

# AGRESSIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

TABLEAU NUANCÉ DU PROBLÈME

DIRK RICHTER



## MENTIONS LÉGALES

### **Edité par:**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées  
Zieglerstrasse 53  
Case postale 1003  
3000 Berne 14

Téléphone: 031 385 33 33  
info@curaviva.ch  
www.curaviva.ch

**Droits d'auteur pour l'image du titre:** iStockphoto, © Tobias Helbig

**Mise en page:** Satzart AG, Berne

**Impression:** Rub Media AG, Berne

**Tirage:** 700 exemplaires

**Edition:** avril 2013

Pour faciliter la compréhension, seule la forme masculine ou féminine est parfois utilisée dans le texte. Toutefois, la désignation choisie fait toujours référence aux personnes des deux sexes.

# AGRESSIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

TABLEAU NUANCÉ DU PROBLÈME

DIRK RICHTER

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>6</b>
1.1	Comportement agressif: notion et définition	8
1.2	Autres termes: violence, agression, abus, mauvais traitements, comportement problématique	8
1.3	Formes d'agression	9
1.4	Personnes impliquées dans les agressions au sein des établissements de soins de longue durée	10
1.5	Causes des agressions dans les établissements de soins de longue durée	11
1.5.1	Facteurs biologiques	11
1.5.2	Facteurs psychologiques	11
1.5.3	Environnement spatial et facteurs sociaux	11
<b>2</b>	<b>Comportement agressif des résidents contre le personnel</b>	<b>12</b>
2.1	Fréquence des comportements agressifs contre le personnel	13
2.2	Situations avec un comportement agressif	14
2.3	Facteurs liés aux résidents	14
2.4	Comportement agressif: un événement complexe	15
2.5	Conséquences pour le personnel soignant et d'accompagnement, et impact sur la relation de soin	16
2.5.1	Conséquences physiques	16
2.5.2	Conséquences psychiques	16
2.5.3	Suivi	17
2.5.4	Conséquences sur la relation de soin	17
2.6	Prévision, identification et rapports	18
2.7	Gestion de la violence et des agressions imminentes ou aiguës	19
2.7.1	Création d'un cadre clair et sécurisé	19
2.7.2	Satisfaction des besoins	19
2.7.3	Désescalade verbale	19
2.7.4	Désescalade non verbale	20
2.8	Interventions physiques	21
2.8.1	Médicaments sédatifs	21
2.8.2	Techniques physiques et mesures restrictives de liberté	21
2.9	Prévention des comportements agressifs	22
2.9.1	Mesures sociales	22
2.9.2	Comportement du personnel soignant et d'accompagnement	23
2.9.3	Interventions au niveau des soins	24
2.9.4	Mesures architecturales et liées au design	24

<b>3</b>	<b>Comportement agressif du personnel contre des résidents</b>	<b>26</b>
3.1	Fréquence des comportements agressifs contre des résidents	27
3.2	Typologie des agressions contre les résidents	28
3.3	Contexte des agressions contre les résidents	28
3.3.1	Facteurs liés à la personnalité des collaborateurs	28
3.3.2	Facteurs liés aux résidents	29
3.3.3	Situation de soin et organisation	29
3.3.4	Manque d'éducation éthique chez les soignants	29
3.4	Identification/rapports	30
3.5	Prévention	30
3.5.1	Soutien pour les collaborateurs	30
3.5.2	Choix du personnel	31
3.5.3	Formations destinées au personnel	31
3.5.4	Transparence et confiance	31
<b>4</b>	<b>Comportement agressif des résidents contre d'autres résidents</b>	<b>32</b>
4.1	Fréquence, typologie et conséquences	33
4.2	Gestion et prévention	34
<b>5</b>	<b>Conflits avec agressivité entre le personnel et les proches</b>	<b>36</b>
5.1	Fréquence, typologie et conséquences	37
5.2	Gestion et prévention	38
<b>6</b>	<b>Recommandations générales concernant les actions à mener: concepts et formations</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Annexe</b>	<b>42</b>
7.1	L'auteur	43
7.2	Les membres du groupe de résonance	43
7.3	Bibliographie	44
7.4	Documents complémentaires	47

# 1

## Introduction

Les comportements agressifs sont un problème complexe qui est fréquemment rencontré dans les établissements de soins de longue durée. Les différentes évolutions survenues au cours de ces dernières années et décennies imposent que l'on se consacre désormais de manière intensive à ce sujet. Rappelons les différentes affaires de mauvais traitements qui ont fait scandale dans des établissements de soins de longue durée, l'attention croissante portée aux agressions contre le personnel ou le nouveau droit de la protection de l'adulte, qui vise notamment à mieux régler sur le plan juridique l'application de mesures restrictives de liberté.

Ces changements ne concernent pas seulement la Suisse. Ce sujet intéresse de la même façon presque toutes les sociétés occidentales. Comme dans d'autres institutions du système de santé, les agressions et les conflits avec de l'agressivité qui surviennent entre le personnel et les résidents des établissements de soins de longue durée ou entre les résidents eux-mêmes peuvent avoir des conséquences considérables, préjudiciables à toutes les personnes impliquées.

Ce cahier thématique dédié aux «Agressions dans les établissements de soins de longue durée» donne des pistes à étudier par toutes les parties pour mieux gérer les comportements agressifs lorsqu'on ne parvient pas à réduire ou à prévenir les agressions. Avant toute chose, il convient donc d'insister expressément sur le fait qu'il n'est pas dans l'intention de l'auteur et encore moins de quiconque de prétendre gérer efficacement le problème des agressions en reportant unilatéralement la faute sur les institutions et le personnel, ou même sur les résidents.

A la lumière des travaux de recherche contemporains menés sur l'origine et la prévention des agressions dans le système de santé, nous partirons du principe dans ce document que les agressions et la violence surviennent généralement dans le cadre d'interactions entre plusieurs individus et des situations critiques qui en résultent. Dans cette perspective, le comportement et le changement d'attitude de toutes

les parties impliquées jouent un rôle décisif pour prévenir ou surmonter les comportements agressifs.

Pour pouvoir gérer de manière professionnelle et adéquate les agressions dans le secteur de la santé, il est essentiel de bien comprendre leur origine. A l'exception de quelques situations sociales et états psychiques très particuliers, on peut supposer que les comportements agressifs surviennent lorsque les «agresseurs» se trouvent dans une situation critique subjective dans laquelle ils ne trouvent pas d'autre solution que de réagir avec agressivité. En d'autres termes, les «agresseurs» ne deviennent pas d'eux-mêmes agressifs, mais souvent parce qu'ils se trouvent en détresse.

La résolution des agressions au sens large et le désamorçage d'une situation teintée d'agressivité au sens strict sont axés sur une gestion des situations critiques et de la détresse qui découlent du comportement. Outre la défense immédiate contre un danger, la question de l'origine du comportement agressif doit être au centre de toute la problématique.

La littérature spécialisée ou non dédiée au thème des agressions et de la violence pendant les soins ou dans les établissements de soins de longue durée est riche. Le présent cahier thématique est essentiellement basé sur les travaux de recherche actuellement publiés en Suisse et à l'étranger.

## 1.1 Comportement agressif: notion et définition

Le domaine des agressions et de la violence (pas seulement dans le secteur de la santé) pose de considérables problèmes sémantiques. A ce jour, il n'existe aucune définition généralement acceptée de la notion d'«agression». Il en va de même pour la notion de «violence» et la délimitation entre agression et violence (de Haan 2008; Richter 2012b). Dans les travaux de recherche actuellement publiés, on retrouve deux approches fondamentales du sujet:

- l'intention de nuire: dans ce cas, il y a agression ou violence lorsqu'une action est perpétrée dans le but de porter atteinte à une autre personne ou à un objet;
- la perspective de la victime: dans ce cas, il y a agression ou violence lorsque la «victime» perçoit une action comme agressive ou violente.

Dans la pratique, on constate très vite les limites de ces deux approches. Lors d'agressions commises par des personnes avec des troubles cognitifs, en particulier, on a souvent de la peine à identifier une intention de nuire. La perspective de la victime n'est pas non plus toujours efficace. Beaucoup d'agressions contre des personnes atteintes de démence ne sont pas vécues en tant que telles par ces dernières.

Au vu des difficultés citées pour définir et délimiter de manière exacte ces deux notions, l'auteur propose pour le terme «agression» la définition de travail suivante.

### **Définition du terme «comportement agressif»**

Il y a un comportement agressif lorsqu'une action porte physiquement ou moralement atteinte à une personne, et/ou lorsque cette action est perçue comme une menace de préjudice par la personne ciblée. L'action agressive peut être physique (et non verbale, en passant par la mimique ou la gestuelle), mais également non physique, avec des déclarations verbales. La négligence, représentant la conséquence d'un acte que l'on a omis de faire, constitue un cas particulier.

Une action est donc considérée comme agressive en fonction du contexte et de la perspective des parties intéressées. La définition n'est pas arbitraire pour autant. On attire simplement l'attention sur le fait que l'action doit toujours être envisagée dans le contexte de l'établissement concerné et de la vulnérabilité des personnes impliquées.

## 1.2 Autres termes: violence, agression, abus, mauvais traitements, comportement problématique

Il est également difficile d'établir une distinction sémantique entre «violence» et «agression». La limite entre actes agressifs et violents est généralement considérée comme graduelle. En ce sens, la violence est supérieure à une agression dans son ampleur et ses conséquences. Un acte agressif ne signifie donc pas dans tous les cas qu'il y a violence, alors que les actions violentes comprennent habituellement une agression.

De la même manière, il est compliqué de définir et de distinguer clairement les notions d'abus et de mauvais traitements. Les abus et mauvais traitements peuvent comporter à la fois des éléments physiques, mais aussi verbaux et moraux. L'abus vise à satisfaire des besoins au détriment d'une autre personne. Cette satisfaction de besoins peut s'accompagner d'actes physiques, mais cela n'est pas systématique. On



connaît, par exemple, des cas anecdotiques d'abus financiers perpétrés sur des personnes âgées et à charge, ou même d'enregistrements vidéos faits par des membres du personnel dans des situations dégradantes. En revanche, lors de mauvais traitements, on retrouve plutôt au premier plan des actes physiques. Toutefois, les mauvais traitements ne se limitent pas exclusivement aux actes physiques.

La définition de la notion de mauvais traitements par omission d'un acte constitue un autre problème. En raison de la négligence, les besoins de la personne à charge ne sont pas satisfaits de manière adéquate; dans certaines circonstances, cette omission est également suivie de conséquences physiques et/ou morales graves. Définir objectivement ces faits est difficile. La perspective et la subjectivité de la perception jouent donc également un rôle important à ce niveau.

L'expression «comportement problématique» est en quelque sorte le terme politiquement correct qui est de plus en plus employé, même dans les établissements de soins de longue durée, pour caractériser le comportement agressif des résidents. Ce terme, qui provient du mouvement des personnes handicapées, est nettement plus global, mais va largement au-delà du sujet ciblé dans la présente publication (les comportements problématiques comprennent également des attitudes non agressives comme l'errance ou des cris répétés) et est en ce sens flou. De plus, il pourrait être uniquement employé pour désigner un tel comportement chez les résidents, mais ne pourrait pas décrire les formes d'agression perpétrées par le personnel qui seront décrites par la suite.

