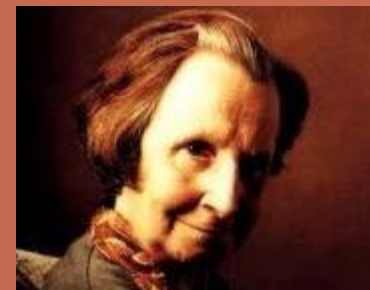


**VIOLENCE, MALTRAITANCE DES
SOIGNANTS PAR LES RÉSIDENTS EN
ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL :
REGARDS, ÉTUDE ET RESPONSABILITÉS
DU DIRECTEUR**

**12^{ème} congrès
de l'EDE,
Prague,
30.09.2011**

**Sandrine
Heuls,
SUISSE**

**Avec la
complicité de
Tatie Danielle**



CONNAISSEZ-VOUS TATIE DANIELLE?



QUELQUES QUESTIONS....



- Tatie Danielle a-t-elle des troubles cognitifs?
 - Si oui, cela excuse-t-il ses réactions, ses comportements?
- Est-ce que Tatie Danielle occupe ses journées en «embêtant» les autres, parce qu'elle s'ennuie (... de son mari Edouard?) et que ça donne un sens à sa vie?
- Et si Tatie Danielle devait entrer en EMS?
 - Culpabilité de la famille
 - Refus d'être placée en institution
 - Difficulté à se plier aux règles de la vie en communauté
 - Opposition systématique aux décisions qu'elle n'a pas prises elle-même
- Faut-il respecter Tatie Danielle?
 - Oui, toujours!
 - Mais comment faire pour rester professionnel et prévenir l'épuisement et le risque de la maltraiter?

LE RESPECT : COMPORTEMENT OU SENTIMENT ?

STRAUSER JOËLLE, « GRAMMAIRE DU RESPECT »

- Le respect comme attitude (domaine professionnel) :
 - Comportement acquis
 - Mu par la volonté de suivre les règles de bienséance ou par la considération liée à un rang, un âge, un sexe, un métier
 - Ou par celle de ne pas blesser l'autre, de se retenir de dire ce que l'on pense
- Le respect comme sentiment (domaine personnel) :
 - Plus intuitif, appartient plutôt au registre émotionnel
 - S'impose à nous : «*forcer le respect*»

- Dans la relation de soin, le professionnel doit toujours avoir des attitudes respectueuses, le patient peut les avoir perdues ou ne plus être motivé à les mettre en application... mais peut-il les retrouver?

TATIE DANIELLE N'A PAS (OU PEU) DE TROUBLES COGNITIFS



DONC ELLE «SAIT» CE QU'ELLE FAIT... ?

- Elle le fait exprès?
- Le soignant pourrait être tenté d'instaurer une relation «œil pour œil, dent pour dent»
- Il aura de la peine à fixer les limites, on observera plutôt des comportements d'évitement dans l'équipe, on verra apparaître des «alliés» de la patiente

LE RÔLE DU DIRECTEUR

- Fixer les limites au patient
- Médiation
- Garantir le cadre du respect de chacun, préserver la santé de ses collaborateurs
- Instaurer une attitude de pratique réflexive dans l'équipe : que vit la patiente, que recherche-t-elle, comment vit-elle l'institutionnalisation, qu'est-ce qui peut la motiver à ce type de modalité relationnelle?
- Prévenir la maltraitance, qui est un risque du métier
- Différencier les types de respect et travailler sur l'aspect «attitudes» plutôt que «sentiment» (par ex. en déculpabilisant le professionnel si le *sentiment* de respect n'est pas présent)

TATIE DANIELLE A DES TROUBLES COGNITIFS



DONC ELLE SE DÉFEND... ?

- Elle ne le fait pas exprès?
- Le soignant aura tendance à penser que c'est «normal», il pourrait tolérer et s'épuiser
- Il pourrait attribuer cela à la vieillesse, à la maladie («faiblesse») et enfermer la patiente dans sa représentation de personne incapable d'apprentissage
- Risque élevé de tensions et de maltraitance

LE RÔLE DU DIRECTEUR

- Formation du personnel : troubles cognitifs et méthodes relationnelles, méthodes de soins (prévention des situations d'agressivité provoquées par un soin trop intrusif)
- Mise en place de supervisions par le psychiatre
- Instauration de stratégies de repos pour le personnel (tournus, changement d'équipe si le patient est trop «difficile»)
- Prévenir la maltraitance, qui est un risque du métier : créer des espaces de parole où le collaborateur peut exprimer ce que lui fait ressentir la situation

QUOI QU'IL EN SOIT

Si le directeur admet que le risque de violence de la part du patient existe, le collaborateur se sentira autorisé à en parler et les situations seront traitées à temps, le risque qu'elles dégénèrent sera fortement réduit...

