizo paranoïde, réputée difficile, qui voit tjrs le négatif, met l'équipe en doute et monte les gens entre eux.</p> <p>Anamnèse peu claire. Somatise beaucoup. Humeur très changeante (violente ou fusionnelle)</p> <p><i>A déjà porté plainte contre l'EMS et a incité d'autres résidents à le faire.</i></p>

⁴⁰ Le plus souvent l'infirmière-chef (ou responsable), une ou deux infirmières, plusieurs aides et, quelquefois, une ou deux femmes de ménage. La Direction était parfois également présente.

⁴¹ Par la suite, nous emploierons le terme « résident problématique » pour signifier qu'il s'agit de la vision initiale de l'équipe (et non pas d'une caractéristique propre à la personne du résident elle-même).

⁴² Sont indiqués en italique les éléments liés à l'attitude du résident qui ont eu des répercussions sur les relations de l'EMS avec l'extérieur.

⁴³ Dans la situation 4, le problème concernait plus l'épouse que le résident lui-même.

Principaux éléments descriptifs énoncés par les membres des équipes dans chaque situation (suite)

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 ⁴⁴	Situation 5	Situation 6
Résident qui a « toute sa tête », mais dépendance physique (chaise roulante). Problèmes digestifs et phimosis. Problèmes pour la toilette.	Attitudes de provocation (=> pousse les gens à réagir) envers équipe et autres résidents : les insulte, les imite ou leur envoie des bisous. « Cris de bête » très difficiles à supporter (démence frontale). Il dégoûte l'équipe et aime faire peur . Problèmes pour la douche.	Equipe mise en échec par rapport à son désir de bien faire. Démence très avancée. Violence physique et verbale envers l'équipe (coups, insultes et cris). Fille qui supplie équipe de garder sa mère et délègue les décisions.		Ton très geignard, peur de tout , pleurniche, harcèle l'équipe, manipule les aides , réfute ce qui est fait pour elle, se plaint tjrs, « bouffe » les gens. Enfer pour les repas et la toilette. Autres résidents agressifs avec elle. Contrôle tous les faits et gestes de l'équipe.	Qqn de tout-puissant avec qui il est difficile de garder un cadre et une cohérence . Raconte des choses horribles, difficile pour équipe de savoir si vrai. Dame très agressive (aussi envers les autres résidents) et qui en même temps reproche à l'équipe son agressivité. Sabote les activités organisées.

Comme nous pouvons le remarquer, de nombreux aspects apparaissent de manière récurrente dans les différentes situations. **La plupart des indications données concernent le résident⁴⁵ et son attitude dans l'EMS.** Dans le but de faciliter la lecture de ces informations, nous les avons classées par fréquence d'apparition dans les situations étudiées.

Difficultés en lien avec l'attitude du résident⁴⁶ :

- **agressivité verbale** (insultes, menaces) **et/ou physique** (coups, gifles) (situations 1, 2, 3, 4, 5, 6)

⁴⁴ Dans la situation 4, le problème concernait plus l'épouse que le résident lui-même.

⁴⁵ Respectivement son épouse dans la situation 4.

⁴⁶ Nous tenons à rappeler que cela ne signifie pas que l'attitude du résident le rend responsable de la situation de maltraitance.

- **mise en échec de l'équipe** et/ou **non reconnaissance**
(situations 1, 2, 3, 4, 5, 6)
- **refus pour les soins de base** (hygiène et/ou alimentation)
(situations 1, 2, 3, 4, 5)
- **réputation négative** en arrivant dans l'EMS
(situations 1, 2, 3, 5, 6)
- **pathologie peu claire** ou **en décalage** avec l'état des autres résidents
(situations 1, 2, 5, 6)
- **attitude qui crée des tensions avec les autres résidents** (provocation, moquerie, agressivité)
(situations 2, 3, 5, 6)
- **attitude qui crée des pressions extérieures** (plaintes déposées, pressions de la famille, pressions du médecin privé)
(situations 3, 4, 5, 6).
- exigence à **être au centre de l'attention de l'équipe**
(situations 1, 2, 5, 6)
- « **triangulation** » de l'équipe
(situations 4, 5, 6)
- **cris, ton** ou **propos** qui "usent" l'équipe
(situations 2, 5, 6)
- **attitude de contrôle** et de **manque de confiance** dans l'équipe
(situations 4, 5)
- **sollicitations d'ordre sexuel**
(situations 1, 2).
- **comportement choquant**, à l'encontre **des normes et des valeurs** des membres de l'équipe (racisme, alcool, films pornographiques, manière de manifester son homosexualité, plaisir à faire peur ou à faire souffrir)
(situations 1, 2).

Bien que ces difficultés soient essentiellement rapportées à l'attitude du « résident problématique », **la maltraitance ne se réduit pas à une question individuelle**. Les situations sur lesquelles nous avons travaillé montrent en effet que la maltraitance a plus à voir avec la dynamique relationnelle entre le résident et l'équipe (et le contexte dans lequel s'inscrit cette relation) qu'avec le caractère ou la personnalité des différents acteurs. Preuve en est qu'en agissant sur la relation et le contexte, la démarche entreprise a favorisé une évolution positive de ces situations. **Notre intervention n'a pas modifié la nature profonde des individus en présence, mais elle a créé des conditions**

permettant à chacun de fonctionner de manière plus adéquate dans l'interaction avec son environnement.

Voyons maintenant **en quoi les difficultés décrites par les équipes les ont placées dans des situations d'impasse.** Notre analyse a dégagé les raisons suivantes:

- elles confrontaient les collaborateurs à **un dilemme éthique**⁴⁷ [soit forcer ou contraindre la personne pour assurer ses soins de base (alimentation et hygiène), soit être maltraitant par négligence], dilemme qui créait **un écart douloureux entre leur idéal soignant et la réalité de leur pratique,**
- elles **menaçaient l'intégrité physique et/ou psychique** (épuisement) des membres de l'équipe, voire des autres résidents,
- elles **allaient à l'encontre des valeurs de l'équipe** (c'est-à-dire de son intégrité spirituelle ou morale),
- elles **menaçaient la cohésion de l'équipe** (« triangulation »),
- elles **placèrent les collaborateurs dans une position d'objet,**
- elles **déstabilisaient l'équipe** (attitude versatile, par exemple).

Ces éléments ont en commun de constituer **une remise en question du pouvoir et des valeurs de l'équipe, ainsi que de sa position cadrante dans la relation.** Dans tous les cas que nous avons étudiés, le résident détenait en effet le pouvoir et l'équipe se trouvait en position de réaction. Ce n'était plus elle qui possédait l'initiative des interactions, celles-ci s'inscrivant dans un schéma bien établi⁴⁸ fonctionnant comme **une sorte de cercle vicieux.**

« C'est LUI qui a le pouvoir, pas nous » (Sit1).

« On a essayé de crier plus fort que lui, ça a marché, mais ce n'est pas possible de faire ça tout du long » (Sit2). On lui a aussi dit qu'il avait le droit de crier pendant 20 minutes et il a arrêté. On a de la peine, car « il nous pousse à réagir en insistant » (Sit2).

« C'est comme elle, elle veut » (Sit3).

« Elle veut SON fauteuil (à elle), elle exige qu'on déplace des gens s'ils occupent son fauteuil. Si cela ne se fait pas, elle va vers tous les autres » (Sit4). « Elle veut une place où elle peut tout contrôler » (Sit4). Elle vérifie toujours les dates d'expiration : « On voit bien qu'elle ne nous fait pas confiance » (Sit4).

« Elle a fini par faire éclater l'équipe au bout de quelques semaines. Elle nous force à être sévères, durs et agressifs » (Sit5). « Elle nous pousse à lui donner des ordres » (Sit5).

« J'ai le sentiment qu'elle essaye de tester mes limites » (Sit6, séance 2).

⁴⁷ Dilemme qui s'apparente à un choix cornélien.

⁴⁸ Parfois qualifié « d'interactions redondantes » en systémique (voir par exemple Curonici & McCulloch (1997)).

Plusieurs collaborateurs ont relevé **les risques d'escalade** liés à la situation problématique. Ils ont également mentionné **le fait que leur propre comportement pouvait renforcer et/ou provoquer celui du résident**. Ainsi, même si le résident était vu souvent comme la cause première du problème, les équipes semblaient conscientes de la dynamique circulaire et rétroactive de la situation.

Si je lui fais tout, ça va bien. Si je dis aussi un mot, « ça devient l'escalade ! » (Sit1).

« Elle s'est peut-être sentie agressée ». (Sit3). « Il me semble qu'on provoque souvent sa défensive et quand on la laisse venir à nous, elle est chou » (Sit3). « C'est déstabilisant pour cette dame, car on n'a pas les mêmes limites (dans l'équipe) » (Sit3).

« Au début, on était avec elle comme avec les autres résidents, mais maintenant plus, donc elle voit ça comme si on ne l'aimait pas » (Sit6). « Souvent, on lâche du lest pour ne pas avoir à revenir le soir » (Sit6).

Dans la situation 4, le problème était de nature un peu différente, dans le sens où il concernait plus l'épouse du résident que le résident lui-même. La notion d'escalade était toutefois présente, l'équipe disant craindre un « dérapage » (Sit4) avec cette femme. Selon les termes employés par les collaborateurs, celle-ci « pompait l'air » (Sit4) de tout le monde et son attitude risquait de les pousser « à dire non à tout » (Sit4). L'aspect circulaire de la situation était donc identifié.

Comme souligné précédemment, nous avons été frappées par **la souffrance** qui transparissait dans les propos des équipes. Cette souffrance était très souvent liée à **l'écart entre leur idéal soignant (ainsi que leurs valeurs) et la réalité de leur pratique**, induite par la situation.

« Au début, j'avais une sorte d'idéal sur la manière de prendre en charge un résident. Aujourd'hui, je l'ai abandonné » (Sit1). « Il faudrait qu'il respecte notre travail et notre temps. Il met en crise notre idéal infirmier » (Sit1).

« Avec les autres résidents, je peux entrer en communication par le toucher. Avec lui, ce n'est pas possible, donc ça me met en échec. Je ne suis pas insensible à sa douleur, mais ça me frustre de ne pas avoir les moyens d'y répondre. Je n'ai pas choisi ce boulot pour ça » (Sit2). « C'est difficile d'aller vers lui sans prendre une bonne responsabilité. Notre rôle professionnel est remis en question » (Sit2).

« Si elle insulte, je pars. Au fond de moi, c'est comme si je la laissais tomber » (Sit3).

« Ce n'est pas du vrai boulot ». On a peur qu'il s'étouffe, on voit qu'il a mal. (Sit4).

« Je sais que c'est une contre-attitude, mais j'en souffre » (Sit6). « Je n'ai pas envie d'être une mauvaise soignante » (Sit6).

Ce décalage donnait aux collaborateurs **le sentiment d'être de « mauvais soignants »**, en se rendant **coupables, malgré eux, de maltraitance**. Cet état était particulièrement difficile à vivre, car il les renvoyait à des sentiments d'impuissance, de responsabilité personnelle et de culpabilité.