## 1.3 Formes d'agression

L'agressivité s'exprime de différentes manières:

- physique: il y a contact corporel lors du comportement agressif;
- non physique: le comportement agressif se traduit par des expressions verbales, des mimiques, des gestes;
- sexuelle: les agressions physiques ou non physiques ont une connotation sexuelle;
- négligence: les besoins physiques ou moraux ne sont pas satisfaits de manière appropriée par le personnel.

## 1.4 Personnes impliquées dans les agressions au sein des établissements de soins de longue durée

De l'agressivité peut émerger entre tous les groupes des établissements de soins de longue durée ainsi qu'au sein de chacun d'entre eux.

	Résidents	Collaborateurs/soignants
Résidents	Les résidents sont affectés par d'autres résidents par le biais d'actes physiques, non physiques, sexuels ou, dans certaines circonstances, financiers.	Les soignants et d'autres membres du personnel sont affectés physiquement, non physiquement ou sexuellement.
Collaborateurs/soignants	Les résidents sont affectés par des actes physiques, non physiques, sexuels ou, dans certaines circonstances, financiers et virtuels, ainsi que par des omissions.	Collaborateurs contre collaborateurs: il s'agit en général d'agressions verbales entrant dans la catégorie du harcèlement moral ou des obscénités.*
Proches	Les résidents sont affectés par des actes qui ont le plus souvent un caractère financier (vols).*	Les proches deviennent agressifs verbalement en raison de plaintes ou d'une insatisfaction face à la situation des résidents.

\* Ces formes d'agression ne seront pas abordées en détail dans le présent cahier thématique.

Comme nous le verrons à diverses reprises plus loin, les comportements agressifs sont, dans la plupart des cas, des événements interactifs. En d'autres termes, on ne peut pas toujours déterminer clairement qui est l'agresseur ou la victime. Cette distinction devra néanmoins être faite à plusieurs occasions. Afin que la relativisation des rôles reste toujours claire, les parties impliquées seront désignées par les termes agresseur et victime écrits entre guillemets.

## 1.5 Causes des agressions dans les établissements de soins de longue durée

En règle générale, les causes des comportements agressifs sont diverses. Souvent, il n'existe pas qu'un seul élément susceptible d'entraîner un comportement potentiellement nuisible. Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux émergent simultanément, et entrent en interaction les uns avec les autres. Aussi parle-t-on d'un événement biopsychosocial.

### 1.5.1 FACTEURS BIOLOGIQUES

Il ne fait aucun doute qu'une partie de la somme des causes doit être recherchée dans la biologie humaine. Les aspects génétiques peuvent avoir un impact aussi important que les facteurs neurobiologiques. En neurobiologie, les facteurs impliqués dans ce contexte sont à la fois des facteurs généraux (inhibition ou traitement d'impulsions agressives, par exemple) et des changements liés à l'âge, survenant notamment lors d'une évolution démentielle.

### 1.5.2 FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Il est également considéré en psychologie que différents aspects participent à la survenue d'une agression. Les auteurs des travaux de recherche actuels en psychologie insistent fortement sur l'interaction entre l'individu et la situation (Anderson & Bushman 2002; Anderson & Carnagey 2004). Les aspects impliqués chez l'individu sont des traits de personnalité particuliers, des caractéristiques spécifiques à chaque sexe, des suppositions, des points de vue, des valeurs, des objectifs à long terme et «des scripts». Par «scripts», on entend ici des processus plus ou moins automatisés auxquels les individus ont recours dans des situations particulières. Face à un interlocuteur agressif, la plupart des individus réagissent ainsi de manière relativement semblable à différents moments. Le traitement des stimuli externes est un facteur central. Comme nous l'avons déjà évoqué au début, un comportement agressif émerge généralement, car l'individu qui sera par la suite «l'agresseur» se sent provoqué par certains éléments de son environnement ou même de l'environnement qu'il perçoit. Dans ce contexte, on parle en psychologie de stimulation aversive (Berkowitz 1993). En règle générale, l'agressivité n'apparaît pas sans la présence d'un stimulus aversif jouant le rôle de déclencheur.

#### Stimulation aversive

Une stimulation aversive est un stimulus qui déclenche une réaction négative. Un tel stimulus peut provenir du comportement d'un interlocuteur, mais être aussi lié à la situation générale de «l'agresseur». Pour les personnes touchées, la situation générale peut être telle qu'elle devient source de déception, de colère, voire de rage. Cela concerne notamment les limitations liées à la maladie ou les restrictions imposées par des mesures restrictives de liberté. Les stimulations aversives peuvent également comprendre des besoins insatisfaits comme des situations douloureuses ou la faim et la soif. En présence d'évolutions démentielles, il faut tout particulièrement garder à l'esprit que les troubles cognitifs peuvent entraîner des incertitudes importantes et de la peur, ou donner l'impression d'être à la merci des autres. La dépendance aux soins peut aussi être considérée comme une stimulation aversive.

### 1.5.3 ENVIRONNEMENT SPATIAL ET FACTEURS SOCIAUX

Parallèlement aux aspects biologiques et psychologiques, la situation sociale joue un rôle particulier dans l'apparition des comportements agressifs. Les conditions spatiales, le comportement du personnel soignant, le bruit et les odeurs sont autant de facteurs qui peuvent déclencher un comportement agressif. La situation sociale est également un élément important à prendre en considération lorsque l'on souhaite expliquer ce type d'attitude chez le personnel soignant. La plupart du temps, les agressions réactives surviennent dans une situation de surmenage. Dans ce cas, le personnel soignant et d'accompagnement ne trouve pas non plus d'autre solution que de réagir par une agression verbale ou même physique. Lors d'une agression préméditée, la probabilité d'être découvert joue un rôle d'appel, tout comme le statut social et le revenu quand ils conduisent à commettre des vols, ou même la situation professionnelle dans sa globalité, qui peut être vécue comme particulièrement frustrante par certains individus.

# 2

## Comportement agressif des résidents contre le personnel

Le comportement agressif des résidents est très fréquemment un poids pour le personnel des établissements de soins de longue durée. Par rapport aux personnes qui occupent d'autres emplois ou travaillent dans d'autres types d'institutions, les collaborateurs de ces établissements présentent un risque relativement élevé de subir des agressions.

## 2.1 Fréquence des comportements agressifs contre le personnel

La fréquence des comportements agressifs contre le personnel a été étudiée dans différentes recherches internationales. Comme l'a montré une synthèse présentée récemment sur ce thème, aucun chiffre clair ne peut être avancé concernant la prévalence (Zeller et coll. 2008). Les instruments et les méthodes utilisés pour collecter les données sont trop différents. A cela vient s'ajouter la difficulté de définir les notions d'agression et de violence, qui a déjà été abordée précédemment. Dans certaines études, le personnel soignant et d'accompagnement a admis subir en moyenne un comportement agressif une fois par jour à une fois tous les deux jours, tandis que seuls un à quatre incidents par an ont été rapportés dans d'autres études.

Les différentes études mettent toutefois clairement en évidence que les agressions verbales sont beaucoup plus fréquentes que la violence physique. Les agressions verbales comprennent notamment les cris, les reproches, les menaces, les jurons ou le harcèlement sexuel. Les agressions physiques consistent en des coups, mais aussi à jeter des objets, tirer les cheveux, cracher ou tordre le bras.

Au cours d'une étude également publiée récemment sur les comportements agressifs rencontrés dans les établissements médico-sociaux en Suisse, presque toutes les personnes parmi les plus de 800 soignants et accompagnants interrogés ont indiqué avoir déjà été confrontées une fois à un comportement agressif dans le cadre de leur activité professionnelle (Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens 2012). Plus de 80 % des participants à l'étude ont signalé avoir vécu des agressions au cours des douze mois qui ont précédé la collecte de données. Les trois quarts de ces personnes ont fait état d'agressions verbales, tandis qu'un bon quart a rapporté avoir subi des menaces, et plus de 50 % ont été attaqués physiquement. En ce qui concerne la dernière semaine avant l'enquête, près de 40 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été confrontées à un comportement agressif de la part des résidents. Près de 50 % d'entre elles avaient ainsi subi une agression verbale, et environ 43 % avaient été agressées physiquement au cours des sept derniers jours avant l'enquête.

## 2.2 Situations avec un comportement agressif

Les comportements agressifs dirigés contre le personnel ne sont souvent pas prévisibles et peuvent survenir dans tous les contextes (Pulsford & Duxbury 2006). Toutefois, il est plus probable de rencontrer de l'agressivité dans certaines situations que dans d'autres. C'est en particulier le cas lorsque l'on pénètre dans la sphère personnelle proche. Cette intrusion est inévitable dans les établissements où l'on prodigue des soins corporels. Un risque d'agression relativement élevé a avant tout été relevé dans les situations de soins directs. La plupart des cas d'agression contre le personnel sont ainsi enregistrés pendant la toilette, la douche ou le bain, alors que l'on donnait à manger aux résidents ou qu'on les aidait à aller aux toilettes ou à s'habiller, ainsi que pendant les transferts et les transports.

Les comportements agressifs ne sont pas toujours prévisibles, surtout chez les résidents atteints de troubles cognitifs. Par rapport aux personnes moins limitées, les personnes atteintes de troubles démentiels présentent en particulier plus souvent un comportement impulsif qui ne peut pas toujours être anticipé, même par les soignants qui connaissent bien ces résidents. Il est certain que le stress psychosocial auquel les résidents sont soumis, par exemple lors du décès d'un parent proche ou de l'annulation d'une visite, peut majorer le risque d'agression.

Cependant, les circonstances menant aux agressions dans les situations de soin ne doivent pas toujours être exclusivement recherchées chez les résidents. L'attitude du personnel soignant et d'accompagnement peut aussi considérablement contribuer à la survenue d'une agression (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011). Cela vaut en particulier pour la communication verbale, mais aussi pour la communication passant par la mimique et la gestuelle. Dans ce contexte, l'élément décisif n'est pas ce que le personnel soignant et d'accompagnement a l'intention d'obtenir par son comportement, mais plutôt la manière dont le résident vit ce comportement.

En raison des impératifs économiques et des contraintes liées à l'organisation du travail, il n'est pas rare que l'on pénètre rapidement dans la sphère personnelle des résidents. Ces derniers peuvent également avoir un comportement agressif lorsque les gestes de soin et les activités accomplies dans ce cadre ne sont pas suffisamment annoncés ou expliqués. Il est alors toujours déterminant de savoir si le comportement du personnel soignant et d'accompagnement peut être perçu comme menaçant par les résidents. Des actes de soin peuvent tout à fait être annoncés, mais ne pas être compris de la même façon par les résidents.