- Thématiser en équipe
- Formation / maltraitance
- Sensibilisation du personnel encadrant (! «loi du silence»)
- Pas de banalisation du phénomène
- Interventions graduées, souvent une rencontre avec un responsable suffit.

... car ce n'est pas une problématique à prendre à la légère

UNE ÉTUDE DE LA PROBLÉMATIQUE DES VIOLENCES SUBIES PAR LES SOIGNANTS, PRINTEMPS 2008

- L'importance de l'anonymat
 - L'intérêt de pouvoir interroger les soignants de 3 établissements différents
 - Les différentes parties du questionnaire : comment on passe du manque de respect aux phénomènes de maltraitance
 - Les variables significatives : âge, formation, ancienneté
-
- 34 participants à l'étude

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les soignants (ceux qui sont plutôt diplômés et expérimentés) ont remarqué un changement dans la relation thérapeutique, une exigence plus marquée de la part des résidents.
- Les soignants «non-diplômés » sont plus tolérants, les «diplômés» mettent plus facilement des limites.
- Les soignants manquent de cadres de références pour faire face à cette évolution de la relation thérapeutique.

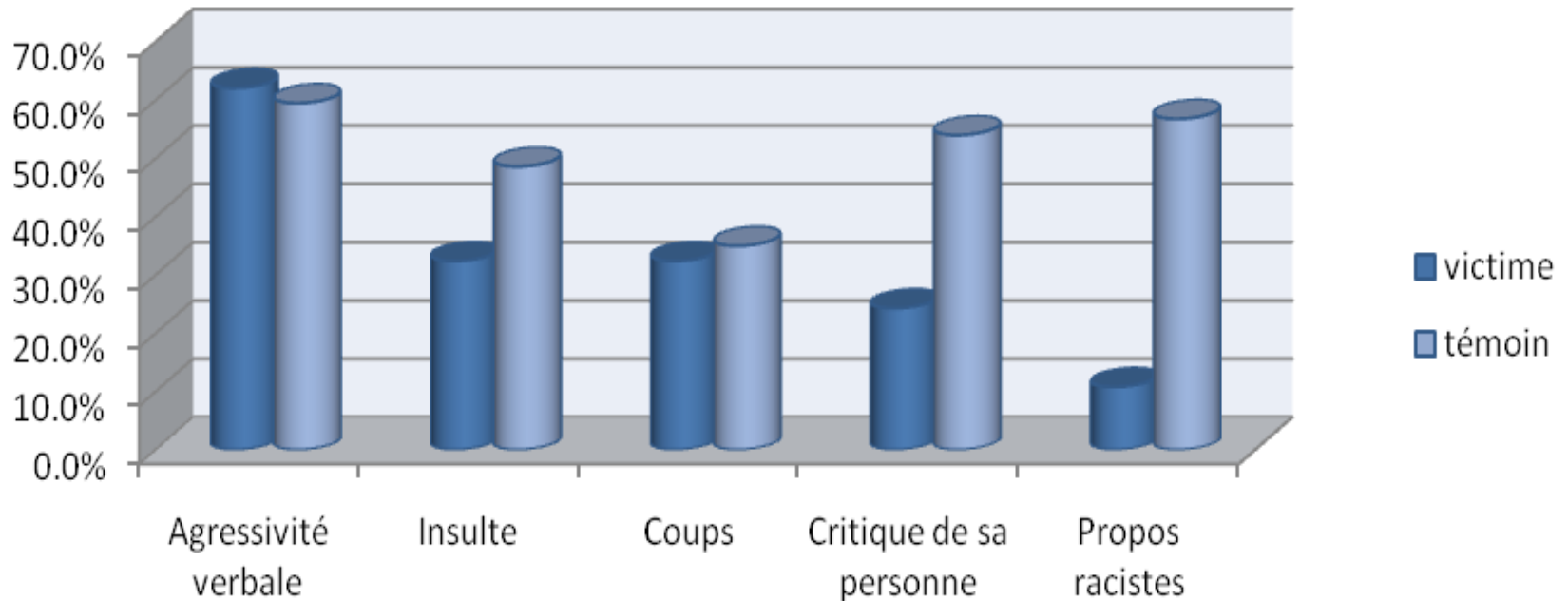
LA MALTRAITANCE DES SOIGNANTS EN CHIFFRES, LE DOUBLE STANDARD TÉMOIN/VICTIME

Réponses aux questions

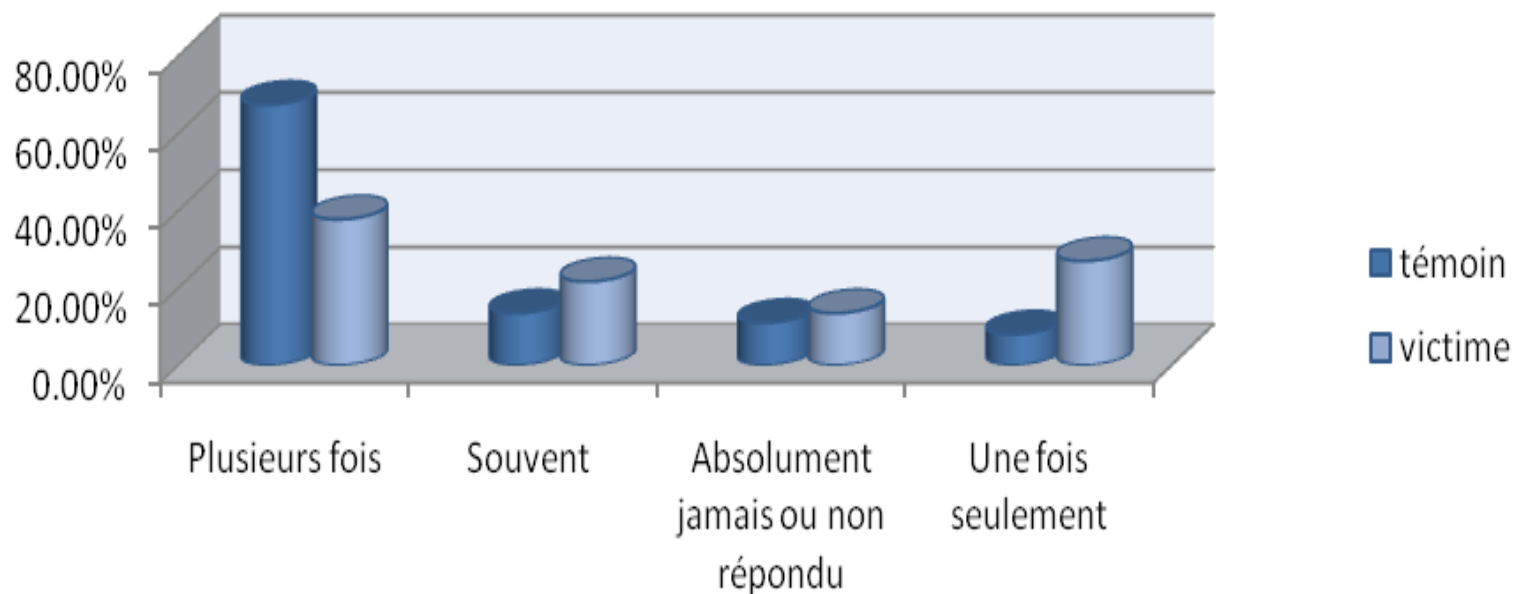
-Vous est-il arrivé d'être témoin qu'un de vos collègues subisse de la part d'un résident