« Aujourd'hui, ça pose un problème. Nous culpabilisons et le corps médical risque de nous tomber dessus » (Sit1).

Les membres du personnel sont « les acteurs involontaires d'une maltraitance imposée par l'épouse d'un résident » (Sit4).

Le psychogériatre dit « c'est thérapeutique, ce n'est pas de la maltraitance » (Sit5).

« C'est très fort. J'ai des images où je me vois lui donner un claque. Je culpabilise » (Sit6).

Les équipes semblaient donc pour la plupart **conscientes de l'inadéquation de certains de leurs comportements**. Les citations suivantes en témoignent par exemple :

« On a besoin de pouvoir s'occuper d'autres résidents et pas seulement en répondant en donnant des médicaments » (Sit2)

« Quand elle est dans la salle de bain, on profite pour la doucher et nous on a l'impression de la forcer à se doucher. Elle crie, elle frappe. » (Sit3). « Jusqu'où la laisser aller sans soins ? Toute la journée, elle répète « Foutez-moi la paix ! ». Elle ne boit pas, elle reste au lit. Là, c'est de la maltraitance, un peu ? (...) Faut-il faire un état de violence ou entrer dans de la maltraitance ? » (Sit3). « On est mal, car on lui cache les médicaments » (Sit3). « Il y avait des neuroleptiques qui l'ont tassée » (Sit3).

« Moi j'ai l'impression que je suis maltraitante ». Je lui dis « je ne sais plus quoi vous dire ». (Sit5).

« C'est une telle souffrance qu'elle s'exprime seulement par la violence » (Sit6).

C'est probablement la conscience de cette inadéquation⁴⁹, leur impossibilité à agir autrement (tant elles étaient prises par la dynamique de la situation) et leur sentiment d'impuissance qui ont incité les équipes à chercher de l'aide à l'extérieur. Nous avons par ailleurs observé **une très forte volonté de la part des responsables d'équipe de protéger de la violence les autres résidents et les collaborateurs**. Cette volonté explique probablement leur motivation à participer notre expérience-pilote.

« J'ai envie de la garder, mais pas que l'équipe s'épuise et glisse vers de la maltraitance » (Sit6).

c) Aspects positifs du résident et pistes de changement esquissées

Si les propos que nous avons recueillis indiquent que le résident était souvent initialement considéré par les équipes comme étant à l'origine de la situation problématique (et par là de leur propre souffrance), celles-ci lui reconnaissaient **malgré tout des aspects positifs**. La présence de ces éléments positifs dans le discours de nos équipes-partenaires a probablement facilité le processus de résolution de problèmes. Nous avons en effet pu rebondir et développer ces éclairages différents sur la situation pour esquisser des pistes de changement à explorer.

Le tableau suivant rend compte de manière synthétique de quelques éléments positifs relevés par les équipes à propos du « résident problématique ». Il est à noter que c'était souvent lorsque des éléments de ce type étaient évoqués (et « quittancés ») que le regard des participants commençait à changer.

⁴⁹ Déjà identifiée dans ce chapitre au point a).

Aspects positifs du résident relevés par les équipes

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
Monsieur qui peut aussi parfois dire des choses gentilles, rire et s'intéresser aux membres de l'équipe (quand il peut faire ce qu'il veut). Aide qui « l'aime bien quand même ».	Monsieur qui peut être gentil, poli et sourire quand on fait preuve d'autorité. Dès la séance 2 (exploration des ressources), l'équipe ne désire plus que le résident quitte l'EMS.	Dame qui aide l'équipe lorsqu'elle veut. Dame différente avec animaux et enfants. « Chou » avec équipe quand on la laisse venir elle-même. Déception de l'équipe quand le gériatre consulté a dit qu'il fallait hospitaliser Mme. Espoir de pouvoir construire un cadre de référence avec elle.	Epouse respecte parfois les remarques de l'équipe. Mieux quand sorties. « Elle est bien conservée, elle a des jambes magnifiques, elle est sportive, elle est énergique... » « Elle a plein de ressources, il faut lui laisser ça ».	Dame qui donne parfois de son bircher à une autre dame (qui souffre de démence et qui ose parfois la remettre à sa place). Durant les sorties, elle est différente, elle ne pleurniche pas et parle sur un ton normal. S'intéresse parfois aux autres résidents. Une fois, a dit à une aide qu'elle était « un ange ».	Par moments, dame adorable, voire qui cherche le contact fusionnel. Elle m'a dit merci pour sa voisine, « mais si elle doit attendre, alors je suis le dernier des imbéciles ». « Elle a le sens de l'humour. Elle peut être drôle des fois, mais c'est tout ou rien ». « Elle entre dans mon bureau comme dans un champ de patates, sans frapper, puis elle peut aussi avoir de l'humour ».

Paradoxalement, la plupart des collaborateurs ressentait également **une certaine admiration pour le résident**, notamment par rapport à la manière dont celui-ci réussissait à « manipuler » son entourage.

Nous avons observé que l'engagement des équipes dans une démarche de résolution de problèmes leur permettait de **reconsidérer la situation problématique** (vécue initialement comme une situation d'échec ou d'impasse), **dans le sens d'un défi**. Privilégier (et quittancer) cette dimension redonnait confiance aux collaborateurs, en diminuant en partie leur sentiment d'impuissance.

« C'est ambigu, tout me pose problème. En même temps, j'ai envie d'être sa référente, car j'ai envie de comprendre. Les plans personnel et professionnel font que je m'y intéresse » (Sit2).

« C'est un défi aussi » (Sit2).

« Pour moi, c'est un défi. J'ai envie de lui dire "dehors !", mais en même temps j'ai de l'ambivalence et elle est à la fois usante quand elle vient avec sa rengaine ». (Sit6).

d) Parcours du résident avant son entrée dans l'EMS et influence sur le regard des équipes

Les équipes rencontrées ont souvent commencé par nous décrire **le parcours du résident avant son entrée dans l'EMS**. Il est apparu assez clairement, comme nous l'avons déjà relevé à propos des difficultés liées au « résident problématique », que celui-ci était arrivé dans la majorité des cas (situations 1, 2, 3, 5 et 6) précédé d'**une réputation de « personnalité difficile » ou de « casseur d'équipe »**.

« Déjà à l'époque, paraît-il, il était comme ça. Il n'était pas très éduqué ». (Sit2).

Comme l'ont noté certains collaborateurs, cette réputation négative les a sans doute conduits à **anticiper, voire à créer des difficultés**.

Mais **une méconnaissance de l'histoire du résident peut aussi influencer négativement les représentations et les attentes de l'équipe à son égard**. Dans la situation 2 par exemple, où beaucoup d'éléments liés à l'histoire du résident étaient inconnus [notamment les causes de son handicap physique (accident de travail) et ses relations familiales], il s'est avéré que les collaborateurs avaient projeté bon nombre de fantasmes sur cet homme (en lien avec son apparence).

« Avant, c'était un monstre. (...) avant, on devait noter tout ce qui n'allait pas avec lui. On espérait qu'il allait partir » (Sit.2, séance 3).

Le tableau suivant présente brièvement **les éléments du parcours des résidents qui ont pu influencer le regard de l'équipe** et, par là, orienter les attitudes et les comportements à son égard.

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
Monsieur homosexuel avec des problèmes d'alcool. Décrit par son ami comme quelqu'un qui a toujours été « difficile ».	Passage d'un établissement à l'autre , d'abord en UAT avant d'entrer dans un EMS non psychogériatrique (placement contre sa volonté quand arrivé en âge AVS). Ici depuis 1 an. Réputé n'avoir jamais été « évident », être « cassant », « violent » et « pas facile ». Placement « malgré lui ».	Dame qui dépendait pour tout du CMS et disait qu'elle préférerait plutôt mourir que d'aller en EMS (avait travaillé dans la branche). Décrite par sa fille comme « cassante ». Fille dit que sa mère « l'élevait à la claque ».	Famille influente, monsieur hospitalisé plusieurs fois, haut gradé dans l'armée. Histoire de la famille est peu connue par l'équipe.	Dame arrivée avec la réputation de démonter les équipes (hôpital).	Dame passée par la rue et par de nombreux foyers (le dernier n'a pas voulu la reprendre). Connaît bien les droits des patients et a déposé plusieurs plaintes. Histoire de vie peu claire (délire paranoïde ou vérité ?).

Inversement, le rappel (ou la mise en mots) du parcours de vie du résident a participé à l'élargissement du regard porté sur la situation.

Ce fut notamment le cas dans la situation 2 où, comme nous l'avons dit, l'équipe ne possédait que peu d'informations sur l'histoire du résident (hormis le fait qu'il était passé d'un établissement à l'autre). La réflexion autour de données nouvelles, recueillies par le biais d'une discussion avec son amie (entreprise suite à la séance 2 « exploration des ressources »), a permis à l'équipe de dépasser le regard réducteur et imprégné de fantasmes qu'elle portait sur cet homme. Elle a amené les collaborateurs à le considérer de manière plus globale et empathique, c'est-à-dire comme un être humain « normal » ayant eu une vie, des enfants, un métier et une histoire. **Ce changement d'état d'esprit a eu de fortes répercussions sur certains membres de l'équipe**, les conduisant parfois à se remettre personnellement en question.

Ce moment de passage ou de bifurcation⁵⁰ dans les représentations, bien que douloureux, initie en effet **un processus de transfert d'apprentissage** chez les individus concernés. Il implique **une réorganisation des représentations**, non seulement vis-à-vis du « résident problématique », mais envers l'ensemble des personnes âgées que le personnel de l'EMS a pour mission d'accompagner.

« L'équipe est aussi plus détendue. Elle a plus de recul, aussi par rapport à d'autres situations » (Sit2, séance 3).

Dans la situation 2 en particulier, le déclic expérimenté par l'équipe, c'est-à-dire sa **prise de conscience de l'importance de garder à l'esprit la singularité et l'histoire de chaque résident** (donc de porter sur lui un regard global), a contribué à modifier sa façon d'être et de se comporter dans son travail⁵¹.

On a évité une situation de maltraitance. « On passait à côté des choses, car on en avait ras-le-bol » (Sit2, séance 3).

Par ailleurs, comme nous l'avons souligné au chapitre 2.4., **l'agressivité et le fait de se « blinder affectivement » envers la personne âgée** (avec le risque de la traiter comme un objet) constituent **des moyens de se défendre ou de se protéger** face à une situation qui menace l'intégrité personnelle ou qui provoque un sentiment d'impuissance. Les citations suivantes témoignent du **coût psychologique de ces adaptations** :

Pour « se protéger », l'équipe doit « être sur ses gardes », « les contre-attitudes sont difficiles à ventiler » (Sit6).

« C'est difficile. Même si on sait que c'est une réaction de défense, ça nous fatigue sur le plan émotionnel. On se dit qu'elle l'a fait exprès. On se protège pour que le piquet se passe bien » (Sit6).

« Quand on fait preuve d'autorité, il peut être gentil, poli et sourire. Cela rend les choses plus difficiles » (Sit2).