## 2.3 Facteurs liés aux résidents

L'expérience acquise en matière de rapports avec les personnes âgées ayant besoin de soins et présentant souvent des troubles cognitifs a enseigné qu'il est impossible d'éviter toutes les situations d'agression. Les circonstances à l'origine des agressions ne sont pas toujours liées au contexte de la situation. Les troubles cognitifs, qui peuvent souvent entraîner une mécon-

naissance de la situation, constituent un facteur de risque connu. Des symptômes psychotiques tels que délire ou hallucinations peuvent également apparaître, en particulier lors d'évolutions démentiels. Le délire observé dans le cadre d'une démence est souvent teinté de paranoïa. Les personnes touchées ont par exemple le sentiment d'avoir été volées ou empoison-

nées. Comme on peut facilement l'imaginer, un tel événement subjectif peut susciter un réflexe de défense pouvant entraîner une violence physique. En cas d'évolution démentielle, des hallucinations visuelles sont également possibles. Les personnes peuvent voir des animaux ou des êtres fantasmagoriques, mais également des motifs. De telles expériences peuvent aussi faire peur et provoquer des comportements de défense agressifs.

Les facteurs biographiques peuvent également avoir un impact préjudiciable sur la situation de soin. Lorsque les soignants, par exemple, sont reconnus comme des personnes appartenant au passé du résident, cela peut aussi bien avoir des conséquences positives que négatives. Dans les cas où la relation était conflictuelle, les

résidents peuvent éventuellement refuser que les soins soient effectués par ces personnes.

Des facteurs liés à la personnalité peuvent aussi jouer un rôle (Morales-Vives & Vigil-Colet 2012). Ces derniers comprennent notamment l'agressivité, l'impulsivité ou des troubles du contrôle des impulsions que les personnes touchées pouvaient présenter avant même de devenir dépendants de soins en raison de leur âge. Certaines personnes ont essayé pendant toute leur vie de résoudre leurs conflits par un comportement agressif. Dans certains cas, les individus étaient déjà aussi atteints auparavant de troubles marqués de la personnalité qui s'accompagnaient éventuellement d'un comportement antisocial.

## 2.4 Comportement agressif: un événement complexe

Il est fréquent que, dans les situations concrètes, les facteurs impliqués soient à la fois les aspects situationnels cités, les aspects liés à la personnalité et le comportement du personnel soignant et d'accompagnement (Pulsford & Duxbury 2006). Souvent, ce n'est pas uniquement un facteur qui peut envenimer la situation. Ce n'est pas un hasard si le comportement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs est décrit comme «problématique». Un comportement inhabituel, voire de temps à autre bizarre, suscite dans l'entourage des réactions en conséquence qui sont parfois dominées par la peur ou ont un objectif défensif. La réaction au comportement problématique peut aussi ne pas être adaptée, car les besoins qu'impliquent cette attitude n'ont pas été identifiés. Selon sa personnalité, le personnel soignant et d'accompagnement peut par ailleurs se sentir capable ou non de désamorcer la situation. Si, en plus de tout cela, il

doit mener une course contre la montre et a annoncé ou expliqué de manière insuffisante les actes de soin, le résident réagira plus probablement de manière agressive.

Des mesures restrictives de liberté sont mises en place en cas de risques et dans les situations où les résidents présentent un comportement agressif envers «les étrangers». Toutefois, ces mesures ne font pas que servir la sécurité de toutes les personnes impliquées. Elles peuvent aussi avoir l'effet contraire en amenant le résident à se sentir poussé à une réaction défensive. Les restrictions physiques, mais aussi le refus d'accéder à certains désirs sont souvent des motifs de comportement agressif.

## 2.5 Conséquences pour le personnel soignant et d'accompagnement, et impact sur la relation de soin

Les attaques physiques sont vécues comme stressantes par les collaborateurs concernés. Toutefois, on ne peut pas simplement supposer que les agressions verbales ou même les déclarations à connotation sexuelle sont «mieux» ou «plus facilement» assimilées (Richter 2012c). Les agressions verbales comme la remise en question de compétences professionnelles (ex.: «Vous n'y connaissez rien en soins») ou des commentaires sur l'individu (ex.: «Vous ne voudriez pas perdre un peu de poids?», «Vous avez une tête affreuse!») peuvent être aussi stressantes qu'un coup inoffensif sur le bras.

### 2.5.1 CONSÉQUENCES PHYSIQUES

Les conséquences physiques pour le personnel soignant et d'accompagnement «victime» d'un acte violent sont majoritairement des lésions mineures. On constate souvent des griffures, des morsures, des cheveux arrachés ou des hématomes (Richter 1999). Les résultats d'une étude ont récemment montré que, dans les établissements médico-sociaux, les troubles musculo-squelettiques généraux dépendent également de l'ampleur des agressions (Miranda, Punnett, Gore & Boyer 2011). Les blessures physiques sévères sont probablement plus rares dans les institutions pour personnes âgées que dans les établissements psychiatriques, par exemple, mais ne sont pas à exclure. En présence de lésions corporelles, un médecin doit être consulté pour qu'il prenne éventuellement en charge la plaie, vérifie le risque infectieux encouru et prenne peut-être d'autres mesures diagnostiques (radiographies, etc.). Enfin, il est important que l'incident et le dommage soient bien documentés pour que l'assurance-accidents rembourse les frais éventuels.

### 2.5.2 CONSÉQUENCES PSYCHIQUES

Presqu'aucune étude scientifique n'a été menée sur les conséquences psychiques pour le personnel touché. La plupart des agressions physiques sont assimilées sans problème par les collaborateurs. En présence d'une agression plus grave et inattendue, on peut toutefois observer des réactions de stress aiguës qui peuvent persister pendant quelques jours, voire

plus longtemps encore dans de rares cas. Toutefois, on ne doit pas automatiquement en conclure qu'un dommage corporel léger n'entraînera pas de problèmes psychiques par la suite; même les dommages corporels mineurs peuvent être traumatisants. On a même relevé dans d'autres institutions du système de santé des cas de réactions de stress post-traumatiques après des actes de violence sur le personnel (Richter & Berger 2009). Cela ne peut être écarté dans les établissements de soins de longue durée, mais ne concerne probablement qu'un très faible nombre des personnes touchées.

Les membres du personnel soignant et d'accompagnement gèrent les agressions et assimilent les actes agressifs de manière très hétérogène. Ces processus dépendent de très nombreux facteurs. L'expérience personnelle et professionnelle est tout particulièrement importante dans ce contexte. En général, les collaborateurs plus âgés et qui ont de l'expérience professionnelle réussissent beaucoup mieux à gérer les situations stressantes. Néanmoins, cela ne signifie en aucun cas que le personnel plus âgé assimile toujours sans difficulté les attaques physiques ou verbales.

Le caractère inattendu de l'attaque constitue un autre facteur essentiel (Richter 2007). Si je sais que, tous les matins, un résident réagit par la même mauvaise humeur ou agressivité lorsqu'on le réveille, je peux m'y préparer mentalement, et sa réaction ne me fait pratiquement rien. Cela peut également s'appliquer aux agressions physiques. Lorsqu'une résidente atteinte de troubles cognitifs et de la parole ne peut pas exprimer ses besoins et réagit toujours aux efforts faits pour la laver en se défendant physiquement, je suis également en mesure de m'y préparer.

De même, il est plus aisé d'assimiler un acte de violence lorsque l'on peut en comprendre les causes. Cela vaut principalement pour les agressions plus ou moins liées à un état de démence. Dans ce cas, la «victime» peut être relativement assurée que cette attaque n'a



rien à voir avec elle ou le comportement du personnel soignant et d'accompagnement. Cela demande de bien connaître les causes, symptômes et conséquences des maladies et, en particulier, les tableaux cliniques psychiatriques et neurologiques. Lorsque l'on dispose de telles connaissances, il est nettement plus facile de prendre de la distance face à un comportement dû à la maladie.

### 2.5.3 SUIVI

Il est essentiel que le suivi passe par un bon esprit d'équipe et une hiérarchie à l'écoute avec laquelle la situation peut être abordée, dans le cadre d'une supervision et d'une intervision, par exemple. C'est heureusement aussi la forme de suivi la plus fréquente. Si l'événement a des répercussions psychiques considérables sur la personne touchée, un examen psychologique ou psychiatrique s'impose. Des formes d'accompagnement sont proposées pour le suivi des personnes traumatisées dans d'autres secteurs du système de santé (Richter 2012a). L'objectif d'un tel accompagnement est d'apporter un soutien à la personne touchée en réponse à ses besoins essentiels, le maintien de la capacité de travail et une éventuelle orientation vers une thérapie professionnelle. Une psychothérapie doit être envisagée lorsque les problèmes persistent pendant une période prolongée.

Les conséquences psychiques du comportement agressif des résidents seront abordées plus en détail dans le présent document, car elles représentent un facteur important dans le stress général ressenti par le personnel soignant et d'accompagnement. Outre la gestion de l'agonie, de la mort et de la souffrance, ainsi que les conditions d'organisation du travail, les études sur la baisse de motivation professionnelle et au travail soulèvent le problème des agressions (Camerino, Estry-Behar, Conway, Van der Heijden & Hasselhorn 2008; Estry-Behar et coll. 2008). Au vu de la pénurie de soignants parfois déjà marquée au sein des établissements de soins de longue durée, il convient d'accorder une plus grande attention à la prévention des comportements agressifs et de leurs conséquences sur le personnel soignant et d'accompagnement.

### 2.5.4 CONSÉQUENCES SUR LA RELATION DE SOIN

Les actes agressifs peuvent avoir un impact négatif sur la relation de soin. De tels actes accroissent la peur du personnel soignant et d'accompagnement de subir de nouvelles attaques, ce qui influe, de manière prévisible, sur son propre comportement. Les actes agressifs engendrent par ailleurs de la méfiance et compliquent l'instauration d'une relation de travail professionnelle, ce qui peut avoir à son tour des répercussions négatives sur le comportement du résident.

## 2.6 Préviation, identification et rapports

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, les comportements agressifs ne peuvent pas toujours être anticipés, surtout chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Du point de vue du personnel soignant et d'accompagnement, les personnes qui présentent des troubles de ce type réagissent souvent de façon imprévue et impulsive. Mais cela n'est pas vrai pour tous les cas d'agression et de violence. Les signes précurseurs précoces connus sont les suivants (Richter 1999):

- hostilité
- posture et gestuelle menaçantes
- trop grande proximité entre le collaborateur et le résident
- menaces verbales et injures
- agitation ou tension psychomotrice
- déprédations, cris, hurlements

Il n'existe à ce jour aucune étude scientifique systématique sur la préviation des comportements agressifs chez les résidents des établissements de soins de longue durée. On dispose cependant d'échelles d'évaluation des risques telles que la Bröset Violence Checklist (BVC) (disponible en allemand), qui peuvent contribuer à devenir plus attentif et, dans certains cas, à agir davantage de manière préventive (Abderhalden & Gurtner 2007) (pour plus de détails: voir les documents complémentaires).

D'une manière générale, il ressort des travaux de recherche menés sur les agressions dans le système de santé qu'un comportement agressif antérieur est le meilleur facteur prédictif d'agressions futures. Par conséquent, l'anamnèse rigoureuse menée par le personnel soignant doit être également axée sur le comportement social et l'attitude face aux conflits que le résident a adoptés tout au long de sa vie.