-Vous est-il arrivé d'avoir subi de la part d'un résident

Réponses cumulées : 90% témoins, 90% victimes

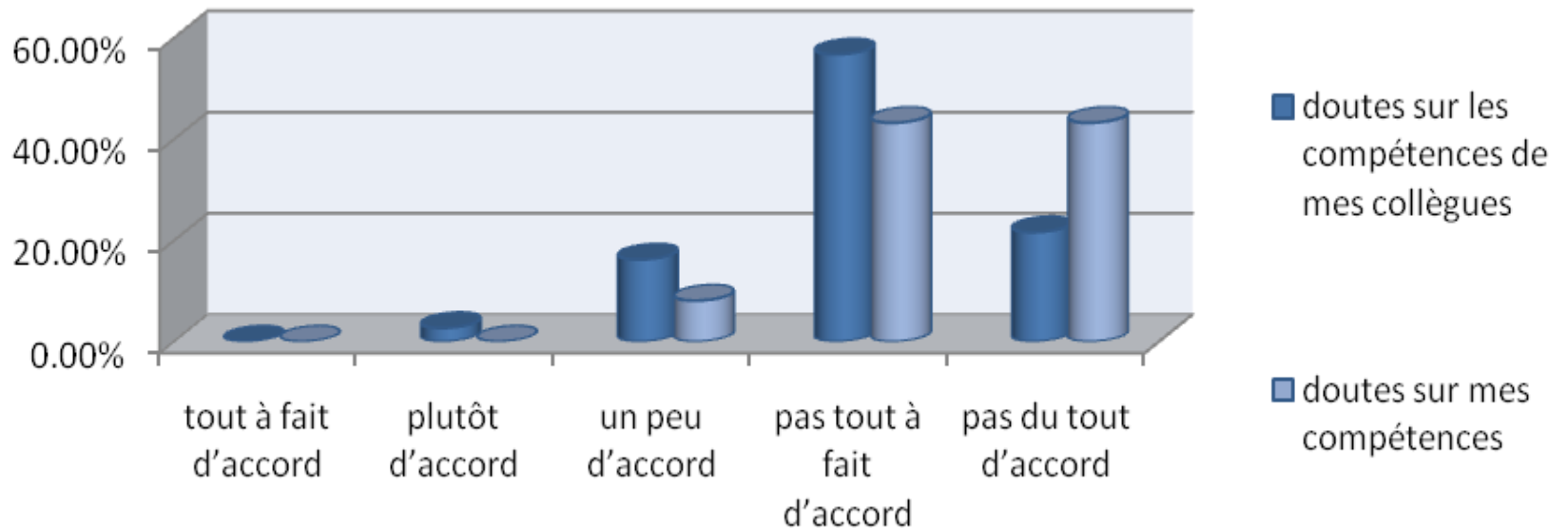


QUI SE CONFIRME SUR LA FRÉQUENCE DES INCIDENTS



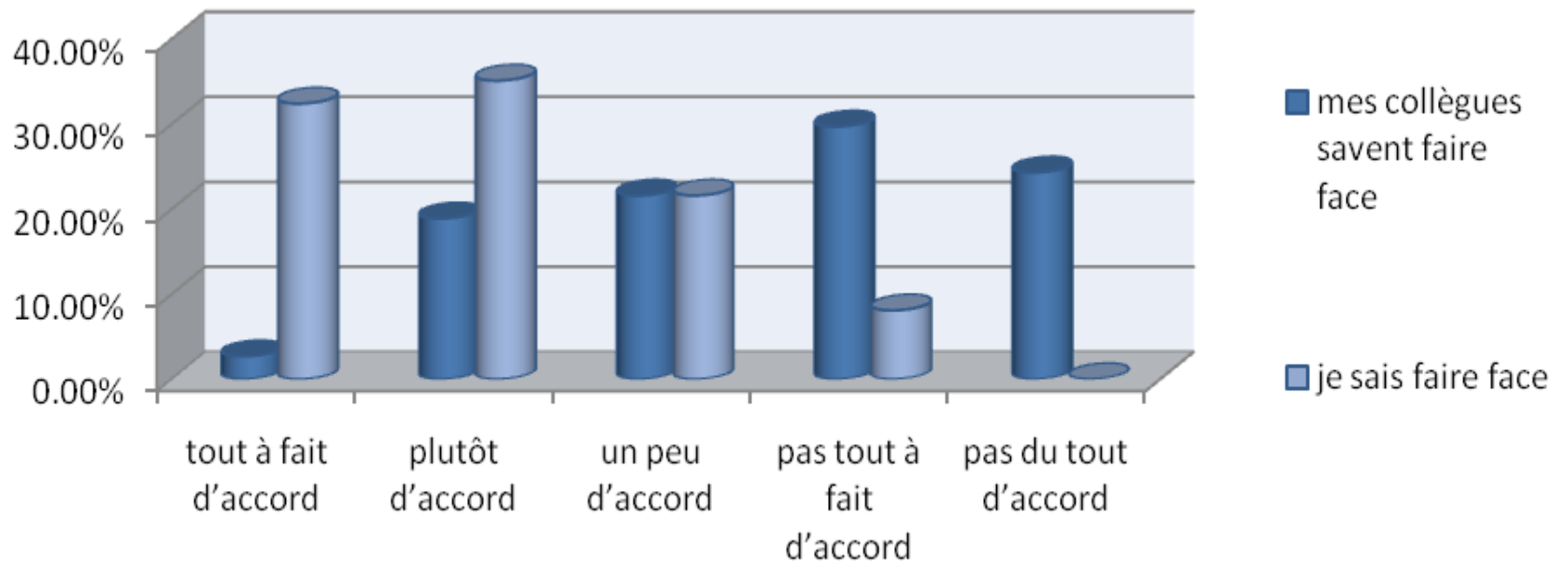
LES SOIGNANTS ENTRE EUX : UN PROBLÈME DE CONFIANCE...