« J'ai reçu une sacrée baffe. C'était la première fois, j'étais impliquée affectivement, on en prend un sacré coup ! Ca m'interpelle aussi » (Sit3).

⁵⁰ En référence à la dynamique des systèmes complexes.

⁵¹ Ce processus est à mettre en relation avec la théorie des représentations sociales (cf. note 34).

Il est probablement plus confortable pour un soignant de se cantonner à une vision limitée (et souvent négative) de la « personne âgée problématique » que d'être constamment confronté à des volte-face de sa part. **Cette représentation simplifiée peut lui conférer le sentiment de mieux maîtriser la situation qui lui pose problème.** Paradoxalement, lorsque la personne âgée ne correspond plus à l'image stéréotypée qui lui a été attribuée, le soignant risque de se trouver déstabilisé. Il perd en effet les points de repère qui lui permettaient, dans une certaine mesure, de gérer la complexité de la réalité.

L'explicitation de ces phénomènes nous aide à **comprendre les mécanismes de défense qui installent les relations « maltraitantes »**. Ces réactions de défense contribuent en outre aux résistances au changement dans les équipes, car **la représentation négative qu'ont les collaborateurs du résident justifie, en retour, leurs attitudes défensives et/ou leurs propres comportements violents.** Cette représentation négative du résident permet ainsi à l'équipe de donner un sens plus acceptable à la situation.

Changer de regard implique d'accepter de se remettre soi-même en question. Or il est plus difficile d'entreprendre spontanément ce type de réflexion lorsque l'on se trouve dans un contexte où l'accumulation de pressions, internes comme externes, a fini par nous placer dans une position s'apparentant à de la « survie ».

Nous voyons bien ici, du point de vue de la prévention de la maltraitance, la nécessité de **replacer la relation violente dans le cadre plus large de son développement.** Cette démarche réflexive permet non seulement de saisir le processus qui a conduit chaque acteur à se comporter de manière menaçante pour l'autre, mais aussi d'**identifier le rôle de « renforçateur » de la violence (ou au contraire « d'inhibiteur ») joué par l'environnement.**

Comme nous allons l'illustrer dans la suite de ce chapitre, **l'influence de l'environnement s'exerce dans l'interaction entre plusieurs niveaux de contexte.** Sont concernés autant les relations internes à l'équipe (liées en partie à sa composition), les relations entre l'équipe et la hiérarchie (et/ou les autres secteurs) de l'institution, l'organisation et le mode de fonctionnement de l'EMS, ses rapports avec l'extérieur, que le contexte général dans lequel toutes ces relations s'inscrivent (contexte socio-démographique, politique, économique, culturel). **La complexité de cette réalité** rend peu efficace, à long terme, une intervention au niveau des seuls individus (p.ex. en licenciant un collaborateur). Sans modification du fonctionnement général du système qui a constitué le terreau de la maltraitance, les problèmes risquent de réapparaître aussitôt qu'**une configuration de facteurs et de conditions à risque** se représente.

Nous avons exposé dans les sous-chapitres b) et d) les difficultés liées aux caractéristiques du résident, à son attitude dans l'établissement et à sa réputation. Du point de vue des **facteurs de risque en lien avec la personne âgée**, outre sa position de dépendance et sa vulnérabilité, nous retiendrons donc un certain nombre d'éléments liés au résident lui-même.

Résumé des facteurs de risque liés au résident :

- *agressivité verbale (insultes, menaces) et/ou physique (coups, gifles) du résident*
- *mise en échec et/ou non reconnaissance de l'équipe*
- *refus pour les soins de base (hygiène et/ou alimentation)*
- *réputation négative du résident en arrivant dans l'EMS*
- *pathologie peu claire ou en décalage avec l'état des autres résidents et/ou les compétences de l'équipe*
- *attitude négative, qui crée des tensions avec les autres résidents (provocation, moquerie, agressivité,...)*
- *« triangulation » ou manipulation de l'équipe*
- *attitude qui génère des pressions extérieures (plaintes déposées, pressions de la famille, pressions du médecin privé)*
- *exigence à être au centre de l'attention de l'équipe*
- *attitude de contrôle et de manque de confiance dans l'équipe*
- *cris, ton ou propos qui « usent » l'équipe*
- *sollicitations d'ordre sexuel*
- *comportement allant à l'encontre des normes et des valeurs de l'équipe (racisme, alcool, films pornographiques, manière de manifester son homosexualité, plaisir à faire peur ou à faire souffrir).*

Ces éléments, de nature diverse (état, attitudes du résident, et/ou relations problématiques avec lui) sont à interroger lorsqu'une situation devient difficile à gérer. Ils représentent des **signaux d'alarme** à ne pas négliger dans une perspective de prévention de la maltraitance.

Plus généralement, l'analyse des données récoltées nous a permis d'observer que **les interactions entre la personne âgée et les collaborateurs de l'EMS n'étaient pas seules en cause dans les situations « d'impasse » que nous avons étudiées**. Les difficultés rencontrées par les équipes dépendaient également des relations internes à l'équipe, des relations de l'équipe avec la hiérarchie et les autres secteurs de l'établissement, de l'organisation du travail dans l'EMS et de ses rapports avec l'extérieur.

e) Difficultés (ou aide) rencontrées au niveau des relations internes aux équipes

Les propos tenus par les collaborateurs, en particulier dans la séance 2 (exploration des ressources), montrent **le rôle important joué par les relations et la dynamique internes à l'équipe dans le développement d'une situation d'impasse**. De plus, comme nous le verrons au chapitre 4.2.3., la résolution du problème vécu dans la relation avec le résident s'est accompagnée, dans toutes les situations rencontrées, **d'une amélioration de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe**. La démarche a notamment participé à augmenter la cohérence entre les attitudes des différents collaborateurs et à fixer des limites plus claires vis-à-vis du résident.

Le tableau suivant présente, de manière très synthétique, les difficultés⁵² liées au fonctionnement de l'équipe elle-même:

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
<p>Différences ("chouchou") faites par l'infirmière responsable entre les membres de l'équipe ("C'est bien que tu sois là, parce que les autres apprennent").</p> <p>Divergences de valeurs dans l'équipe quant à ce que le résident a le droit ou pas de faire (boire de l'alcool, regarder des films porno, etc.) et quant à la conduite à tenir dans la situation.</p>	<p>Tensions liées à la répartition des charges de travail et aux plannings (tournus).</p> <p>Malentendus entre l'infirmière-chef et une infirmière responsable (p.ex. temps gagné grâce à la nouvelle répartition du travail).</p> <p>Manque de cohérence dans l'équipe quant à la manière d'appliquer le cadre prévu (« Alors, il faut lui dire ou pas? Ce serait bien que nous fassions toutes la même chose »).</p>	<p>Manque de cohérence dans les attitudes de l'équipe.</p> <p>Messages parfois contradictoires donnés par les infirmières au reste de l'équipe.</p> <p>Une aide toujours appelée à la rescousse pour s'occuper de la résidente. OK avec elle, car elle accepte de se faire taper sans répondre.</p> <p><i>Infirmière-chef refuse que son équipe se fasse violenter par la résidente.</i></p>	<p>Manque de cohérence dans l'attitude de l'équipe vis-à-vis de l'épouse.</p> <p>Messages contradictoires donnés par l'équipe à l'épouse (décalage entre propos et actes).</p> <p><i>Equipe très au clair sur les valeurs et la philosophie de l'établissement (priorité = résident).</i></p>	<p>Manque de cohérence dans les attitudes de l'équipe vis-à-vis de la résidente.</p> <p><i>Bonne communication dans l'équipe et valeurs communes.</i></p> <p><i>Habitude de discuter des problèmes rencontrés.</i></p>	<p>Tensions entre collaborateurs et Direction (qui participe à la démarche de résolution de problèmes).</p> <p>Manque de communication et malentendus.</p> <p>« Il y a toujours des gens qui parlent et des gens qui ne disent rien. Ça me fait mal, car j'ai l'impression qu'ils ne sont pas bien dans leur travail. Pourquoi ils ne s'expriment pas ? Parce que le directeur ne les entend pas ou parce qu'ils n'ont rien à dire ? ».</p>

⁵² Et parfois les éléments protecteurs (indiqués en italique).

Difficultés liées au fonctionnement de l'équipe (suite)

Situation 1	Situation2	Situation 3	Situation4	Situation5	Situation 6
<p>Manque de cohérence de l'équipe dans ses attitudes et comportements envers le résident (messages contradictoires).</p> <p>Rôles peu clairs, mal définis (p.ex. référente du résident peu impliquée et ne parlant pas bien le français).</p>	<p>Faïlle dans le cadre, p.ex. avertir avant la douche ou pas? ("Oui, il faut lui dire s'il demande. Il a trouvé là où il y avait une faille dans le cadre").</p>	<p>Décalage de valeurs et de culture professionnelle entre une aide et le reste de l'équipe.</p>			<p>Problèmes dans la définition des rôles et des responsabilités (p.ex. les collaborateurs s'adressent directement au directeur-adjoint plutôt qu'à l'infirmière-chef).</p>

L'analyse des propos des collaborateurs et de leurs interactions lors de l'intervention nous a permis de constater que **ces difficultés internes venaient « parasiter » les échanges au sein de l'équipe**. Tout se passait comme si la résolution indirecte de conflits de valeurs, de règles de fonctionnement et/ou de malentendus monopolisait alors l'énergie des participants, au détriment peut-être de leur réflexion commune sur la situation à résoudre.

Cet aspect nous a semblé particulièrement flagrant dans la situation 6, où la démarche de résolution de problèmes s'est finalement surtout concentrée sur les relations internes à l'équipe. Ce passage était toutefois nécessaire pour permettre à l'équipe de se concentrer ensuite sur la relation avec la « résidente problématique ».

En résumé, plusieurs facteurs de risque apparus étaient propres aux relations internes à l'équipe.

<p>Facteurs de risque liés aux équipes :</p>

- **manque de cohérence** dans les attitudes des collaborateurs vis-à-vis du résident,
- **messages contradictoires** donnés par les infirmières,
- **manque de communication et de collaboration** dans l'équipe (notamment malentendus et conflits de pouvoir),
- **décalage entre les valeurs ou le regard** des membres de l'équipe sur la situation,
- **rôles et responsabilités mal définis**.

Comme pour les facteurs de risque liés aux résidents, ces éléments constituent des **signaux d'alarme** auxquels les collaborateurs de l'institution et les différents intervenants extérieurs (par exemple la CIVEMS) devraient être attentifs. L'accumulation de problèmes internes aux équipes risque de donner lieu à des situations d'impasse, car elle abaisse le seuil de tolérance des soignants à l'égard des résidents. Leur énergie se trouve en effet prioritairement investie dans la résolution d'autres enjeux.

f) Difficultés (ou aide) rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution

La présente expérience-pilote nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées à la relation entre l'équipe-partenaire et les autres collaborateurs de l'institution. Elle révèle également des éléments protecteurs⁵³.