La pertinence de rapports standardisés dépend du contexte de l'établissement et, en particulier, de la fréquence des incidents avec agressivité. Du point de vue de l'auteur, un tel système de rapports devrait

être mis en place dans les groupes de vie comprenant une grande part de résidents atteints de démence. Dans ce contexte, les formulaires conçus par l'établissement sont à déconseiller, car il est non seulement essentiel d'établir des rapports, mais également de les exploiter sur le plan statistique. L'échelle SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale – Revised), qui est déjà utilisée dans différentes structures de soins de longue durée, s'est pratiquement imposée comme la norme dans les établissements de santé européens (Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker 2005; Pulsford et coll. 2011). Une version informatique pouvant être intégrée dans le système informatique de l'institution est disponible en plus du formulaire papier en allemand (pour plus de détails: voir les documents complémentaires).

## 2.7 Gestion de la violence et des agressions imminentes ou aiguës

La gestion de la violence et des agressions imminentes ou aiguës nécessite l'application d'une procédure bien réfléchiée et progressive en ce qui concerne ses suites. Dans les grandes lignes, les étapes à suivre sont les suivantes (Richter 2006, 2011):

- mise en place d'un cadre clair et sécurisé
- satisfaction des besoins
- désescalade
  - verbale
  - non verbale
- interventions physiques
  - médicaments sédatifs
  - recours à la force physique et à des mesures restrictives de liberté

### 2.7.1 CRÉATION D'UN CADRE CLAIR ET SÉCURISÉ

Lorsqu'une situation menace de s'envenimer ou que le résident a déjà eu recours à la violence, la priorité est la sécurité de toutes les personnes impliquées. Dans certains cas, cela passe par le retrait d'objets susceptibles d'être utilisés comme des «armes», ainsi que par la mise en sécurité des résidents. Parallèlement, le personnel soignant et d'accompagnement doit évaluer si le nombre de collaborateurs présents est suffisant pour surmonter la situation sans dommage important. Si ce n'est pas le cas, de l'aide doit être immédiatement trouvée. En règle générale, le personnel soignant et d'accompagnement peut alors se fier à son intuition.

### 2.7.2 SATISFACTION DES BESOINS

Il est essentiel de prendre en compte les besoins psychiques et/ou physiques qui peuvent éventuellement se cacher derrière un comportement agressif chez les résidents des établissements de soins de longue durée et, si possible, de les satisfaire (Dettmore, Kolanowski & Boustani 2009). Il est par ailleurs tout aussi important de clarifier les causes possibles avec une équipe interdisciplinaire dans laquelle le médecin traitant est impliqué. Ce faisant, il convient de prendre en considération les besoins ou points de vue suivants:

- douleurs
- faim/soif
- sommeil
- miction/défécation

- bruit
- lumière
- stimulation excessive ou insuffisante
- stimulation inappropriée (musique passant à la radio non appropriée pour l'âge du résident, par exemple)
- ennui
- isolement social
- contacts sociaux trop nombreux

Il n'est pas rare que les éléments déclenchant les agressions soient de tels stress physiques ou psychiques. Ces facteurs peuvent également être considérés comme des stimulations aversives, même si, de l'extérieur, ils ne touchent pas «l'agresseur». Il est sûrement évident pour la plupart d'entre nous que de fortes douleurs, des problèmes alimentaires non résolus ou une privation de sommeil peuvent rendre agressif. Un autre problème important est le délire. Ce dernier s'exprime par un comportement hyperactif, mais aussi hypoactif, souvent associé à une sévère désorientation. Les causes du délire sont souvent un manque d'hydratation, la prise de médicaments ou une infection. Il est alors essentiel de traiter les causes.

### 2.7.3 DÉSESCALADE VERBALE

Si aucun des problèmes mentionnés précédemment ne peut être constaté ou que ces problèmes ont été résolus et que le comportement du résident ne s'est pas visiblement amélioré, l'étape suivante est la désescalade. L'adoption systématique d'un comportement visant à désamorcer la situation doit compter parmi les mesures standard adoptées dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les moyens de parvenir à une désescalade varient beaucoup selon la situation. Il est donc impossible d'énoncer clairement des principes qui seraient utiles dans toutes les circonstances. Quelques règles fondamentales doivent toutefois être respectées:

- Faites preuve d'empathie, de respect, de fair-play et de sérieux. Montrez-vous préoccupé par le résident.
- Ayez des attentes réalistes envers vous-même: vous croyez-vous capable de désamorcer cette situation?

- Ne contrôlez pas la personne qui vous fait face, mais la situation.
- La désescalade est plus efficace qu'une intervention précoce.
- Essayez de gagner du temps pour pouvoir prendre des décisions réfléchies et réduire la tension (regardez quelques secondes par la fenêtre, par exemple).
- Procédez à l'intervention en ayant visiblement confiance en vous, mais sans provoquer.
- Évitez les jeux de pouvoir entre vous et l'autre personne.

L'application de ces principes de base contribue à créer une bonne atmosphère de communication. D'un point de vue stratégique, la désescalade peut toutefois encore apporter davantage. En quoi doit donc consister la stratégie dans ce type de situation? Après avoir pris en considération les aspects sécuritaires immédiats et à moyen terme (options de fuite, danger pour les autres personnes), il convient avant tout:

- d'établir une relation de travail professionnelle;
- d'identifier les problèmes substantiels de «l'agresseur» et de les gérer;
- de gérer les émotions et les sentiments de «l'agresseur»;
- de montrer les options et les alternatives.

L'approche centrale à adopter pour tous les objectifs cités est l'écoute active, qui consiste à indiquer au résident agressif que l'on prend au sérieux ses souhaits et que l'on aimerait connaître ses besoins.

#### **Ecoute active**

L'écoute active laisse entendre que l'on est sincère et qu'on a de l'estime et de l'empathie. Cette forme de communication consiste essentiellement à exprimer par des paraphrases ce que l'on a entendu ou perçu («je comprends que...; je peux comprendre vos inquiétudes; cela m'angoisserait aussi...»). Il est également important de saisir et de paraphraser les émotions («je vois que vous êtes très énervé...; je perçois à quel point cela vous angoisse...»). Par une écoute active, on fait savoir que l'on prend au sérieux et estime son interlocuteur.

La prise au sérieux des problèmes de «l'agresseur» demande également de traiter de manière adéquate les phénomènes perçus par les résidents. Lorsque l'on décèle un délire ou des hallucinations, il est particulièrement important de ne pas nier ces phénomènes («Oui, cela est vraiment terrible de se faire dévaliser... Oh oui, ces monstres (ou animaux) sur le mur peuvent être effrayants...»). A ce moment-là, l'expérience vécue est très réelle pour le résident et nier l'existence de ces phénomènes rend presque impossible l'instauration d'une relation de travail. Dans ce type de cas, les expériences dans le domaine de la validation peuvent être d'une grande aide pour le personnel soignant et d'accompagnement.

Enfin, il convient de souligner l'autonomie de «l'agresseur» et de lui indiquer qu'il doit également participer aux décisions qui seront prises sur la suite des événements. Insister sur l'autonomie est important, car, dans la plupart des cas, les restrictions sont vécues comme des stimulations aversives, ce qui accroît la probabilité que la situation s'envenime à nouveau. Toutefois, il ne faut faire aucune concession, ni aucune promesse qui ne pourra pas être honorée ensuite. Cela n'aurait que pour effet de déplacer dans le temps le comportement agressif.

#### **2.7.4 DÉSESCALADE NON VERBALE**

Lors de toutes les étapes de la désescalade verbale, il convient de veiller à ce que cette dernière s'accompagne de messages non verbaux appropriés. Au cours de la désescalade, la mimique et la gestuelle jouent un rôle à ne pas sous-estimer. L'expression du visage, la posture et, en particulier, la position des bras doivent également faire passer un message d'apaisement de la situation. Si les messages transmis ne sont pas cohérents, ils peuvent à nouveau désarçonner «l'agresseur». Dans certaines circonstances, le message non verbal est même davantage cru que les paroles prononcées.

## 2.8 Interventions physiques

Si les mesures décrites précédemment n'ont pas été efficaces et que les autres personnes ou même «l'agresseur» est en danger, des interventions physiques sont nécessaires. Conformément à la législation suisse actuelle et à la conception du métier de soignant, les médicaments sédatifs disponibles et l'utilisation de la force physique ou de mesures restrictives de liberté ne doivent être que des solutions de dernier recours (SGG 2011). En d'autres termes, on ne doit opter pour des interventions physiques que si les interventions psychosociales et liées aux soins susmentionnées ont été vaines et que «l'agresseur» continue à être une source de danger.

On a constaté dans différents autres secteurs du système de santé que les interventions physiques, qui ont souvent lieu sous la contrainte ou la menace de contrainte, sont potentiellement traumatisantes pour les personnes concernées. Même si la littérature actuelle ne comprend aucun élément sur de telles interventions dans la prise en charge des personnes âgées, cette conséquence ne peut pas être exclue chez les résidents.

La question de savoir quelle intervention physique doit être la priorité, c'est-à-dire si l'on doit d'abord avoir recours à une médication ou à une contrainte physique, ne peut être résolue qu'au cas par cas. Cela nécessite une évaluation médicale approfondie de la situation et des besoins. L'emploi simultané de la contrainte et de médicaments n'est pas rare.

### 2.8.1 MÉDICAMENTS SÉDATIFS

L'emploi de médicaments sédatifs n'est bien entendu possible qu'après qu'un médecin aie posé l'indication et fait une prescription. Aucun conseil général applicable à tous les tableaux cliniques rencontrés en gérontopsychiatrie ne pourra être donné dans le présent document. On dépasserait le cadre du livret de travail. La démence étant l'un des tableaux cliniques les plus connus, nous l'aborderons toutefois à titre d'exemple.

Les directives relatives au traitement pharmacologique des symptômes comportementaux de l'agitation et de l'agressivité en cas de démence insistent

également sur les mesures psychosociales et de soin à mettre en œuvre au préalable. En cas d'inefficacité de ces mesures, un traitement supplémentaire par des neuroleptiques atypiques pourra être envisagé. De plus, il convient de tenir compte du traitement des maladies sous-jacentes existantes, par exemple en cas de symptômes psychiatriques tels qu'un délire et des hallucinations, et surtout lorsque l'utilisation de neuroleptiques est inévitable.

En général, il est impératif de restreindre l'usage de psychotropes en cas de démence. Cette obligation doit naturellement être également respectée en cas de comportement agressif. Dans une directive (allemande) relativement récente pour le traitement de la démence, cette problématique est formulée de la manière suivante:

«Un bilan psychopathologique doit être établi avant d'utiliser des psychotropes en présence de symptômes comportementaux. Des facteurs médicaux et liés à l'individu et à l'environnement doivent être identifiés et, si possible, traités ou modifiés. De plus, une intervention pharmacologique est indiquée lorsque les interventions psychosociales ne sont pas efficaces, pas suffisantes ou pas disponibles.» (DGPPN/DGN 2009, p. 57)

### 2.8.2 TECHNIQUES PHYSIQUES ET MESURES RESTRICTIVES DE LIBERTÉ

Lorsqu'on ne parvient pas à désamorcer la situation, il convient d'employer des techniques d'autodéfense et, éventuellement, des techniques de maintien ne risquant pas d'avoir un effet nuisible sur le résident. Des techniques douces et respectueuses peuvent être apprises auprès de différents prestataires spécialisés dans la désescalade et la gestion des agressions. Quand elles sont nécessaires, ces mesures doivent toujours être mises en œuvre par plusieurs membres du personnel en même temps. Ce faisant, il convient surtout de prendre garde aux parties du corps à risque (tête, ventre, organes génitaux, etc.). Si possible, ces mesures et autres gestes restrictifs de liberté ne doivent être appliqués que par des collaborateurs formés.