Réponses à la question sur l'existence de doutes sur mes compétences / celles de mes collègues si un résident montre des marques de manque de respect



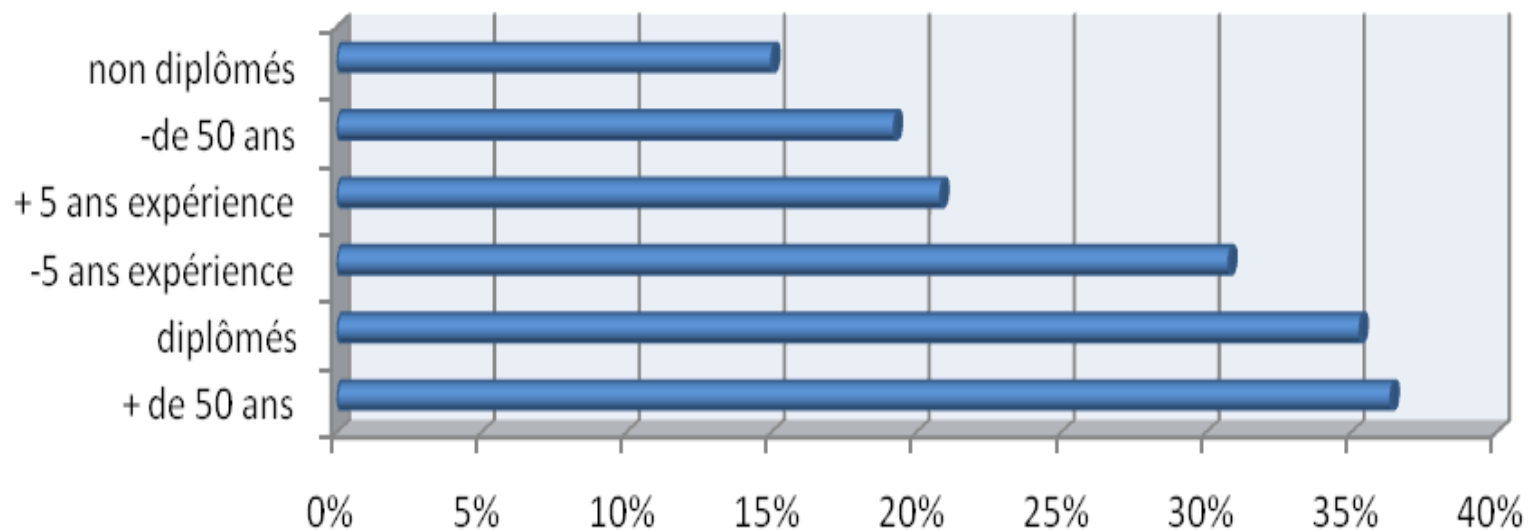
QUI SE CONFIRME...

Réponses à la question sur mes capacités à faire face au manque de respect de la part des patients / celles de mes collègues