Situation 1	Situation2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
<p>Résident vient se plaindre auprès du directeur.</p> <p>Manque d'appui et de soutien de la part du médecin (« Le médecin va lui dire qu'il n'a pas le choix »).</p> <p>Manque de communication et de collaboration entre l'équipe et la hiérarchie ainsi qu'avec les autres divisions de l'institution.</p> <p>Manque de reconnaissance et d'intérêt pour la gériatrie par les médecins.</p>	<p><i>Bon soutien de la Direction.</i></p>	<p><i>Bon soutien de la Direction.</i></p> <p><i>Bonne collaboration entre secteurs</i> (p.ex. nombreux colloques interdisciplinaires et activités communes).</p>	<p><i>Bon soutien de la Direction.</i></p> <p>Hypothèse : tensions et « rivalité » entre secteur des soins et animation ?</p> <p>Réputation d'établissement « parfait » (valeurs centrées sur le résident) qui semble empêcher l'équipe de poser des limites.</p>	<p><i>Bon soutien de la Direction.</i></p> <p><i>Bonne collaboration entre secteurs</i> (p.ex. nombreux colloques interdisciplinaires).</p>	<p>Tensions et incompréhensions entre l'équipe et la Direction (p.ex. obligation de garder toutes les portes ouvertes par souci de transparence et de l'image donnée aux visiteurs).</p> <p>Histoire de l'EMS qui crée une pression de la part de la Direction à faire bonne impression.</p> <p>Problèmes de communication et manque de confiance entre la Direction et l'équipe.</p>

⁵³ En italique dans le tableau.

Les difficultés liées aux relations avec la hiérarchie semblaient particulièrement marquées dans les situations 1 et 6, comme en témoignent les propos suivants:

« Le médecin-chef est quelqu'un de très carré ». Ce n'est « pas lui qui allait soutenir l'équipe en tous cas » (Sit1).

« L'EMS n'intéresse pas les médecins » (Sit1).

« On a peur des conséquences, de se faire taper sur les doigts et de se faire dire « Tu aurais pu faire plus » par la Direction et l'extérieur » (Sit6).

« C'est mal perçu des deux quand on met des limites » (Sit6).

« Chaque fois que je me relâche, que je fais confiance, il y a quelque chose de bête qui fait que ça foire » (Sit6, le directeur).

Dans les autres situations cependant, les équipes disaient se sentir soutenues par la Direction et l'ensemble de l'établissement. Ce **sentiment de soutien** a certainement contribué à renforcer la tolérance des collaborateurs face à la situation problématique, notamment en limitant leur impression d'impuissance. Il leur a aussi permis de s'engager dans la démarche de résolution de problèmes en se sentant **plus légitimés à proposer des changements dans l'institution**.

Nous avons d'ailleurs constaté que c'est dans les situations 1 et 6 que la démarche a pris le plus de temps à se mettre en place. Cette observation nous a conduites à nous demander si une séance supplémentaire ne serait pas utile dans le cadre d'une intervention motivée par une situation de maltraitance avérée. Nous comptons sur le feedback des équipes lors de la présentation des résultats de l'étude pour évaluer les aménagements nécessaires le cas échéant. Nous reviendrons sur les propositions de pérennisation au chapitre 5.

Facteurs de risque liés à l'institution :

- **Manque d'appui et de soutien** de l'équipe de la part de la hiérarchie,
- **Manque de communication et de collaboration** entre la Direction et l'équipe,
- **Réputation (positive ou négative) de l'EMS créant des pressions** sur les collaborateurs à être « parfaits »,
- **Manque de confiance** entre la Direction et l'équipe,
- **Désintérêt du reste de l'institution** pour l'équipe (voire dévalorisation).

Tout comme les difficultés identifiées précédemment, celles liées au fonctionnement et à l'organisation de l'institution devraient être prises en compte comme des **signaux d'alarme**. Elles constituent des facteurs de fragilisation des équipes et peuvent par conséquent potentialiser d'autres risques de maltraitance, déjà présents.

g) Difficultés (ou aide) rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur

Le dernier niveau de difficultés rencontrées par les équipes-partenaires de notre étude concerne les relations entre l'EMS et l'extérieur. Par « extérieur », nous entendons tous les acteurs qui jouent un rôle actif dans la situation, sans pour autant appartenir à l'institution. Il s'agit autant des familles et des proches des résidents que des médecins ou des autorités politiques. Ce niveau de contexte inclut également l'environnement physique, socio-démographique, économique, culturel, légal et social dans lequel s'inscrivaient ces situations.

Le tableau suivant résume ces difficultés⁵⁴:

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 5	Situation 6
<p>Manque de visibilité et de reconnaissance de l'EMS (spécificité par rapport au reste de l'institution).</p> <p>Désintérêt général des médecins pour la gériatrie.</p>	<p>Préjugés et manque de communication de l'équipe vis-à-vis de l'amie du résident (« Elle est terriblement limitée à parler de comment elle ressent la situation »).</p> <p>Manque de communication entre l'équipe et les enfants du résident (malentendus).</p> <p><i>Cadre mis en place avec un psychiatre a été une aide.</i></p> <p><i>Appui du médecin pour appliquer le cadre décidé avec le psychiatre.</i></p>	<p>Fille qui supplie l'équipe de garder sa mère et délègue toute décision.</p> <p>Difficultés de communication et de définition des rôles (limites) entre l'équipe et la fille.</p> <p>Désaccord et décalage de regard entre l'équipe et le gériatre (p.ex. hospitalisation).</p>	<p>Manque de communication et de collaboration entre l'épouse du résident et l'équipe.</p> <p>Tensions, manque de collaboration et de cohérence entre médecins privés et EMS.</p>	<p>Opposition de valeurs entre l'éthique de l'équipe et le psychogériatre consulté (cadre thérapeutique « carcéral » et surdosage de neuroleptiques).</p> <p>Psychogériatre qui définit la résidente comme « méchante ».</p>	<p>Tensions dans les relations avec l'extérieur.</p> <p>Sentiment de manque de confiance de la part de l'extérieur et de surveillance permanente.</p> <p>Sentiment de manque de reconnaissance et de soutien. « Je n'ai pas bien supporté que la Commission [contactée par la résidente] entre dans le jeu de la patiente ».</p> <p>« Quand on a appelé le médecin, il a refusé de venir »</p> <p><i>Soutien et cohérence de la part du tuteur.</i></p>

⁵⁴ Les éléments d'aide sont mentionnés en italique.

Des difficultés liées aux relations de l'institution avec l'extérieur étaient particulièrement soulignées dans la situation 6. Elles semblaient constituer **une véritable souffrance pour le directeur et, par là, pour les collaborateurs** qui faisaient les frais de ses sentiments d'impuissance et de méfiance. Les citations suivantes expriment bien ce ressenti:

« La nouvelle loi ne donne aucune ligne directrice. Les professionnels n'osent plus rien faire. Elle n'est pas adaptée cette loi » (Sit6).

« C'est dangereux, s'il y a la moindre petite maltraitance ou incompréhension, on se retrouve dans Le Matin. Le patient en photo n'est jamais représenté comme faisant souffrir l'équipe » (Sit6).

« On en vient à être paranoïaque, à tout noter par peur de faire des erreurs, mais on a besoin de garder confiance » (Sit6).

« Ce n'est pas le comportement de la résidente qui nous dérange, mais plus le regard d'organismes professionnels qui nous jugent » (Sit6).

Dans les situations 1 et 6 la démarche a permis aux collaborateurs de verbaliser leurs sentiments de rejet et de colère vis-à-vis de la patiente, mais aussi (et surtout) envers le « système » en général. Les difficultés rencontrées dans la relation avec le résident se présentaient en quelque sorte comme **le symptôme** (c'est-à-dire l'expression) **d'un dysfonctionnement ou d'un malaise au niveau de l'institution elle-même.**

Ces deux situations ont également révélé **le rôle important joué par l'environnement matériel dans la survenue de la situation d'impasse.** Il s'agissait notamment du manque de visibilité du secteur gériatrique dans l'institution (se manifestant entre autres par l'absence de documents de présentation à disposition du public) et de l'exiguïté des locaux. Enfin, le **manque de formation spécifique** des collaborateurs est apparu, lui aussi, comme un problème auquel les équipes sont fréquemment confrontées.

Facteurs de risque liés à l'environnement :

- **Manque de communication, de reconnaissance et de collaboration** entre l'équipe et la famille,
- **Décalage de valeurs et de regard** entre les médecins privés et les collaborateurs de l'EMS,
- **Manque de communication et de confiance** entre les autorités politiques et sanitaires et l'EMS,
- **Manque de reconnaissance, d'intérêt et de soutien** de la part de la communauté vis-à-vis de l'accompagnement des personnes âgées,
- **Manque de locaux adaptés** aux besoins des collaborateurs et de résidents,

- **Manque de formation spécifique** (psychiatrique notamment) pour les collaborateurs de l'EMS.

De manière plus générale, notre analyse met en évidence le rôle important de l'environnement (au sens large) dans le développement de situations problématiques en EMS. Dans une perspective de prévention, ce constat rappelle **la nécessité de replacer chaque situation dans son contexte d'apparition**, afin de ne pas passer à côté d'éléments essentiels à sa compréhension.

Avant d'aborder le fonctionnement du processus de résolution de problèmes à proprement parler, voyons quelles sont les ressources et les « stratégies gagnantes » mobilisées spontanément par les équipes. Dans notre intervention, nous avons valorisé ces ressources, car nous sommes convaincues que **la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées tient aussi au regard que nous portons, en tant qu'intervenants externes, sur ces situations.**

h) Ressources mobilisées spontanément par les équipes et « stratégies gagnantes »

Nous avons choisi de présenter ici une synthèse de ces ressources et « stratégies gagnantes ». Cette décision est liée au respect de l'anonymat des participants et à un souci de brièveté.

Ressources et « stratégies gagnantes » mobilisées spontanément par les équipes :

- **Eviter la confrontation** (esquiver le face-à-face avec le résident pour rester professionnel, l'ignorer, changer de sujet, partir puis revenir plus tard,...)
(situations 1, 2, 3, 4, 5, 6),
- **Demander une aide extérieure** (psychogériatre, infirmière clinicienne ou supervision, par exemple)
(situations 1, 2, 3, 5, 6),
- **Réfléchir aux moyens de diminuer les frictions** entre la « personne âgée problématique » et les autres résidents, par exemple en organisant différemment le travail
(situations 2, 3, 5),
- **Se donner du répit, un temps pour souffler** (tournus, cadre, voire hospitalisation)
(situations 1, 2, 3),
- **Etablir un cadre thérapeutique**
(situations 2, 5),
- **Essayer de trouver un établissement plus adapté** à l'état du résident
(situations 1, 2),

- **Prendre sur soi, se faire violence pour rester calme**, « mettre de l'eau dans son vin » (situations 1, (3)⁵⁵, 6),

Une *surdotation de personnel* (situation 1), la *mise à disposition de matériel adapté à l'état du résident* (par exemple un élévateur dans la situation 2) ont aussi été mentionnés par les collaborateurs comme des facteurs d'aide ou de « de protection ».