L'emploi de techniques physiques et de mesures coercitives (ex.: retenir quelqu'un contre sa volonté ou pratiquer une contention) peut être traumatisant pour les personnes touchées, mais aussi pour les résidents qui ne sont pas immédiatement concernés. Selon les troubles cognitifs, ces mesures doivent ensuite être abordées avec l'individu et en impliquant, dans certaines circonstances, les proches. De telles mesures doivent toujours être appliquées en ayant conscience qu'elles peuvent avoir un impact négatif durable sur la relation de soin.

Les indications des mesures restrictives de liberté et leur utilisation ne peuvent pas être abordées plus en détail dans le présent document. Nous attirons cependant votre attention sur les nombreuses publications disponibles sur le droit de la protection de l'adulte et en particulier sur la publication de la Société suisse de gérontologie (SSG, 2011).

## 2.9 Prévention des comportements agressifs

La prévention des comportements agressifs des résidents des établissements de soins de longue durée repose sur le comportement du personnel soignant et d'accompagnement, la connaissance des tableaux cliniques neuropsychiatriques et les interventions qui en découlent au niveau des soins. Pour prévenir et éviter les comportements agressifs, il faut instaurer un échange interdisciplinaire impliquant le service médical, les équipes de physiothérapie, d'ergothérapie et d'animation socio-culturelle, ainsi que, dans certains cas, les proches. Les différents cas et, en particulier, celui des résidents ayant un comportement «difficile» doivent être discutés régulièrement. Enfin, il convient d'analyser les facteurs liés à l'environnement architectural et social et, dans certains cas, de les adapter aux besoins.

### 2.9.1 MESURES SOCIALES

Il est certain que la structure de l'offre, des loisirs et des journées au sein de l'établissement contribue à prévenir les comportements agressifs. Il s'agit une nouvelle fois d'associer de manière appropriée stimulation, retraite et prise autonome de décisions par les résidents. Une bonne collaboration entre personnel soignant et celui de l'animation socio-culturelle est alors essentielle. Ils doivent établir ensemble un emploi du temps adapté au résident qui lui donnera un sentiment de sécurité au fil de la journée tout en favorisant l'autodétermination.

### **Maîtrise des agressions: l'approche interdisciplinaire**

Madame K., âgée de 80 ans, présente un syndrome démentiel et vit depuis quelques mois dans un établissement médico-social, car son mari était dépassé par sa prise en charge à la maison.

Toute la journée, elle déambule avec anxiété, en affichant un air renfrogné et absent. Plusieurs fois par jour, elle se met soudainement à crier en grimaçant de colère, puis attrape le premier objet à sa portée (elle a pris une fois un couteau) et frappe violemment la personne la plus proche (un membre du personnel ou un résident). Elle met clairement en danger les autres personnes. Il est donc nécessaire d'agir rapidement.

Les membres de l'équipe qui l'a prend en charge (l'équipe soignante de son groupe de vie, le médecin, la spécialiste en activation et la responsable du personnel soignant) se rassemblent pour avoir un entretien structuré:

- quels sont les difficultés et les problèmes?
- recueil du plus d'informations possible (biographie, habitudes, diagnostics, expériences, observations ...)
- Qu'est-ce qui est important pour Madame K.? Quelles sont ses ressources?

- Quelles sont les causes perceptibles du problème? Comment peut-on expliquer et comprendre le problème?
- Quels sont les besoins de Madame K.?
- Rôle des proches?
- Objectifs: que veut-on obtenir? Est-ce réaliste?
- Quelles mesures doivent être prises? Qui fait quoi?

A partir de cet entretien, l'équipe met notamment en place les mesures suivantes: tous les jours, il est offert à Madame K. du matériel pour laver les vitres, une lavette, etc. qu'elle utilise toujours volontiers. Elle prend ses repas à une table de deux dans un espace séparé, où l'atmosphère est calme. On lui propose toute la journée à boire. Les visites de son mari sont soutenues et favorisées. Elle bénéficie de séances de musicothérapie. Ses infections urinaires fréquentes (et les douleurs qui les accompagnent) sont traitées rapidement. Toute agitation est, si possible, évitée. Les objets potentiellement effrayants (les couteaux de cuisine, par exemple) sont rangés en lieu sûr. Le soir, elle reçoit un antidépresseur sédatif. Avec ces mesures, le comportement agressif de Madame K. régresse nettement.

### **2.9.2 COMPORTEMENT DU PERSONNEL SOIGNANT ET D'ACCOMPAGNEMENT**

Le comportement du personnel soignant et d'accompagnement peut représenter un stimulus aversif déterminant qui entraîne un comportement agressif. Par conséquent, le comportement adopté au quotidien, mais aussi dans les situations où une agression est menaçante est un facteur de désescalade décisif. Soulignons une nouvelle fois qu'il ne s'agit pas ici d'accuser quiconque, mais que, pour désamorcer une situation, seul le comportement du personnel peut être modifié, pas celui des résidents.

Selon le type de résidents de l'établissement et la fréquence des agressions dans ce dernier, le personnel devrait systématiquement être formé à la désescalade et à la gestion des agressions (Richter & Needham 2007). Il est particulièrement important pour les relations personnelles quotidiennes de créer une atmosphère de confiance et de coopération. Il incombe aux cadres dirigeants de s'assurer qu'un tel climat est garanti par tous les membres du personnel. Les problèmes linguistiques et les différentes mentalités doivent également être abordés dans ce cadre. L'établissement doit disposer de normes de soin ou de

directives de travail claires concernant le comportement à adopter dans les situations à risque.

Alors que les recommandations précédentes pour la prévention s'appliquent à l'échelle de l'institution dans sa globalité, des conseils individuels peuvent également être donnés au personnel soignant et d'accompagnement. Le personnel doit tout d'abord connaître son propre comportement en situation de stress et le modifier dans certaines circonstances. Les collaborateurs doivent par ailleurs avoir conscience de leurs sentiments et points de vue par rapport aux résidents, en particulier en ce qui concerne les agressions. De plus, ils doivent connaître leur style de communication verbale et non verbale, et savoir le modifier dans certaines situations. De cela dépend aussi le mode de comportement de chaque individu face aux conflits (si l'on évite plutôt les conflits ou si on les aborde de manière « proactive », par exemple).

### 2.9.3 INTERVENTIONS AU NIVEAU DES SOINS

A ce jour, différentes interventions se sont imposées au niveau des soins. Ces dernières doivent être discutées au sein de l'équipe et mises en application par des personnes compétentes et, si possible, formées. Parallèlement à la communication et à la gestion des conflits, le personnel soignant et d'accompagnement peut avoir recours à différentes approches visant avant tout à parvenir à un apaisement et à une stimulation adéquate. Cela comprend notamment les interventions suivantes (Dettmore et coll. 2009):

- travail de biographie
- validation
- musicothérapie ou interventions musicales
- démarche d'accompagnement multisensoriel
- massage des mains
- méthodes de relaxation
- contact avec des animaux ou zoothérapie
- luminothérapie

Il va de soi que de telles interventions doivent être menées en concertation avec d'autres groupes professionnels et, surtout, avec l'équipe médicale et de physiothérapie. Elles doivent par ailleurs être précédées d'une évaluation, par exemple par le biais de l'approche

« Serial Trial Intervention » (aussi disponible en allemand), qui a déjà été évaluée (Fischer, Kuhlmeiy, Sibbel & Nordheim 2008; Kuhlmeiy 2010).

### 2.9.4 MESURES ARCHITECTURALES ET LIÉES AU DESIGN

Nous avons déjà vu à différents reprises à quel point les facteurs environnementaux peuvent stimuler les comportements agressifs au sein des établissements de soins de longue durée. Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ont tout particulièrement besoin d'un environnement qui leur permet de s'orienter, mais leur offre également liberté d'action et sécurité. Cet équilibre entre liberté d'action et sécurité est souvent difficile à atteindre, d'autant plus que les mesures s'appliquent à plusieurs personnes différentes en même temps.

Il est difficile de mêler de manière adéquate stimulation, possibilité d'avoir des contacts sociaux et des espaces où se retirer, sphère privée et aspects sécuritaires. La grande importance des facteurs architecturaux et liés au design est à ce jour reconnue par toutes les parties. Il existe également de nombreuses recommandations en la matière, en particulier pour les bâtiments adaptés aux personnes âgées et atteintes de démence (Bohn 2010). D'un point de vue scientifique, il convient toutefois de souligner que l'efficacité de la plupart de ces recommandations n'a pas été vérifiée. Aucune indication claire ne peut donc être donnée à ce sujet dans le présent livret thématique.





# 3

## Comportement agressif du personnel contre des résidents

Depuis plusieurs décennies, le comportement agressif du personnel contre les résidents des établissements de soins de longue durée est un sujet important dans la littérature gérontologique et consacrée aux soins (Daly, Merchant & Jogerst 2011; Pillemer & Moore 1989). De nombreuses études ont été menées sur ce sujet dans le passé, au départ aux Etats-Unis, puis dans plusieurs pays européens (mais malheureusement pas en Suisse). Malgré cette importante analyse scientifique du sujet, des lacunes restent à déplorer dans de nombreux domaines. Cela commence par l'inexistence actuelle d'une définition complète de la notion d'abus ou de mauvais traitements, mais se traduit également par une grande ignorance des chiffres relatifs à la fréquence des agressions contre les résidents et des connaissances insuffisantes dans le domaine de la prévention.

Cette ignorance tient essentiellement à la constellation particulière de facteurs, associée à la relation de soin. Les «victimes» présentent souvent des troubles cognitifs et ne sont guère en mesure de donner des renseignements. Si leurs actes sont découverts, les «coupables» risquent leur emploi. De plus, les comportements agressifs ne sont en aucun cas compatibles avec l'éthique de la profession. Par conséquent, tout le sujet reste relativement tabou. Même dans le public, les abus et mauvais traitements commis par le personnel soignant et d'accompagnement ne sont généralement abordés qu'après des scandales majeurs.

### 3.1 Fréquence des comportements agressifs contre des résidents

Comme évoqué précédemment, il n'existe à ce jour aucun chiffre fiable sur la fréquence des agressions contre les résidents. Cela s'explique par les deux faits suivants: d'une part, les personnes concernées ne peuvent souvent pas être interrogées. D'autre part, les chiffres disponibles ont été majoritairement recueillis auprès du personnel soignant et d'accompagnement. Différentes études internationales ont révélé qu'au cours d'une année, entre 10 et 50% des soignants interrogés ont personnellement été les auteurs d'abus

ou de mauvais traitements (dans la plupart des cas, des négligences ou des agressions verbales, voir plus loin) (Cooper, Selwood & Livingston 2008). De plus, un nombre encore plus élevé de personnes interrogées a indiqué avoir été témoin de tels agissements chez leurs collègues de travail. Seul une part minime de ces incidents a été signalée ou a fait l'objet de poursuites. A ce jour, aucune étude n'a été menée en Suisse sur ces faits.