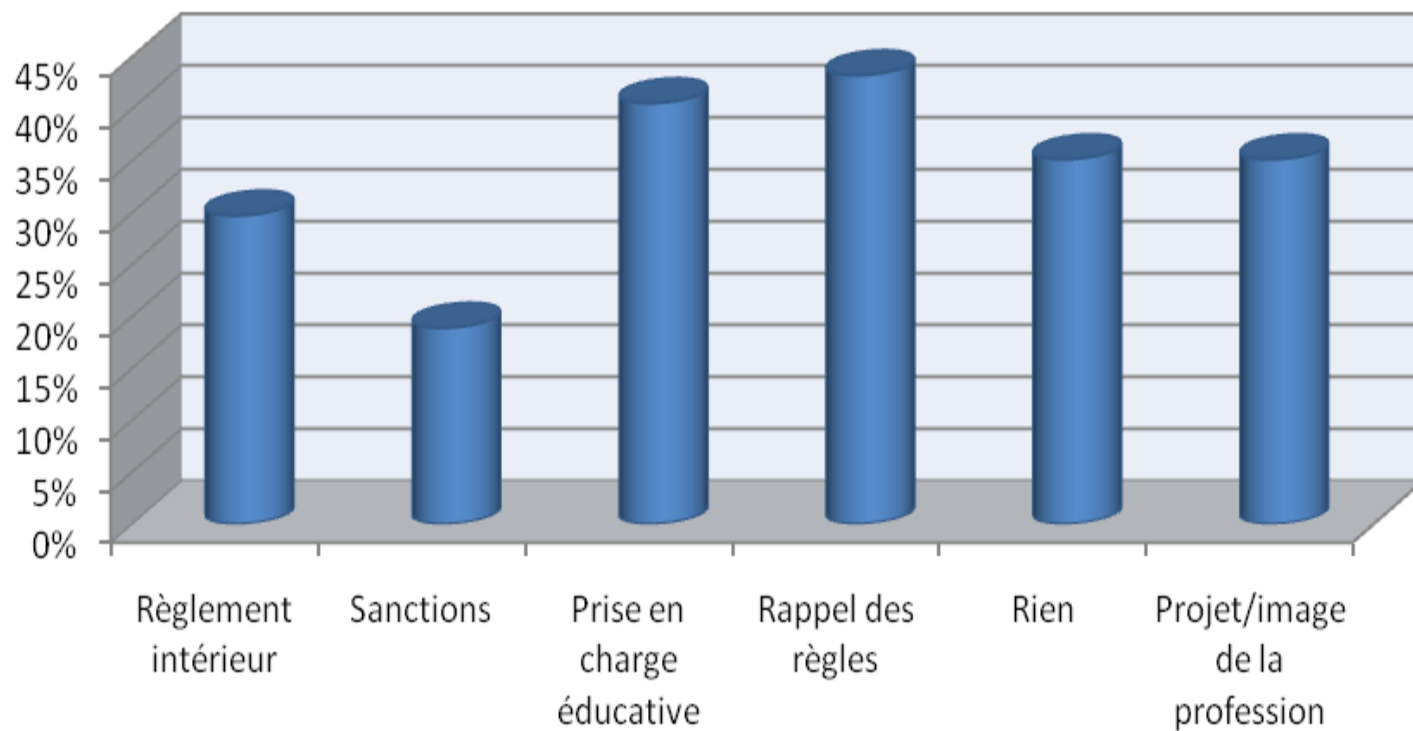


QUI N'EST «PAS DU TOUT D'ACCORD» ?

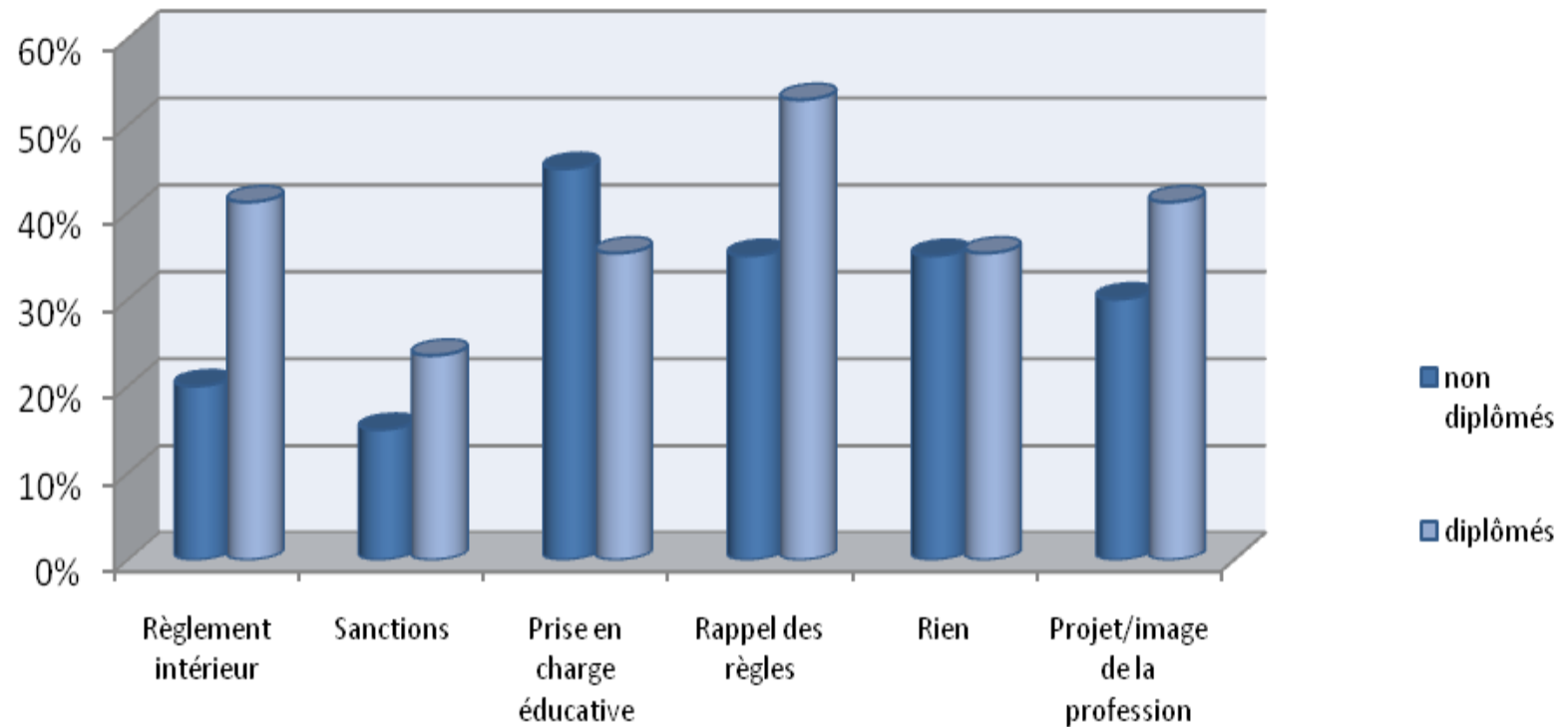
POUR L'AFFIRMATION «MES COLLÈGUES DISPOSENT DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR FAIRE FACE AU MANQUE DE RESPECT DE LA PART DES RÉSIDENTS»