Bilan

L'analyse de la nature de la maltraitance, des difficultés rencontrées et des « stratégies gagnantes » mobilisées spontanément par les équipes confirme la dimension interactionnelle, relationnelle et circulaire du processus de maltraitance. Sur le plan vertical, elle met en évidence **le rôle essentiel joué par les interactions entre les différents niveaux du système** (personne âgée > équipe > hiérarchie de l'institution > contexte général), de même que le développement **d'effets de cascade** (observés en particulier dans les situations 1 et 6). Cette causalité circulaire intervient non seulement sur le plan vertical, mais aussi sur le plan horizontal, dans la relation entre l'aidant et la personne âgée. **La maltraitance des résidents et celle du personnel relèvent donc d'un processus similaire et apparaissent comme intrinsèquement liées.**

Si nous élargissons ce raisonnement à l'ensemble de notre étude, nous sommes amenées à considérer que les facteurs de risque de maltraitance et les facteurs de prévention que nous avons identifiés constituent les deux facettes d'une même réalité : **les facteurs de prévention se révèlent « en creux » des facteurs de risque de maltraitance (et inversement)**. Dans cette optique, la prévention ne viserait pas à éliminer tout facteur de risque (défi impossible au vu de la complexité du système), mais **plutôt à identifier et à renforcer les facteurs de prévention et les ressources à disposition** des différents acteurs de la situation, afin de « faire pencher la balance » du côté de la bientraitance et du respect d'autrui.

C'est à ce niveau que se situe, à notre avis, l'efficacité de la démarche testée dans notre expérience-pilote. Ce type d'intervention a permis non seulement d'induire dans les équipes une prise de distance par rapport aux situations, mais également de les aider à prendre conscience de leurs points faibles et de leurs atouts. Nous pouvons faire l'hypothèse que les conditions spécifiques (le cadre) créées par les intervenantes ont fourni aux participants **les outils nécessaires pour travailler à « inverser » la dynamique à l'œuvre dans la situation identifiée comme à risque de maltraitance.**

En regard des difficultés et des facteurs de risque mis en évidence dans la première partie de notre analyse, il apparaît que **la plupart des facteurs de prévention renforcés** au cours de la démarche **participent d'une amélioration de la communication et de la collaboration à tous les niveaux d'interaction.** Le chapitre suivant en rend compte de manière approfondie.

⁵⁵ Dans le cas d'une aide seulement.

4.2.3. Analyse des leviers du changement

Afin d'identifier ce qui, dans l'intervention proposée, a constitué une aide pour les équipes-partenaires, nous avons relevé les éléments de feedback restitués lors de la séance 3 (évaluation du changement et feedback).

De manière générale, les propos recueillis renvoyaient à deux dimensions de la démarche de résolution de problèmes : *les caractéristiques du cadre interactionnel* mis en place par les intervenantes et *les effets de la démarche entreprise* sur la situation initialement définie comme « situation d'impasse ».

a) Caractéristiques de l'intervention ayant facilité le processus de changement

En nous intéressant aux caractéristiques de l'intervention mentionnées par les participants comme ayant facilité un nouveau regard sur la situation et une recherche commune de solutions, nous pouvons noter que **la plupart des éléments cités relèvent du fonctionnement des interactions et des règles de communication en vigueur dans l'approche systémique de la résolution de problèmes**. Cet aspect nous semble important : il rejoint l'hypothèse formulée au chapitre précédent, à savoir que **la démarche proposée permettrait de renforcer les « facteurs de prévention »⁵⁶**, (ou « facteurs protecteurs ») à l'égard de la maltraitance des personnes âgées.

A l'appui de ce postulat, nous proposons d'exposer plus en détail les aspects de l'intervention considérés par les participants comme une aide au changement⁵⁷. Comme précédemment, nous nous référerons pour ce faire aux propos tenus par les équipes-partenaires.

La plupart des éléments identifiés par les collaborateurs sont liés **au cadre proposé par l'intervention**, c'est-à-dire aux conditions contextuelles mises en place par les intervenantes et aux règles de communication définies. **L'utilité de disposer d'un regard extérieur** sur la situation problématique a été en particulier fréquemment relevée:

« Avoir un regard extérieur nous a été utile. Ça nous a permis de voir des choses qu'on n'aurait pas vues. On n'a pas l'habitude dans notre division » (Sit1).

« Vous apportez quelque chose en venant de l'extérieur » (Sit2). « Avoir un regard extérieur est capital, sinon ça tournerait en rond » (Sit2). Je trouve bien « qu'il y ait quelqu'un de neutre pour voir ça, quelqu'un qui n'est pas dedans » (Sit2).

« Moi je m'occupe des équipes, je suis dedans! Le regard extérieur, c'est ce qu'il faut » (Sit3).

⁵⁶ C'est-à-dire notamment la communication, la reconnaissance, le soutien et la collaboration.

⁵⁷ Le feedback demandé par les intervenantes était très large, afin de ne pas induire les réponses reçues. Par ailleurs, beaucoup de participants ont abordé spontanément la question, avant même que nous la leur posions.

« C'est important d'avoir votre vision de l'extérieur » (Sit5). « Je suis partagée, car on a beaucoup de ressources ici et il y a à quelque part comme si on ne les entendait pas. Il faut qu'il y ait quelqu'un de l'extérieur pour qu'on les entende » (Sit5).

« Merci aux deux. C'était bien d'avoir quelqu'un d'extérieur » (Sit6). « Nous on est complètement dedans. On ne voit plus » (Sit6). « Vous n'avez pas la même vision que des collègues » (Sit6).

Ce regard extérieur a permis aux collaborateurs **de prendre du recul par rapport à la situation**. Il les a également aidés à **identifier leurs propres ressources**, en mettant en lumière des aspects du contexte que, par habitude, ils ne voyaient plus.

Mais la majorité des remarques des participants se rapportaient au **type d'écoute et au questionnement** des intervenantes, ainsi qu'à l'opportunité offerte à chacun de s'exprimer. Le **sentiment de soulagement** véhiculé par le fait de disposer d'un espace pour **verbaliser ses émotions** apparaissait très clairement. De même, le fait de se trouver face à des personnes extérieures **exigeait des collaborateurs qu'ils mettent en mots et explicitent leur vision de la situation**, ce qui permettait notamment d'identifier d'éventuels malentendus.

« C'est extraordinaire d'être entendues, de pouvoir être assises autour d'une table et de pouvoir dire ce qu'on ressent » (Sit2).

« Ca nous oblige à choisir les termes pour expliquer les choses. C'est extraordinaire comme beaucoup de choses ont été dites en juste trois fois » (Sit2)

« C'est bien d'avoir du temps pour approfondir des points sur M. X. C'est bien les questions que vous posez » (Sit2). « Ca fait aussi du bien que vous soyez venues de l'extérieur, d'être écoutés et que vous nous ayez donné des idées » (Sit2).

« J'aime la façon dont vous faites, vous écoutez, vous voyez différemment de nous, ça élargit le chemin » (Sit5). Dès la première séance, je me sentais mieux avec Mme X. Avant l'ambiance était lourde. Je sentais tout le monde dans du lourd. Je n'étais pas à ma place. J'ai pu m'exprimer et c'est mieux! (Sit5).

La nécessité de ne pas se sentir jugé et de pouvoir **prendre le temps de s'arrêter pour réfléchir avant d'agir** ressortaient aussi souvent des propos des participants.

« C'est une ouverture pour pouvoir échanger et pas tout résoudre tout de suite ». Ce n'est pas « question-réponse », mais « question-analyse » et là, les choses changent. J'ai été surprise de la richesse du regard de chacun, de la vision de la situation (Sit5). « S'exprimer, être entendue, sans se sentir jugée, c'est bien! » (Sit5).

Enfin, d'autres éléments, directement en lien avec le dispositif de l'intervention, étaient relevés. Il s'agissait notamment du fait de bénéficier d'un **fil conducteur** pour guider la réflexion ou de disposer de **suffisamment de temps** entre les séances pour que « les choses puissent bouger ». La **confidentialité** de la démarche était également grandement appréciée.

« Ce qui est bien, c'est de pouvoir exprimer nos sentiments ». C'est « le seul endroit où on peut dire ce que l'on pense de M. X », sans que cela soit dit à droite à gauche. (Sit2).

L'ensemble des citations ci-dessus illustre bien le rôle joué par la spécificité de l'intervention proposée dans la réussite de la démarche de changement. En ce sens, il nous paraît important de souligner **la responsabilité éthique endossée par les intervenants**. Même si, comme nous l'avons déjà dit, ceux-ci assument essentiellement une fonction de facilitateurs, leur influence sur le déroulement des interactions n'en reste pas moins déterminante.

Nous avons en effet observé lors de notre expérience-pilote que la position d'encadrement des intervenantes conférait à leur style relationnel un statut de « modèle » ou de « référence » que les participants tendaient à reproduire dans leurs échanges au sein de l'institution. **Le type d'interactions véhiculé par l'intervention semblait ainsi se diffuser non seulement dans les relations internes à l'équipe-partenaire, mais également dans ses relations avec le reste de l'institution et les résidents.**

Nous pouvons de ce fait postuler que **des intervenants insuffisamment ou inadéquatement formés risqueraient de renforcer la dynamique maltraitante du système**, notamment en faisant preuve de paternalisme ou en formulant des jugements de valeur allant à l'encontre des facteurs de prévention mis en évidence au chapitre précédent (communication, reconnaissance, soutien, collaboration, etc.). Pour que l'intervention soit bénéfique, il est indispensable que les intervenants adoptent une attitude professionnelle et responsable. Ce professionnalisme se traduit entre autres par de **l'empathie, une écoute active** (reformulations, relances, questionnement ouvert) et **une position de non jugement**. Nous avons veillé à respecter ces exigences.

b) Effets de l'intervention et changements observés par les participants

Tout comme les difficultés et les facteurs de risque analysés au chapitre 4.2.2., les effets de l'intervention mentionnés par les équipes-partenaires renvoient à **différents niveaux de contexte**. Certains changements touchaient directement la relation avec le résident, d'autres plutôt les relations internes à l'équipe, ses rapports avec le reste de l'institution et la hiérarchie ou les relations avec l'extérieur.

Un premier élément retenu par toutes les équipes concerne **les effets du changement de regard** sur l'attitude des collaborateurs et, par là, sur celles des résidents⁵⁸.

« Il y a quelque chose qui a changé dans notre regard, par exemple par rapport à l'urgence d'amener des médicaments. Implicitement, on doit sentir qu'il y a un cadre même si ce n'est pas dit! » (Sit1).

« L'équipe est aussi plus détendue. Elle a plus de recul, aussi par rapport à d'autres situations » (Sit2).

« Cela (l'intervention) nous a permis de voir la photo sous tous les angles. Avant chacun avait son angle de vue. Par exemple, avant que vous veniez, on aurait plutôt refusé de le prendre en vacances (le résident). Puis on a fait le raisonnement que ça valait la peine d'essayer, même s'il y avait des moments difficiles » (Sit4). Elle (l'épouse) a pu s'exprimer et « on la voit autrement » (Sit4). « On ne va pas changer Mme (l'épouse), mais nous avons changé notre manière de voir » (Sit4).