## 3.2 Typologie des agressions contre les résidents

Comme la violence contre le personnel, la violence à l'encontre des résidents peut être physique, verbale ou sexuelle. Des formes spécifiques de comportement agressif sont par ailleurs connues au sein des professions de soins. Selon la littérature internationale et l'expérience acquise dans de nombreux pays, on peut observer les formes d'agression suivantes (en référence à: Görger):

- violence physique: violence consistant notamment à donner des coups, pousser ou forcer la personne à boire ou à manger;
- agression verbale: agression consistant notamment à insulter, offenser, menacer, ridiculiser le résident.
- agression sexuelle: notamment obscénités verbales ou même contact physique au niveau intime, ou encore obliger le résident à se mettre à nu devant d'autres personnes.
- emploi abusif de médicaments: notamment des psychotropes pour tenir le résident tranquille;
- application abusive de mesures restrictives de liberté: notamment l'utilisation de moyens de contention physique pour limiter les mouvements;
- mise en œuvre de mesures auxquelles on pourrait renoncer d'un point strictement médical et infir-

mier: notamment cathéter permanent posé chez des résidents qui pourraient être pris en charge autrement si on prenait plus de temps;

- négligence des besoins des résidents et omission de mesures de soins nécessaires: ne pas accompagner les résidents aux toilettes ou laisser une personne de manière prolongée dans ses excréments, par exemple;
- exploitation financière: notamment voler ou se laisser payer de manière inappropriée pour des services rendus;
- exhibition dégradante: prise de photographies de résidents qui souffrent ou sont dénudés, par exemple.

La plupart des cas de comportement agressif de la part du personnel consiste en une négligence des besoins et en des agressions verbales. La violence physique ou les agressions sexuelles sont en revanche plutôt rares. On ne dispose toutefois d'aucune donnée précise en raison d'un manque d'études sur ce sujet.

## 3.3 Contexte des agressions contre les résidents

Le contexte et les causes des agressions et des mauvais traitements commis par des membres du personnel sont variés (Schiamborg et coll. 2011). Ils résident dans la personnalité du collaborateur agressif, les traits de caractère du résident, la relation de soin et les conditions organisationnelles de cette dernière, mais peuvent aussi finalement se situer dans la «sous-culture» d'un établissement médico-social particulier.

### 3.3.1 FACTEURS LIÉS À LA PERSONNALITÉ DES COLLABORATEURS

Les facteurs liés à la personnalité des collaborateurs peuvent se répercuter de différentes manières. Une part non négligeable du comportement agressif s'explique par la charge massive qu'engendre la situation de travail pour les individus. Des agressions peuvent survenir lorsque des membres du personnel se sentent surmenés en raison d'exigences organisationnelles ou de la situation de soin (ex.: souffrance, décès) (Richter & Sauter 1997). Cela n'est souvent pas

subjectivement vécu en tant que tel. Il n'est pas rare que le personnel soignant et d'accompagnement soit moralement épuisé, devienne cynique et soit émotionnellement distant des résidents dont il doit s'occuper. Des problèmes psychosociaux personnels ou même des troubles psychiques et des handicaps peuvent encore aggraver ce comportement. Une faible motivation professionnelle et une formation insuffisante peuvent également contribuer au développement de réactions agressives.

Par ailleurs, on ne peut exclure que certaines personnes avec des traits de personnalité particuliers s'intéressent à des activités de soin dans lesquelles elles peuvent exercer leur pouvoir. Les soins corporels et la prise en charge psychosociale impliquent toujours un déséquilibre des forces. Dans certaines circonstances, le fait qu'il s'agisse de relations d'aide empêche parfois de voir que des dépendances évidentes émergent.

### 3.3.2 FACTEURS LIÉS AUX RÉSIDENTS

De nombreuses études et expériences dans des établissements de soins de longue durée ont montré que tous les résidents ne sont pas touchés de la même manière par le comportement agressif du personnel. En somme, plus les personnes concernées sont âgées, présentent des troubles cognitifs et sont physiquement handicapées, plus le risque est important qu'elles fassent l'objet d'abus ou de mauvais traitements (Daly 2011). Les caractéristiques citées sont associées à une dépendance aux soins nettement plus élevée, ce qui majore le risque de négligence. Comme décrit précédemment, la probabilité que les résidents réagissent eux-mêmes avec agressivité envers le personnel soignant et d'accompagnement est aussi plus grande dans ces circonstances. La composante interactive ne doit pas non plus être négligée lorsque les collaborateurs ont un comportement agressif envers les résidents. Dans ce cas, la notion de «comportement problématique» se révèle tout particulièrement adaptée. Enfin, il faut tenir compte du fait que les personnes atteintes de troubles cognitifs et de démence ne se souviennent parfois pas de certains événements récents et ne sont souvent pas

capables de donner les renseignements qu'on leur demande. Aux yeux des «coupables», cela réduit la probabilité d'être découvert.

### 3.3.3 SITUATION DE SOIN ET ORGANISATION

Les conditions de travail peuvent également jouer un rôle important dans l'apparition de comportements agressifs chez les collaborateurs (Schiemberg et coll. 2011). Une pénurie de personnel, la rotation des collaborateurs, la course contre la montre, une formation insuffisante et l'adoption d'un comportement inapproprié face aux résidents compliquent l'instauration d'une relation de travail professionnelle. Beaucoup d'établissements médico-sociaux se retrouvent dépassés par l'augmentation du nombre de résidents d'un grand âge et atteints de troubles gérontopsychiatriques généraux. Il n'est pas rare que le personnel manque de connaissances spécifiques sur les tableaux cliniques psychiatriques et sur la bonne façon d'aborder les personnes touchées par de tels troubles.

La surveillance assurée par les supérieurs hiérarchiques peut éventuellement être insuffisante ou même inexistante, et les collègues peuvent détourner les yeux, ce qui peut aussi jouer un rôle important. Contrairement à d'autres contextes du système de santé où les situations de soin sont difficiles (dans les cliniques psychiatriques, par exemple), il n'existe aucune culture de l'échange et de l'entraide dans de nombreux établissements de soins de longue durée. Les institutions où l'intervision et la supervision sont des pratiques de routine sont peu nombreuses.

### 3.3.4 MANQUE D'ÉDUCATION ÉTHIQUE CHEZ LES SOIGNANTS

Un certain milieu ou un manque d'éthique permettant ou même exigeant certaines actions est peut-être un aspect de l'apparition des comportements agressifs auquel on a peu prêté attention jusqu'ici. Après avoir mené des études sur le sujet au sein d'établissements de soins de longue durée en Allemagne, le criminologue et sociologue Thomas Görgen (Görgen) a décrit les caractéristiques suivantes:

- accord tacite selon lequel le recours à la violence est inévitable dans certaines circonstances;
- conviction que l'on doit contrôler et même éduquer les résidents;
- apparition de stratégies communes d'explication et de justification pour le mauvais comportement commun.

## 3.4 Identification/rapports

Tous les éléments décrits jusqu'ici semblent montrer à quel point il est difficile d'identifier et de découvrir les actions agressives à l'encontre des résidents (Payne & Fletcher 2005). Dans certains cas, il manque une prise de conscience afin de classer certaines actions comme agressives ou même violentes. De plus, les comportements agressifs sont parfois considérés comme nécessaires, et les «démarcheurs» sont également mal vus dans le milieu soignant. Des instances de recours indépendantes permettant de signaler anonymement certains incidents ont été créées dans différents pays au cours des dernières années (Pickens & Halphen 2011). En Suisse, de telles instances ou des services de médiation indépendants, qui doivent également s'occuper de ce sujet, existent dans plusieurs cantons.

Des symptômes physiques et des changements soudains de comportement chez les résidents peuvent être un indice d'expériences de violence. En revanche, les hématomes, les fractures ou la résistance à subir un examen physique sont sans aucun doute des signes non spécifiques, car ils peuvent avoir des causes diverses. L'éventualité qu'il s'agisse de conséquences d'actes agressifs ne doit cependant pas être écartée. D'une manière générale, les collaborateurs et, en particulier, les médecins des homes doivent être sensibilisés au fait que de tels symptômes peuvent également cacher des expériences actuelles de violence et de mauvais traitements.

## 3.5 Prévention

La prévention peut être axée sur différents aspects permettant d'aider les collaborateurs dans leur lourde tâche et garantissant une sélection appropriée du personnel. Cependant, elle peut aussi miser sur l'identification des actions agressives et leurs conséquences, ainsi que sur la transparence dans les établissements.

### 3.5.1 SOUTIEN POUR LES COLLABORATEURS

Plusieurs études et procès ont montré que les «coupables» étaient souvent dépassés par leur situation professionnelle et la gestion de la mort et de la souffrance. De nombreux soignants qui étaient auparavant très motivés étaient épuisés et ne trouvaient pas d'autres solutions que l'humiliation et le cynisme,

ce qui majore le risque d'actes agressifs. Comme déjà évoqué précédemment, beaucoup d'établissements de soins de longue durée ne possèdent aucune culture de l'échange qui, au-delà du quotidien des soins, couvre les problèmes des différents collaborateurs. Les cadres dirigeants doivent cerner les états d'esprit et détecter les difficultés, mais également les états de surmenage, et en discuter avec les collaborateurs. Suffisamment de temps doit être accordé aux moyens tels que la supervision et l'intervention, et une aide en termes de personnel doit être mise à disposition à cet effet, lorsque cela est nécessaire. La prévention des comportements agressifs parmi les membres du personnel est finalement une tâche de direction à laquelle les cadres dirigeants et les institutions dans leur globalité doivent s'atteler.

### 3.5.2 CHOIX DU PERSONNEL

A une époque où l'on doit parfois faire face à une pénurie ou à une menace de pénurie de soignants, les réserves en personnel compétent se réduisent considérablement. Nous sommes désormais confrontés à un dilemme, puisqu'il est justement particulièrement important que les candidats présentent les qualités psychosociales requises lorsqu'une pénurie de personnel engendre une augmentation de la charge de travail. De nombreux procès en rapport avec des violences perpétrées par des soignants ont clairement montré que les aptitudes des collaborateurs devenus violents n'étaient pas en adéquation avec le profil d'exigences du poste et que cela aurait pu être en partie pris en considération dès la sélection des candidats.

### 3.5.3 FORMATIONS DESTINÉES AU PERSONNEL

Les formations visant à sensibiliser le personnel à la détection des agressions et de leurs conséquences et, si possible, à l'identification et à la remise en question de la façon dont les composants agressifs sont gérés constitue un autre aspect de la prévention. La littérature met en évidence des compétences spécifiques à ce niveau (DeHart, Webb & Corman 2009). Une part non négligeable de ce type de formation intègre cette sensibilisation. Ces formations ont pour objectif d'attirer l'attention des participants sur l'exercice parfois

inconscient de la contrainte qui peut faire partie de la pratique professionnelle quotidienne. Ainsi, on ignorait jusqu'à il y a peu dans beaucoup d'institutions que l'emploi de barrières de lit constituent une mesure restrictive de liberté ou que le fait de faire attendre de manière excessive un résident mouillé s'approche d'une négligence. Ces formations visent par ailleurs à permettre de reconnaître les conséquences physiques et comportementales de l'emploi de la force, et de les classer dans la bonne catégorie (voir point 3.4).