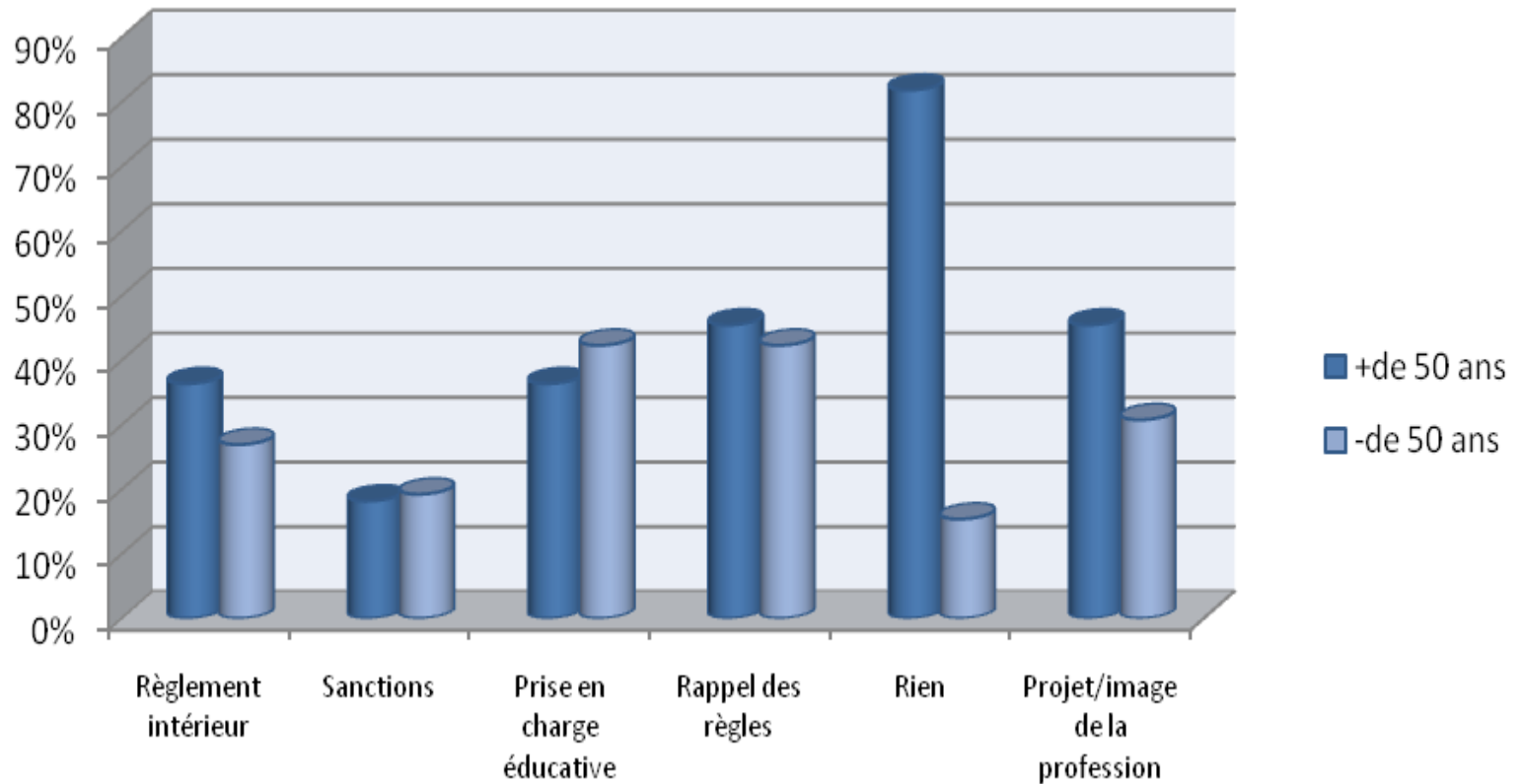
LES «SOLUTIONS» SELON LES PROFESSIONNELS INTERROGÉS



LES DIPLÔMÉS : PLUS DANS L'ATTITUDE QUE DANS LE SENTIMENT?



LES PROFESSIONNELS DE PLUS DE 50 ANS DÉTABUSÉS...?



CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE -1-

- Les soignants en EMS ont remarqué un changement dans la relation thérapeutique : les résidents seraient plus exigeants. Les personnes diplômées et expérimentées remarquent plus que les autres des attitudes de manque de respect. Les soignants mettent en lien cette évolution plutôt avec l'évolution générale de la société qu'avec les spécificités du monde médico-social.
- Les personnes diplômées et non diplômées ne justifient pas de la même manière ces attitudes de manque de respect : les non-diplômés sont plus tolérants et attribuent les débordements à la maladie, donc les excusent plus facilement tandis que les diplômés marquent plus la limite entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE -2-

- Les soignants sont massivement victimes de maltraitance de la part des soignés : 90% d'entre eux déclarent être victime et témoin de phénomènes de violence. Ces phénomènes ne sont pas les mêmes si le soignant se situe comme victime ou comme témoin : quand on l'interroge comme témoin, le soignant dénonce plus de choses, notamment les propos racistes. Ceci laisse présager que même dans une enquête anonyme, les soignants victimes ne dévoilent pas tout ce qu'ils subissent.
- Le risque de burn-out, déjà présent dans la profession est aggravé par ces phénomènes et par les problèmes de distance thérapeutique, avec la difficulté de poser des limites en cas de comportements de manque de respect de la part de résidents.

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE -3-

- Pour faire face à ces situations, les soignants n'ont pas la même estimation de leurs compétences et de celles de leurs collègues : ils s'estiment bien plus compétents et mieux préparés que leurs collègues. Ils ne font pas assez confiance aux personnes avec qui ils travaillent.
- Certains soignants voient le patient comme un être malade uniquement et donc peu ou pas capable d'apprentissage et de changements dans ses attitudes. Cette position est éthiquement discutable et peut compromettre la qualité des prestations de soin et de la relation thérapeutique.
- Les collaborateurs de plus de 50 ans semblent être dans une attitude de résignation par rapport à ces situations. Ils sont les seuls à déclarer massivement qu'il vaut mieux ne rien chercher à faire pour améliorer la situation et adopter une position d'acceptation.

FINALEMENT...

- Une confirmation des phénomènes de maltraitance
- Une hypothèse de compréhension des phénomènes de violence de la part des soignants
- Une mise en évidence du manque de concepts que les soignants peuvent mobiliser, une spécificité des établissements pour personnes âgées?

Évolution du rôle de directeur :

- Amélioration du statut et des droits du patient
- Transformation de la relation thérapeutique... vers une relation de clientélisme?
- Vigilance quant aux risques du métier : épuisement et maltraitance doivent être des sujets régulièrement abordés et désacralisés et jamais des sujets tabous!

**LA TOLÉRANCE NE DEVRAIT ÊTRE QU'UN ÉTAT TRANSITOIRE. ELLE DOIT
MENER AU RESPECT.**

TOLÉRER C'EST OFFENSER.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

EXTRAITS DE MAXIMES ET RÉFLEXIONS