⁵⁸ Par effet de circularité.

« J'ai l'impression qu'on a tiré un fil qui ne s'est pas cassé tout de suite. On voit qu'il y a plein de portes ouvertes, les gens commencent à la voir autrement » (Sit5).

« Ce travail a permis de comprendre le sens des activités. On ne va pas dire "vous n'avez pas fait ça", on va dire ce qui est fait, car on a entendu la personne » (Sit3). « On prend plus de distance; on ne voyait que le négatif, on voit le bon côté » (Sit3). « Je ne vois plus les choses comme avant. Je dis "Ah, c'est moi qui l'ai importunée, alors je prends du recul. J'essaye de voir la limite avant qu'elle ne s'énerve. Si cela arrive, je ne le prends plus personnellement » (Sit3).

« Oui et au bout d'un moment, on ne voit plus que ce qui va mal ». (Sit6)

Comme l'indiquent ces propos, l'intervention a conduit les collaborateurs à **ouvrir leur regard sur les aspects positifs de la situation**, c'est-à-dire à envisager les ressources existantes. Elle leur a également permis de **se placer dans une position pro-active**, en les incitant à anticiper les réactions agressives du résident, afin de les prévenir.

Cette capacité d'ajustement et d'anticipation demande toutefois de **s'être préalablement interrogé sur le sens et la logique du comportement de l'autre**. Nous pensons que c'est précisément ce type de réflexion que la démarche de résolution de problèmes a favorisé. En mettant à disposition des participants les outils nécessaires pour prendre de la distance par rapport à la situation, elle les a aidés à **percevoir la réalité à travers les yeux du résident**. Cette capacité à rejoindre l'autre dans son contexte se rapproche de l'« empathie »⁵⁹ (en écho à celle des intervenantes), et renvoie également à la notion de communication comprise comme la capacité à « partager un contexte commun »⁶⁰.

« On la découvre comme elle aime être » (Sit3).

Comme nous l'avons souligné plus haut, les effets de l'intervention ont touché plusieurs niveaux de contexte. Les premières améliorations citées concernaient la relation avec la « personne âgée problématique ». Les collaborateurs ont notamment relevé que l'intervention leur avait permis d'**améliorer le contact et la communication avec le résident**⁶¹.

« Ca a marché avec Mme X, le voile qu'il y avait, ça va mieux » (Sit3).

« Il y a des paniques possibles, même si en trouvant du recul, on a aussi trouvé des facilités pour lui parler » (Sit4).

« Je suis très sérieuse, mais c'est rigolo maintenant j'ai envie de l'embrasser cette dame. C'est bien, elle arrive à s'exprimer, on a bien discuté. (...) J'avais les larmes aux yeux. C'est la première fois où j'ai établi le contact » (Sit5). Ce n'est plus comme avant où elle voulait nous monter les uns contre les autres! (Sit5). Elle gémit de moins en moins, un peu, mais plus systématiquement! (Sit5).

De manière plus générale, la réflexion entreprise dans le cadre de l'intervention semble avoir également eu des **répercussions positives sur les relations entre le « résident problématique » et les autres personnes âgées de l'institution, de même qu'avec son entourage**.

« Vis-à-vis de sa voisine de chambre, ça va mieux. Elle fait moins de remarques acerbes (Sit3). Mme X prend plus de distance » (Sit 3).

⁵⁹ Voir, par exemple, Rogers (1967).

⁶⁰ Voir, par exemple, Duruz (1996).

⁶¹ Respectivement, la conjointe et les enfants dans la situation 4.

« Les autres enfants, habituellement coincés, ont pu dire leur souci pour leur mère et leur souci d'une meilleure répartition des choses. Il y avait beaucoup d'émotion » (Sit4).

Ce point est important, car le risque de maltraitance indirecte de l'équipe ou du résident à l'égard des autres pensionnaires de l'établissement constituait un souci majeur pour les collaborateurs (voir chapitre 4.2.2.).

Les propos des équipes indiquent aussi clairement que la démarche proposée leur a suggéré des pistes pour **désamorcer l'agressivité de la personne âgée** (par exemple **le fait de « métacommuniquer »**⁶² avec elle)

« C'est aussi possible de désamorcer et de dire "vous avez raison". Elle dit "c'est tout ce qu'il me reste, mes sautes d'humeur!". On n'est plus stressés » (Sit3). Elle ne me rejette pas comme avant. Elle ne dit plus de gros mots, elle est moins agressive (Sit3).

« Elle a redit son besoin de taper. Elle a dit qu'elle était fada. Je lui ai dit "Personne ici ne vous considère comme ça" » (Sit5).

L'attention accordée à « **quittancer** » **le résident**, à **reconnaître les progrès** et à **le traiter comme un adulte** semblait de même avoir contribué à pacifier la relation.

« Lorsqu'elle a marché avec un tintébin, je l'ai félicitée...sans être maternelle, comme une adulte... et elle m'a dit merci! » (Sit3).

« Pour le changement de laxatif, il faut qu'on la quitte et qu'on dise "Bravo, vous avez réussi à changer!" » (Sit5). « Avec moi, elle m'a dit "merci beaucoup!" » (Sit5).

Une meilleure définition des règles, des limites et des rôles, c'est-à-dire l'élaboration d'un cadre de référence commun, a également amélioré la collaboration avec le résident, et de ce fait **la cohésion** et **la cohérence dans les équipes**.

« C'est aussi positif, car ça a donné de bons résultats » (Sit2). « C'est intéressant de voir comme une situation enlisée peut revenir à quelque chose de sain » (Sit2). « Je ne pensais pas que le cadre aurait autant d'effet » (Sit2).

« Par respect pour les autres résidents on fait le minimum (hygiène). On estime qu'elle n'a pas le choix » (Sit3). « Oui, on va le garder (le cadre), car on est mieux » (Sit3). « Votre travail est intéressant, mais avant je n'avais pas vu toutes les implications. Malgré ma vision systémique, je n'avais pas imaginé » (Sit3). « C'est très intéressant comme on travaille maintenant par rapport à avant votre intervention. Maintenant, pour moi on a des objectifs. Pour Mme X, j'ai un schéma que je dois mener jusqu'au bout. Maintenant, il y a un projet individuel pour chacun » (Sit3).

« J'ai essayé de mettre un peu de règles. Elle a accepté l'animation, elle avance un peu » (Sit5). « Là, elle va mieux quand elle a une cohérence de l'équipe autour d'elle » (Sit5).

« Je me donne plus de droit et la liberté de limiter par rapport à Mme X. Je vais mieux » (Sit6). « On n'est plus fébriles, on n'a plus peur et on sent qu'elle le sent » (Sit6).

⁶² Par "métacommuniquer", nous entendons "communiquer sur la communication". Voir, par exemple, Bateson (1972).

L'amélioration de la discussion, de la collaboration, de la cohérence et du soutien au sein de l'équipe était souvent citée par les participants comme **une conséquence de la démarche entreprise**.

« Aussi le fait de le faire tous ensemble, ce n'est pas quelque chose qui va retomber comme un soufflé. Quand on est investie dans une situation, ça fait du bien de sentir qu'on est portée. On apprend à travailler en équipe sur quelque chose de nouveau, d'où l'importance d'un regard extérieur » (Sit2). « Maintenant, il y a aussi de la collaboration ou de la discussion ensemble en équipe où avant cela ne se faisait pas. Ici, on se sent écouté et estimé, aussi par la Direction » (Sit2).

« Ces rencontres transforment tout le monde » (Sit3). J'ai vu une équipe tellement plus détendue (Sit3).

« Quelque chose a changé depuis ces trois séances! » (Sit5). « Vous êtes là et on est tous d'accord. Cela nous amène à plus de cohérence entre ce qu'on vous dit. Il y a une cohérence du projet et une participation de tous » (Sit5).

Ces changements positifs prennent place dans un processus circulaire (tout comme l'agressivité et la maltraitance) : **le comportement de l'un peut renforcer, provoquer ou prévenir le comportement de l'autre**. Cette circularité intrinsèque à la communication a constitué un levier de changement de la dynamique maltraitante dans les situations rencontrées.

Expliquons-nous : le cadre et les règles d'échanges introduits par les intervenantes ont probablement contribué à modifier les règles de communication et de relation au sein de l'équipe, voire au-delà. **Notre position d'encadrement du « système-équipe » a incité les collaborateurs à reproduire le type d'interactions expérimentées dans le cadre de l'intervention à d'autres relations** (avec le résident, au sein de l'équipe, avec l'extérieur).

Cette hypothèse mériterait d'être mise à l'épreuve de manière plus approfondie, mais les éléments recueillis dans cette expérience-pilote vont dans le sens d'une confirmation.

« Les tours de table ont été les trois fois utiles. Il est nécessaire maintenant de faire des colloques sur les situations difficiles. Là, nous avons trois heures pour un cas, alors que normalement nous avons trois quarts d'heure pour trente cas. C'est difficile d'agencer ça. Il faut être bien organisé pour que les gens qui ne sont pas là soient mis au courant » (Sit1).

« Non seulement cela nous a remis en cause par rapport à cette dame, mais aussi par rapport aux autres. Nous sommes plus attentives pour valoriser les gens, aller plus dans le sens du résident et ne pas penser que ça serait bien pour lui. Ne pas penser pour lui, mais décoder ce qu'il dit. Identifier les petits plaisirs (...) » (Sit3). « On a parlé comment faire des supervisions avec d'autres membres de l'équipe, par rapport à la formation » (Sit3).

« On va peut-être vers d'autres problèmes, il faudra peut-être refaire des réunions! » (Sit4).

« Après la deuxième expérience, je me suis dit "ce n'est pas du bol"⁶³, mais un autre processus qui se met en marche". Comment arriver à pouvoir faire cela avec d'autres personnes? » (Sit5).

⁶³ Cf. notre remarque sur le souci de tester l'efficacité de la première démarche (chapitre 4.2.1.).

Ainsi, la démarche entreprise a introduit **un véritable mouvement de remise en question, de prise de conscience et d'interrogation** parmi les collaborateurs.

« Je suis retombée les pieds sur terre. Je n'imaginai pas que les autres personnes avaient une autre vision. Recueillir les représentations, cela ouvre les yeux. J'étais surprise (...) » (Sit3). Je reviens aux idées de départ, j'étais très directive par rapport aux personnes démentes et il faut être très large (Sit3). « Tout le monde pourrait se remettre en question. Je crois que les autres comprennent même si on ne transmet pas la même chose » (Sit3). « Il faut toujours se remettre en question, être bien » (Sit3). « Comment aller vers une institution apprenante? Comment ensemble continuer à grandir? Pour les résidents, c'est primordial. Ce sont des choses dont il faut être conscient. Il ne faut pas se laisser maltraiter entre nous! » (Sit3).