### 3.5.4 TRANSPARENCE ET CONFIANCE

Ce dernier aspect est particulièrement difficile à mettre en place – lorsqu'il n'est pas encore présent. Dans les établissements de soins de longue durée, la franchise dans les relations avec les résidents et les autres membres du personnel doit être une valeur fondamentale partagée par tous les membres du personnel. Il devrait par ailleurs être clair pour les collaborateurs que leur comportement sera observé par leurs collègues et – si nécessaire – discuté. Combinées à une sensibilisation aux aspects à risque du comportement personnel de chaque collaborateur, la transparence et la confiance peuvent contrer un manque d'éthique tolérant ou même exigeant un comportement agressif.

Il incombe aux cadres dirigeants que cette franchise soit assortie de confiance. Il ne s'agit pas de développer une mentalité de contrôle et de jeter un soupçon général sur le personnel. Ce n'est qu'en associant transparence et confiance que l'on obtient une base qui permettra, d'une part de mieux déceler les risques, d'autre part, d'amener les collaborateurs à être conscients du besoin de soutien et à demander de l'aide.

# 4

## Comportement agressif des résidents contre d'autres résidents



Au sein des établissements de soins de longue durée, les agressions entre résidents représentent une partie du problème qui a été pendant longtemps ignorée (Rosen, Pillemer & Lachs 2008). Cela est d'autant plus étonnant, car chaque collaborateur connaît ces différends. Il fait partie du quotidien d'avoir à désamorcer et régler ce type de conflits. La recherche et certains établissements ont commencé à se pencher sur cette thématique il y a moins de dix ans. Par conséquent, les

études disponibles sont très peu nombreuses, et les expériences pratiques avec des mesures de prévention sont rares. Aussi ne pourra-t-on proposer dans ce document qu'un bref aperçu du sujet, avec l'espoir que les institutions et la recherche se consacreront davantage à cette partie du problème dans le futur.

## 4.1 Fréquence, typologie et conséquences

On ne dispose d'aucune donnée fiable sur l'étendue des agressions entre résidents. Des éléments indiquent toutefois que les agressions sont beaucoup plus répandues entre les résidents qu'entre ces derniers et le personnel (Soreff 2012). Beaucoup d'incidents ne sont pas remarqués par le personnel et, lorsqu'ils le sont, ils sont attribués au comportement habituel des résidents.

La typologie des comportements agressifs entre résidents n'est pas fondamentalement différente de celle décrite plus haut pour les agressions contre les collaborateurs (Pillemer et coll. 2012). Dans la plupart des cas, il s'agit d'agressions verbales, mais également d'agressions physiques, de vols, de violations de territoire ainsi que d'incidents à connotation potentiellement sexuelle (pénétrer nu dans une autre chambre ou faire des avances sexuelles, par exemple) (Castle 2012). Souvent, on retrouve également en arrière-plan des troubles cognitifs, si bien que les autres résidents sont effrayés par le comportement grossier d'un résident perturbé.

On sait à propos des «coupables» qu'ils ont plutôt tendance à être confus, à errer, à faire preuve d'une attitude généralement agressive et à se comporter dans l'ensemble de manière plutôt «problématique» sur le plan social (Shinodo-Tagawa et coll. 2004). Les victimes peuvent être aussi bien des résidents actifs non dépendants de soins que quelqu'un qui «barre le passage» ou des personnes présentant des troubles cognitifs dont le comportement peut être vécu comme provocant par des personnes moins limitées. La vie en communauté de personnes atteintes de troubles cognitifs plus ou moins sévères laisse d'emblée escompter un potentiel de conflits en rapport (Lindemann 2012). Les conséquences des actions agressives entre résidents ne sont pas essentiellement différentes de celles déjà décrites précédemment. Outre les blessures physiques (hématomes, griffures, etc.), qui ont tendance à être plus mineures, il convient de prendre garde aux effets psychiques tels que les anxiétés.

## 4.2 Gestion et prévention

La prévention vise avant tout à ce que les collaborateurs aient davantage conscience du problème ou le perçoivent davantage. De plus, il convient d'appliquer les mêmes étapes qu'en cas d'agression contre les collaborateurs (Lindenmann 2012). En présence d'une menace aigüe de violence, la principale règle à observer est celle de la sécurité pour toutes les personnes impliquées. Les techniques de désescalade doivent être également utilisées. Lors de conflits récurrents entre certaines personnes, une séparation spatiale de «l'agresseur» et de sa «victime» doit bien entendu être envisagée (Rosen, Lachs et coll. 2008).

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# 5

## Conflits avec agressivité entre le personnel et les proches

En général, la famille joue un rôle particulier qui est plus important dans les établissements de soins de longue durée que dans d'autres institutions du système de santé. Le séjour des résidents étant normalement de longue durée, les collaborateurs et les membres de la famille qui viennent rendre visite à un proche apprennent à mieux se connaître au fil du temps. Le plus souvent, il s'instaure une bonne coopé-

ration entre les deux groupes. Néanmoins, le personnel rapporte fréquemment des conflits généralement associés à une escalade verbale. Ces différends sont parfois vécus comme étant très stressants par les collaborateurs (Abrahamson, Sutor & Pillemer 2009). Les études scientifiques sur ce sujet sont très rares. Aussi ne pourra-t-on donner dans ce document que de brèves indications et recommandations.

## 5.1 Fréquence, typologie et conséquences

Il n'existe que peu d'études sur la fréquence des agressions verbales (et des rares agressions physiques) entre les collaborateurs et les proches. Des études américaines menées dans les années 1990 suggèrent toutefois que ces agressions ne sont pas rares (Vinton & Mazza 1994; Vinton, Mazza & Kim 1998). Il est probable que, dans la routine des institutions, ces incidents ne soient absolument pas rapportés ni documentés comme étant particulièrement importants, car ils n'ont rien à voir avec les soins directs.

En arrière-plan de ces conflits, on retrouve souvent des conceptions différentes des soins et de la prise en charge des résidents (Iecovich 2000). Les proches accordent naturellement une plus grande priorité à la prise en charge des membres de leur famille, ce qui n'est pas toujours réalisable dans le quotidien d'un établissement de soins. Par conséquent, les conflits concernant la prise en charge appropriée des résidents sont également fréquents. Le comportement que les proches perçoivent chez les collaborateurs (rapports avec les résidents, manière de leur parler, transparence des

actions, etc.) et qui leur déplaît est une autre source de conflits. Enfin, beaucoup de conflits tournent autour des responsabilités relatives à la prise en charge.

Lorsqu'on ne parvient pas à les résoudre de manière appropriée, ces conflits peuvent avoir un impact négatif sur toutes les parties impliquées. L'établissement perd auprès des proches son image de centre de compétence; cela peut même entraîner le départ du résident ou un changement d'institution à l'initiative des proches. Pour les collaborateurs, les proches susceptibles de provoquer des conflits peuvent être une source de stress permanent dès qu'ils se manifestent personnellement ou par téléphone – ce qui peut inciter à les tenir à distance (Bauer 2006). De plus, le personnel a l'impression que les interactions avec les proches prennent beaucoup de temps et apprécie peu d'être interrompu dans son activité de soin (Utey-Smith et coll. 2009). On ne peut pas non plus exclure que les résidents souffrent des rapports conflictuels entre le personnel et leur famille.

## 5.2 Gestion et prévention

La gestion des conflits avec les proches devrait passer par l'application de principes fondamentaux tels que la transparence, l'implication dans la planification des soins et une vaste communication. L'entretien de réseau avec des personnes de référence peut également constituer un instrument important pour améliorer l'intégration des proches.

Plus précisément, les techniques de communication et de désescalade utilisées dans les situations conflictuelles doivent être suffisantes (empathie, écoute active, estime de l'avis de l'autre, etc.). Si ce n'est pas le cas, il est conseillé de s'adjoindre les services d'une tierce personne, si possible neutre – et avec des connaissances reconnues dans le domaine de la médiation – qui pourra assurer l'arbitrage de la situation problématique.

Une méthode inhabituelle, qui met néanmoins en évidence toute l'urgence du problème, a été appliquée au cours d'une étude américaine. Dans ce cadre, les chefs de projet ont enseigné au personnel et aux proches

des techniques de communication et de résolution des conflits (Pillemer et coll. 2003). Les résultats de l'étude révèlent qu'au bout de deux et même six mois, on pouvait constater dans les deux groupes que chaque groupe comprenait mieux la manière de voir et la situation problématique de l'autre.

D'après sa propre expérience acquise lors d'un projet mené dans un établissement de soins de longue durée en Suisse, l'auteur recommande également de clarifier le rôle du personnel soignant et d'accompagnement avec les proches. De nombreux proches n'ont pas conscience que les soignants assument en dernier recours la responsabilité lors de mesures restrictives de liberté, par exemple, et qu'ils n'ont pas à tenir compte des critiques formulées à l'encontre des connaissances dans le domaine des soins et de l'éthique.

Enfin, soulignons le concept relatif aux proches que Curaviva a élaboré pour les établissements de soins de longue durée.



# 6

## Recommandations générales concernant les actions à mener: concepts et formations



D'une manière très générale, il convient de souligner à nouveau la grande importance de posséder des connaissances et compétences concernant certains tableaux cliniques en présence d'agressions impliquant les résidents. Cela vaut avant tout pour les tableaux neuropsychiatriques ou gérontopsychiatriques qui, au quotidien, posent perpétuellement de grands défis aux collaborateurs. Malheureusement, on continue de constater aussi un manque de compétences dans la gestion de la démence lors de tableaux de cliniques tels que la dépendance alcoolique et l'abus d'alcool, la dépression, le délire ou l'accident vasculaire cérébral. Il est indispensable de comprendre la maladie et ses conséquences comportementales pour pouvoir gérer de manière appropriée les agressions. Des événements organisés régulièrement avec l'équipe sur cette thématique peuvent également contribuer à améliorer la situation.

Pour gérer de manière adéquate et permanente la problématique des agressions, nous conseillons de développer un concept ou des recommandations spécifiques adaptées à l'établissement, dans lequel tous les types d'agressions survenant dans les institutions sont décrits en détail et abordés de manière préventive. De tels concepts ont déjà été élaborés en Suisse pour des établissements de soins de longue durée (Zeller & Heinzer 2010).

Un concept ou des recommandations sur ce sujet pourrait avoir la structure suivante:

- description du problème
- identification des événements où il y a menace d'agression et évaluation des risques
- documentation des incidents agressifs
- devoirs d'information vis-à-vis des collègues et responsables hiérarchiques
- directives relatives au comportement à adopter
- scénarios d'urgence
- mesures de prévention
- suivi et prise en charge ultérieure
- gestion des cas de comportement agressif observés par le personnel soignant et d'accompagnement

Des normes de soin pour la gestion des comportements agressifs chez les résidents ou l'usage de mesures restrictives de liberté peuvent être élaborées à partir de ce concept.