« Nous avons fait une erreur en pensant que ses enfants la soutenaient entièrement. En fait, ils sont plus proches de nos préoccupations à nous » (Sit4).

« Aujourd'hui, vous êtes là et, les autres jours, ce sera à nous de faire cela. On a des colloques organisationnels et de colloques de prise en soins, mais ce sont des situations bien différentes. Cela implique une autre démarche. Pour les deux situations, on se sentait maltraitant et maltraité ». (Sit5). « On n'a peut-être pas confiance en nous, en nos compétences, on se demande toujours "qu'est-ce qu'on doit faire en plus?" » (Sit5).

« Pour toutes ces histoires avec Mme X, j'avais des craintes en tant que directeur que j'ai projetées sur l'équipe. Ils n'avaient plus le droit de dire quelque chose. C'est votre venue qui nous a permis de dire "Ca vous avez le droit de le dire". C'étaient mes craintes que je projetais » (Sit6). « C'est le problème avec Mme X qui a permis de soulever le lièvre » (Sit6). « Ce n'est pas seulement de la peur, mais j'ai envie de prouver ce qui est fait de bien (dans notre EMS) » (Sit6). « Je me pose beaucoup de questions par rapport à mon image, par rapport aux autres, par rapport à la Direction. C'est peut-être moi qui suis le problème. Je ne suis peut-être pas dans mon élément » (Sit6).

L'intervention semble avoir offert aux participants **l'opportunité de clarifier un certain de nombre de malentendus et de communiquer** sur leur relation (c'est-à-dire de « métacommuniquer »). Cela a été particulièrement le cas dans la situation 6, où la résolution du problème de l'équipe s'est avérée être un préalable indispensable à la réflexion sur les difficultés rencontrées avec la résidente.

« J'ai l'impression que l'équipe ne veut pas porter ça. Mais il est nécessaire que l'équipe soit au courant, aussi pour avoir la même attitude » (Sit6). « L'information est plus ressentie comme une pression, une "attaque" serait peut-être trop fort » (Sit 6). « J'ai besoin de faire confiance pour me sentir bien. Je pense que si les gens viennent ici, c'est pour travailler » (Sit6). « Je suis très frustrée. J'ai l'impression que les gens n'ont pas la motivation et qu'ils ne l'ont jamais eue » (Sit6). « J'ai appris durant ma formation que sortir ses émotions était super important. Pourquoi on ne le fait pas? » (Sit6).

Bilan

En résumé, nous pouvons constater que la démarche expérimentée par notre équipe de recherche et d'intervention a **aidé les participants à prendre conscience de l'importance de mobiliser l'ensemble de leurs ressources.**

L'encadrement des échanges et de la réflexion proposé par les intervenantes a de plus permis aux collaborateurs de **développer de nouvelles stratégies** pour faire face à d'autres situations problématiques.

« Ca m'a beaucoup aidée. J'ai appris beaucoup de choses. Un moment, j'ai été vers la responsable et je lui ai dit "je me sens inutile, je dois faire quelque chose, j'ai besoin d'apprendre". Ce travail m'a appris quelque chose. Quand ça ne va pas, je cherche ce qui ne va pas! Le résident, l'équipe, moi? » (Sit3).

« Il faut peut-être se dire, quand on a un problème avec un résident, qu'il faut qu'on se pose pour en parler autrement qu'entre deux portes! » (Sit5).

Ces stratégies sont diverses :

- *Au niveau de la relation avec le résident*, elles consistaient principalement en:
 - *une prise de distance par rapport à la situation et une démarche auto-réflexive,*
 - *une « métacommunication » avec le résident,*
 - *une attention à « quittancer » le résident,*
 - *une reconnaissance des progrès et des ressources du résident,*
 - *le fait de traiter le résident comme un adulte.*

- *Au niveau des équipes*, certaines stratégies visaient à **améliorer la communication au sein de l'équipe** par:
 - *l'augmentation de la fréquence des discussions en équipe,*
 - *la création d'espaces-temps spécifiques pour parler des situations difficiles,*
 - *la « métacommunication ».*

D'autres stratégies avaient pour but d'**améliorer la cohérence et la collaboration au sein de l'équipe**:

- *l'élaboration d'un cadre de référence commun (valeurs),*
 - *la définition des règles, des limites et des rôles pour chaque situation,*
 - *la « quittance », la reconnaissance, le respect, l'écoute et le soutien des collègues.*
- *Au niveau des relations avec l'extérieur, les conséquences de l'intervention sont plus difficiles à identifier sur le court terme. Un certain nombre d'initiatives ont néanmoins été citées par les collaborateurs, en particulier dans les situations 1 et 6 où les difficultés rencontrées étaient les plus lourdes. Comme évoqué précédemment, **les stratégies développées allaient dans le sens d'une volonté d'améliorer la communication et la collaboration.** Elles étaient aussi liées à **l'image donnée par l'institution vis-à-vis de l'extérieur et des autorités.***

Un autre effet de l'intervention a été mis en évidence par les équipes : **la présence et le soutien des intervenantes leur ont donné le sentiment d'être plus légitimées à agir pour faire changer la situation.** Cet aspect nous paraît essentiel ; il montre que *la reconnaissance d'une équipe (par l'intérêt manifesté, l'écoute, la valorisation des compétences) l'aide à mobiliser ses ressources pour résoudre un problème.*

Pour conclure ce chapitre, nous aimerions situer notre démarche et ses effets dans le contexte plus large de la prévention de la maltraitance des personnes âgées. **Le changement d'attitudes et de comportements ne peut se faire indépendamment d'un travail sur les mentalités et les représentations.** Concrètement, une prévention efficace ne peut se passer de mesures de sensibilisation et de formation. En ce sens, l'intérêt de l'ensemble de réalisations proposées dans le cadre de la « Task force » par la Fondation Charlotte Olivier, l'UNIGER et Alter Ego Vaud réside dans la complémentarité et la cohérence des différentes perspectives d'intervention.

Dès la mise en œuvre des différents travaux de la « Task Force », le souci de la pérennisation des projets entrepris a été évoqué. Nous proposons dans le chapitre suivant quelques suites possibles à la présente recherche-action réalisée par l'UNIGER. N'oublions pas par ailleurs que la pérennisation concerne aussi les effets à long terme des six interventions menées. Comme nous l'avons souligné plus haut, l'approche systémique de la résolution de problèmes a initié dans les équipes-partenaires un processus de transfert d'apprentissage. Elle a donc très probablement modifié la manière dont les collaborateurs aborderont, désormais, des situations difficiles.

5. Propositions de pérennisation

Citons, en préambule, quelques remarques spontanées de membres d'équipes des institutions dans lesquelles nous sommes intervenues.

« Ce serait possible de créer une équipe SOS Maltraitance? (...) Ce serait bien que cette cellule de crise soit gratuite ». Elle pourrait être financée par la Fondation Leenaards! (Sit2). « C'est peut-être plus dur quand la limite a été dépassée » (Sit2). « C'est très important que ce soit anonyme » (Sit2).

« On peut faire appel à vous? On peut se tromper, on a aussi besoin d'aide, de soutien aux équipes » (Sit4).

Nos propositions s'inscrivent dans cette ligne ; s'y intègrent quelques pistes de recherche ou d'intervention qui pourraient être privilégiées par l'UNIGER, moyennant l'assurance de leur financement par la Commission cantonale de prévention, la Fondation Leenaards ou d'autres instances.

Première proposition : offrir aux établissements médico-sociaux vaudois une ressource complémentaire à celles qui existent actuellement dans le réseau de la prévention et de la remédiation de situations de maltraitance concernant des personnes âgées.

L'infrastructure mise en place propose un certain nombre de prestations. Sans reproduire ici des informations détaillées sur les différents organismes publics ou privés bien connus de nos destinataires, il est bon de rappeler (de manière très résumée) quel type de prestation spécifique est offert, en lien avec la problématique de la maltraitance des personnes âgées⁶⁴.

- La CIVEMS (Coordination interservices des visites en EMS, organe du Département de la Santé et de l'Action Sociale qui réunit des collaborateurs/trices du SSP et du SASH) assure la surveillance et le contrôle du respect des exigences légales et administratives afin de garantir des soins et une prise en charge sociale de qualité dans les établissements médico-sociaux du canton⁶⁵.
- La Commission d'examen des plaintes concernant les EMS et les divisions C des hôpitaux (commission permanente instituée par le Conseil d'Etat vaudois) est saisie des plaintes touchant les problèmes médicaux et les violations des droits de la personne, plaintes soumises par des résidents (ou leurs proches), des professionnels de la santé, ou le DSAS par l'un de ses services, entre autres la CIVEMS⁶⁶.
- Le médiateur cantonal santé (fonction prévue par la loi sur la santé publique et récemment instaurée dans le canton de Vaud) est à disposition de toute personne qui a un motif de se plaindre d'une violation d'un droit que la loi sur la santé publique

⁶⁴ Cette liste n'est pas exhaustive. Ne sont par exemple pas cités La Chambre de l'éthique de l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (Avdems), Résidems ou l'APEMS.

⁶⁵ Source d'information : le site web du Comité de pilotage EMS, point de presse du 20 mars 2002.

⁶⁶ Source d'information : le rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur les EMS vaudois du 30 janvier 2001.

reconnait au patient. Il s'agit d'un professionnel engagé pour répondre directement aux demandes de médiation en cas de conflits entre des personnes et des institutions ou d'orienter les plaignants vers les professionnels et structures habilités à traiter le sujet « si le problème ou litige évoqué ne relève pas de ses compétences »⁶⁷.

- Les groupes de références régionaux de l'Association Alter Ego (section vaudoise) : ils répondent ponctuellement et à titre bénévole aux professionnels de la santé et du social de leur région qui sont interpellés par des situations de maltraitance et s'adressent à eux pour obtenir des conseils individuels.

L'intervention interdisciplinaire préventive auprès d'équipes de professionnels aux prises avec des situations institutionnelles à risque de maltraitance ne semble guère relever des mandats et compétences des organismes susmentionnés. **L'UNIGER propose donc, en complémentarité de leurs offres et en coordination avec eux, de poursuivre la démarche initiée dans la recherche-action présentée dans ce rapport.** Il s'agirait de privilégier désormais l'intervention, en répondant aux équipes de professionnels des EMS qui en font directement la demande ou qui seraient orientés vers l'UNIGER par le médiateur par exemple, ou les groupes de références d'Alter Ego, voire la CIVEMS. Si le nombre de demandes devait excéder les possibilités des intervenants actuels, l'UNIGER pourrait en sélectionner et en former d'autres selon des modalités à définir.

Le budget prévu par demande (sur la base du modèle expérimenté) s'élève à fr. 2'500.-, toutes charges comprises. Nous espérons que des mesures d'encouragement à cette démarche pourront être mises en œuvre par les pouvoirs publics ou d'autres instances pour que les équipes des EMS confrontées à des situations à risques n'hésitent pas à demander de l'aide avant qu'il ne soit trop tard. En outre, l'UNIGER devrait bénéficier d'un fond de démarrage lui permettant de faire face aux délais de paiement et aux frais supplémentaires liés, le cas échéant, à la formation de nouveaux intervenants.

Deuxième proposition, qui s'inscrit dans la continuité de cette première expérience et de son évaluation : adapter le modèle au contexte des soins à domicile

Comme rappelé au début de ce rapport, la maltraitance des personnes âgées est plus fréquente à domicile qu'en institution. Nous pourrions élaborer un projet de recherche-action adapté à ce contexte et intervenir dans ce champ, certainement plus délicat puisqu'il implique les proches des personnes âgées. Cette expérience-pilote serait réalisée en collaboration avec les intervenants des centres médico-sociaux.

⁶⁷ Source d'information : le cahier des charges du poste de médiateur santé édité par le Service du personnel de l'Etat de Vaud, février 2002.

Troisième proposition : relier les conclusions relatives aux facteurs de risque de maltraitance et celles relatives à un accompagnement bientraitant

En parallèle avec la recherche-action dont les résultats sont présentés et analysés dans ce rapport, l'UNIGER réalise une recherche qualitative portant sur les convergences et les décalages entre l'impact institutionnel des « démarches qualité » dans les EMS et le bien-être des résidents. Une fois cette recherche finalisée, il serait intéressant de mettre en rapport les conclusions des deux recherches pour progresser, en collaboration avec d'autres professionnels et organisations qui se préoccupent de ces questions, dans la formulation d'indicateurs fiables⁶⁸ utiles aux professionnels et aux organisations (par exemple la CIVEMS) engagés dans le secteur gériatrique et psychogériatrique.

En marge de cette proposition et en synergie avec le concept Prémalpa réalisé par la FCHO, l'UNIGER pourrait développer des prestations de formation aux professionnels, entre autres dans une perspective de formation-action (sur le terrain).

Quatrième proposition : mettre en œuvre un projet de recherche sur la question de l'interculturalité en EMS

La diversité de culture et de langue entre personnel et résidents, réalité progressivement plus présente dans les EMS, s'avère parfois problématique : elle donne lieu à des incompréhensions réciproques, voire à des réactions racistes ou xénophobes de la part des résidents ou entre collègues d'origine différente, générant de la souffrance de part et d'autre.

L'UNIGER serait intéressée à répertorier et analyser les questions qui se posent aujourd'hui dans les EMS en lien avec l'interculturalité, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en œuvre par le personnel et les résidents. Une telle recherche permettrait d'élaborer un programme de sensibilisation et de prévention par rapport à une problématique qui risque de devenir demain plus confrontante. Ce projet s'inscrit dans la continuité des éléments mis en évidence dans la recherche-action rapportée ici, même si le lien est moins directement explicite : si la problématique de l'interculturalité n'est guère apparue dans les six situations investiguées, elle pourrait néanmoins devenir un facteur de risque supplémentaire dans la configuration complexe des sources de maltraitance.

⁶⁸ Dans la présente recherche-action, nous sommes intervenues dans des situations de crise, à partir d'une prise de conscience d'un problème par les équipes. Or il existe en EMS des situations ou comportements maltraitants diffus et plus discrets sur lesquels il faut agir. Mettre en évidence ce type d'éléments reviendrait par exemple à entendre des résidents et leurs proches. Dans la recherche en cours en lien avec les « démarches qualité », nous nous sommes intéressés à ce qui concourait ou non au bien-être des résidents, en interviewant entre autres 62 résidents et 60 proches. Cette recherche nous apportera donc des données complémentaires précieuses – données qui pourraient être réinterrogées plus spécifiquement sous l'angle de l'identification d'attitudes ou de contextes vécus comme maltraitants.

6. Conclusions

La recherche-action présentée dans ce rapport répondait à trois objectifs spécifiques:

1. *Éviter les dérapages ou les aggravations de situations à risques, respectivement faciliter la résolution de situations de maltraitance avérée, par un travail de réflexion et de recherche commune de solutions avec les professionnels impliqués.*
2. *Valoriser les savoir-faire, les « stratégies gagnantes » (renforcer, donner crédit et diffusion au « comment ces professionnels s'en sortent dans des situations difficiles »).*
3. *Analyser les processus de réflexion et de résolution de problèmes expérimentés dans ces situations (dans une perspective de recherche-action), afin d'élaborer un cadre de référence et de proposer des pistes pour la formation.*

1. Les résultats exposés au chapitre 4.2.1 indiquent que le premier de ces points a été largement atteint : **toutes les équipes-partenaires ont constaté une nette amélioration de leur relation avec le résident initialement considéré comme problématique.** Nous ne possédons toutefois encore que peu de recul vis-à-vis de nos interventions ; il nous est par conséquent difficile d'en évaluer les effets à long terme. La restitution du présent rapport aux participants devrait nous permettre d'avoir un aperçu de l'évolution de ces situations, de même que du transfert d'apprentissage opéré par les équipes pour gérer d'autres cas « à risque ». Les retours que nous avons reçus jusqu'à ce jour indiquent cependant déjà que le changement instauré semble s'être maintenu dans la plupart des situations étudiées⁶⁹.

2. L'analyse effectuée aux chapitres 4.2.2. et 4.2.3. a mis en évidence **non seulement les difficultés et les facteurs de risque rencontrés par les équipes, mais également leurs ressources, les facteurs de prévention à l'égard de la maltraitance et les leviers de changement.** Il est apparu que les collaborateurs des EMS-partenaires étaient souvent conscients de l'inadéquation de certains de leurs comportements et que le décalage entre leur idéal soignant et la réalité de leur pratique était source pour eux de souffrance, d'impuissance et de culpabilité. Nous avons néanmoins été impressionnées par leur forte volonté de changement et par l'ouverture d'esprit dont ils ont fait preuve. Cette observation nous semble encourageante, car elle signifie que les équipes elles-mêmes disposent de ressources qui peuvent être mobilisées pour lutter contre les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

⁶⁹ Notre deuxième intervention dans un des cinq EMS nous a déjà permis de vérifier que, six mois plus tard, la relation avec la résidente était toujours bonne. L'équipe semblait avoir trouvé une manière satisfaisante et durable de créer le contact et de communiquer avec cette dame.

3. Le présent rapport de recherche constitue **un cadre de référence pour la compréhension des mécanismes de la maltraitance et pour l'identification des contextes qui engendrent des situations de mauvais traitements en EMS**. Il met en lumière les signaux d'alarme auxquels chacun devrait être attentif et insiste sur le fait que la dynamique maltraitante ne concerne pas seulement la relation entre le personnel de l'institution et la personne âgée, mais l'ensemble des interactions entre les différents niveaux de contexte du système (équipe < institution < environnement matériel < contexte social général). La maltraitance des personnes âgées vivant en EMS constitue donc un phénomène complexe qu'il convient de saisir dans sa globalité. Il s'agit de la traiter avec des moyens spécifiques, en tenant compte de ses mécanismes sous-jacents et de sa circularité.

Nous pensons que le souci de privilégier une approche mettant l'accent sur les signaux d'alarme de la maltraitance et évitant de stigmatiser les individus concernés marque également le concept de formation développé par la FCHO. Cette perspective commune rend compte d'une cohérence et d'une complémentarité⁷⁰ entre ces deux réalisations. Il devrait en être de même avec le matériel de sensibilisation construit par Alter Ego.

Pour conclure, nous aimerions relever que les effets de l'expérience-pilote qui a fait l'objet de la présente recherche-action ont dépassé nos attentes. Nous espérons que les suites données à cette réalisation permettront de confirmer les résultats obtenus et de développer l'éventail des mesures à disposition pour prévenir la maltraitance des personnes âgées.

Pour l'équipe de recherche et d'intervention de l'UNIGER : Delphine Roulet.

Lausanne, le 30 mars 2004.

⁷⁰ Comme rappelé précédemment, nous sommes intervenues dans des situations de crise, auprès d'équipes qui ont fait appel à nous, mais la maltraitance peut être diffuse et plus discrète. En ce sens, un développement de la formation des professionnels par rapport aux enjeux psychologiques, sociaux et éthiques de leurs interactions avec les résidents nous paraît fondamental.

7. Bibliographie

Abric, J.-C. (1999). L'étude expérimentale des représentations sociales. In Jodelet, D. (Ed.), *Les représentations sociales* (pp.205-223). Paris : PUF.

Barbier, R. (1996). *La recherche-action*. Paris : Ed. ECONOMIA.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler Publishing Compagny (traduction française: *Vers une écologie de l'esprit. Tome 2*. Paris: Seuil, 1980).

Bloch, H., Depret, E., Gallo, A., Garnier, Ph., Gineste, M.-D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Reuchlin, M., & Casalis, D. (1997). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris : Larousse.

Christen-Gueissaz, E. (2003). Questions, enjeux et apports d'une gérontologie psychosociale. Fondements et applications. In Christen-Gueissaz, E. (Ed.), *La gérontologie en questions* (pp.17-35). Université de Lausanne : Actualités psychologiques 13.

Curonici, C. & McCulloch, P. (1997). *Psychologues et enseignants. Regards systémiques sur les difficultés scolaires*. Belgique : De Boeck Université.

Dubost, J. (1984). Une analyse comparative des pratiques dites de recherche-action, *Connexions*, 43, 9-28.

Duruz, N. (1996). L'entretien psychologiques. Notes de cours. *Actualités psychologiques. Université de Lausanne*.

Gergen, K. (2001). *Le constructionnisme social. Une introduction*. (A. Robiolio, Trans.). Paris, Lonay CH : Delachaux et Niestlé.

Goyette, G. & Léssard-Hébert, M. (1987). *La recherche-action. Ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Hugon, M.-A. & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, recherches action : Le cas de l'éducation*. Belgique : De Boeck Université.

Le Moigne, J.-L. (1995). *Le constructivisme. 2. Des épistémologies*. Paris : ESF.

Lessard-Hébert, M. (1990). *Recherche qualitative: fondements et pratiques*. Montréal: Agence d'Arc.

Liu, M. (1997). *Fondements et pratiques de la recherche-action*. Paris : L'Harmattan.

Lorenz, K. (1969). *L'agression. Histoire naturelle du mal*. Paris : Flammarion.

Mucchielli, A. (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin.

Pichaud, C. & Thureau, I. (1998). *Vivre avec des personnes âgées. A domicile, en établissement*. Lyon : Chronique sociale.

Ploton, L. (1990). *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique sociale.

Resweber, J.-P. (1995). *La recherche-action*. Paris : PUF.

Rogers, C. (1967). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.

Roulet, D. (2002). Comprendre la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir. *Actualités psychologiques. Cahiers de l'Institut de Psychologie. Université de Lausanne*, 3.

Roulet, D. (en cours). Thèse de doctorat sur les liens entre dynamique maltraitante et (dys)fonctionnement de la communication dans la relation entre aidant(s) et personne âgée en situation de dépendance. Institut de psychologie, Université de Lausanne.

Le Petit Robert (1988). Paris : Editions Le Robert

Site Internet <http://www.fep.umontreal.ca/violence>