Un tel concept pourrait par ailleurs être associé à une enquête sur les compétences actuelles des collaborateurs en matière de tenue d'entretien et de désescalade. Ce faisant, il conviendra également de prêter attention aux capacités linguistiques et à l'attitude face aux résidents agressifs des membres du personnel issus de tous les milieux culturels.

Il est vivement recommandé de former les collaborateurs à ces compétences. Comme nous avons pu le voir au travers des explications précédentes, les principes de base de la désescalade sont précieux à différents égards. Les stratégies et techniques d'évitement des conflits aident aussi bien à gérer les résidents agressifs que les conflits menaçants avec les proches. A ce jour, les formations systématiques visant à transmettre ces compétences ne sont que sporadiques dans le domaine des soins de longue durée. En Suisse, de tels cours et formations sont également proposés dans des hautes écoles ou auprès de formateurs indépendants.

Pour mieux gérer le stress psychosocial du personnel dû notamment – mais pas uniquement – au comportement agressif des résidents, des procédés comme la supervision ou l'intervision doivent être davantage proposés au sein des établissements de soins de longue durée. Un manque de possibilités d'échange allant au-delà de la routine de travail est souvent à déplorer dans ces institutions. L'expérience acquise dans d'autres secteurs du système de santé a pourtant montré que de tels instruments permettent de réduire le stress et les potentiels de conflit.

# 7

## Annexe

## 7.1 L'auteur



Dirk Richter est maître de conférences en recherche appliquée et développement de l'Institut de soins infirmiers de la Haute école spécialisée bernoise (BFH). Après une formation d'infirmier, puis une expérience professionnelle, Dirk Richter a étudié la sociologie (doctorat et habilitation). Il a ensuite travaillé pendant longtemps en tant que chercheur et responsable qualité dans une clinique psychiatrique. Dirk Richter travaille désormais à la BFH depuis 2009.

## 7.2 Les membres du groupe de résonance

La création de ce livret thématique a été accompagnée par les personnes suivantes, qui ont joué un rôle de conseiller:

- Anne Fankhauser, responsable du département Activation du centre de vie et de soins de Fischermätteli (Köniz)
- Regula Schmitt-Mannhart, médecin spécialiste en médecine interne (avec une spécialisation en gériatrie) de la Fondation tilia pour les soins de longue durée (Köniz)
- Sari Wettstein, directrice du Domicil Steigerhubel (Berne)

## 7.3 Bibliographie

- Abderhalden C. & Gurtner C. (2007). Wie reliabel ist die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC) zur Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos? In: M. Schulz, C. Abderhalden, I. Needham, S. Schoppmann & H. Stefan (Eds.), *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung: Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel* (S. 105–109). Unterostendorf: Ibicura.
- Abrahamson K., Sutor J. J. & Pillemer K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase burnout? *Journal of Ageing and Health*, 21, 895–912.
- Anderson C. A. & Bushman B. J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51.
- Anderson C. A. & Carnagey N. L. (2004). Violent evil and the general aggression model. In: A. G. Miller (Ed.), *The Social Psychology of Good and Evil* (S. 168–192). New York/London: Guilford Press.
- Bauer M. (2006). Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 45–52.
- Berkowitz L. (1993). *Aggression: Causes, Consequences and Control*. New York: McGraw Hill.
- Bohn F. (2010). *Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.
- Camerino D., Estry-Behar M., Conway P. M., Van der Heijden B. & Hasselhorn H.-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 35–50.
- Castle N. G. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 340–356.
- Cooper C., Selwood A. & Livingston G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151–160.
- Daly J. M. (2011). Evidence-based practice guideline: Elder abuse prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 37, 11–17.
- Daly J. M., Merchant M. L. & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 348–365.
- de Haan W. (2008). Violence as an essentially contested concept. In: S. Body-Gendrot & P. Spierenburg (Eds.), *Violence in Europe* (S. 27–40). New York: Springer.
- DeHart D., Webb J. & Corman C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: Competencies for direct-care staff. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 360–378.
- Dettmore D., Kolanowski A. & Boustani M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Gerontological Nursing*, 30, 8–17.
- DGPPN/DGN. (2009). *S3-Leitlinie «Demenzen»*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde/Deutsche Gesellschaft für Neurologie.
- Estry-Behar M., van der Heijden B., Camerino D., Fry C., Le Nezet O., Conway P. M., et al. (2008). Violence risks in nursing – results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107–114.
- Fischer T., Kuhlmeier A., Sibbel R. & Nordheim J. (2008). Die deutsche Fassung der «Serial Trial Intervention» (STI-D). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 21, 199–203.
- Görgen T. Gewalt gegen alte Menschen im stationären Bereich. Abgefragt am 15.10.2012, von [http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege\\_saarland/literatur/pdfs/gewalt\\_o3.pdf](http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/pdfs/gewalt_o3.pdf)

- Iecovich E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34, 73–88.
- Kuhlmei A. (2010). Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI – D). Berlin: Charité-Universitätsmedizin Berlin.
- Lindenmann R. (2012). Aggressionsergebnisse in Pflegeheimen. In: G. Walter, J. Nau & N. Oud (Eds.), *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (412–419). Bern: Huber.
- Miranda H., Punnett L., Gore R. & Boyer J. (2011). Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 52–57.
- Morales-Vives F. & Vigil-Colet A. (2012). Are old people so gentle? Functional and dysfunctional impulsivity in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 24, 465–471.
- Nijman H. L. I., Palmstierna T., Almvik R. & Stolker J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: A review. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 172–175.
- Payne B. K. & Fletcher L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33, 119–125.
- Pickens S. & Halphen J. M. (2011). Elder mistreatment in the long-term care setting. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 19, 30–35.
- Pillemer K., Chen E. K., Van Haitsma K. S., Teresi J., Ramirez M., Silver S., et al. (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52, 24–33.
- Pillemer K. & Moore D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29, 314–320.
- Pillemer K., Suitor J. J., Henderson C. R., Meador R., Schultz L., Robison J., et al. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members. *The Gerontologist*, 43 (Special Issue II), 96–106.
- Pulsford D. & Duxbury J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: A review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 611–618.
- Pulsford D., Duxbury J. & Hadi M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 97–104.
- Richter, D. (1999). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg: Lambertus.
- Richter D. (2006). Non-physical conflict management and de-escalation. In: D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (125–144). New York: Springer.
- Richter, D. (2007). Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter: Theorie, Empirie, Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter D. (2011). How to De-escalate a Clinical Risk Situation to Avoid Coercive Measures. In: T. Kallert, J. Mezzich & J. Monahan (Eds.), *Coercive Treatment in Psychiatry* (57–79). London: Wiley.
- Richter D. (2012a). Prävention psychischer Folgen und Nachsorge nach Gewaltereignissen im Gesundheitswesen. In: G. Walter, J. Nau & N. Oud (Eds.), *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (427–451). Bern: Huber.

- Richter D. (2012b). Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: G. Walter, N. Oud & J. Nau (Eds.), *Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (67–88). Bern: Huber.
- Richter D. (2012c). Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Psych. Pflege heute*, 18, 13–17.
- Richter D. & Berger K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter: Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt*, 80, 68–73.
- Richter D. & Needham I. (2007). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34, 7–14.
- Richter D. & Sauter D. (1997). Patiententötungen und Gewalttate durch Pflegekräfte: Beweggründe, Hintergründe, Auswege. Eschborn: DBfK-Verlag.
- Rosen T., Lachs M. S., Bharucha A. J., Stevens S. M., Teresi J. A., Nebres F., et al. (2008). Resident-to-Resident Aggression in Long-Term Care Facilities: Insights from Focus Groups of Nursing Home Residents and Staff. *Journal of the American Geriatric Society*, 56, 1398–1408.
- Rosen T., Pillemer K. & Lachs M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behaviour*, 13, 77–87.
- Schiemberg L. B., Barboza G. G., Oehmke J., Zhang Z., Griffore R. J., Weatherill R. P., et al. (2011). Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 190–211.
- SGG. (2011). Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Bern: Schweizerische Gerontologische Gesellschaft.
- Shinodo-Tagawa T., Leonard R., Pontikas J., McDonough, J. E., Allen D. & Dreyer P. I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291, 591–598.
- Soreff S. (2012). Violence in the nursing homes: Understandings, management, documentation and impact of resident to resident aggression [Electronic Version]. *Essential Notes in Psychiatry*.
- Utey-Smith Q., Colon-Emerich C. S., Lekan-Rutledge D., Ammarell N., Bailey D., Corazzini K., et al. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23, 168–177.
- Vinton L. & Mazza N. (1994). Aggressive behavior directed at nursing home personnell by resident family members. *The Gerontologist*, 34, 528–533.
- Vinton L., Mazza N. & Kim Y.-S. (1998). Intervening in family-staff conflicts in nursing homes. *Clinical Gerontologist*, 19, 45–68.
- Zeller A., Dassen T., Kok G., Needham I. & Halfens R. J. G. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, online.
- Zeller A., Hahn S., Needham I., Kok, G., Dassen T. & Halfens R. J. G. (2008). Aggressive behaviour of nursing home residents towards caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30, 174–187.
- Zeller A. & Heinzer M. (2010). Aggression im Alters- und Pflegeheim: Ein Konzept bietet Unterstützung. *Nova-cura* (H. 9/10), 23–25.

## 7.4 Documents complémentaires

Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)  
(versions allemande)  
[http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/8\\_2\\_3a.pdf](http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/8_2_3a.pdf)

Brøset Violence Checklist (BVC) (version allemande)  
[http://www.needham-abderhalden.ch/html/body\\_bvc-ch.html](http://www.needham-abderhalden.ch/html/body_bvc-ch.html)

G. Walter, J. Nau & N. Oud (Hrsg.), Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Berne: Huber 2012.

Roulet Schwab, D., & Rivoir, A. (2011). Maltraitance des personnes âgées. Représentations et gestion de la problématique dans les institutions. Rapport de recherche réalisé par la HEdS-La Source, sur mandat de l'Association Alter Ego et avec le soutien de la Fondation Leenaards.  
Accès <http://www.ecolelasource.ch/la-source/actualites/89-actualites/691-maltraitance-des-personnes-agees-parution-dun-nouveau-rapport.html> et <http://www.alter-ego.ch/94#rapport> juillet 2011

Alter ego, Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, Suisse romande et Tessin, [www.alter-ego.ch](http://www.alter-ego.ch)











Les comportements agressifs sont un phénomène fréquent dans les établissements de soins de longue durée. Le personnel comme les résidents peuvent être victimes d'agressions physiques ou verbales. Basé sur les publications récentes de travaux de recherche, ce cahier thématique dresse un tableau nuancé de la problématique et offre des conseils pour prévenir, éviter et gérer les comportements agressifs.

**CURAVIVA.CH**

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ  
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES  
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI  
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

CURAVIVA Suisse · Zieglerstrasse 53 · 3000 Berne 14 · Téléphone +41 (0)31 385 33 33 · [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) · [info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)