
**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

**Les enjeux des comportements
défensifs des résidents
pour la qualité de vie en EHPAD**

-

Mieux comprendre pour prévenir et agir

-

Anne-Laure BUTAULT

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels et des résidents de l'établissement les Jardins du Castel pour leur accueil et leur bienveillance durant mon stage.

Merci à celles et ceux qui ont accepté de témoigner pour ce mémoire. Sans vous, il n'aurait pu être aussi riche.

Un merci tout particulier à Michel BARBÉ. Son accompagnement et ses conseils durant ces huit mois de stage ont été précieux. A une collaboration que j'espère longue et fructueuse.

Mes remerciements vont également à Christelle ROUTELOUS, pour m'avoir suivie et accompagnée dans ce subtil sujet.

Merci enfin à toutes les personnes qui m'ont soutenu lors de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
 1 Le comportement de défense, un phénomène complexe reflétant de multiples enjeux de l'institution.....	7
1.1 Le comportement défensif : de quoi parle-t-on ?	7
1.1.1 Un champ lexical précis et pourtant nébuleux	7
1.1.2 Un contexte institutionnel porteur de violence	9
1.2 Des comportements issus d'une combinaison de facteurs individuels et environnementaux	10
1.2.1 Les personnes âgées en EHPAD : un public hétérogène	10
1.2.2 L'institution, un environnement potentiellement source de défense	12
1.3 La défense, d'une réaction individuelle aux répercussions institutionnelles	14
1.3.1 Une réaction de mal-être pouvant concourir à l'enrayer ou le renforcer pour le résident-émetteur	15
1.3.2 Une réaction individuelle ayant des conséquences néfastes pour la qualité de vie en EHPAD	16
1.4 Un cadre réglementaire peu disert sur ce phénomène	19
1.4.1 L'avènement du paradigme de l'utilisateur « au centre du dispositif »	19
1.4.2 Une bien-traitance à sens unique ?	20
 2 L'EHPAD « Les Jardins du Castel », un établissement engagé dans des démarches préventives et actives mais pourtant encore concerné par les comportements défensifs.....	23
2.1 L'EHPAD «Les Jardins du Castel» de Châteaugiron	23
2.1.1 Informations générales.....	23
2.1.2 L'EHPAD : un lieu de vie pour les résidents	24
2.1.3 L'EHPAD : un lieu de travail des agents.....	25

2.2	Un établissement déjà sensibilisé sur les comportements défensifs	27
2.2.1	La prévention de la défense à travers l'adaptation de l'accompagnement ..	27
2.2.2	Une gestion du comportement défensif en lien avec le circuit informationnel.	29
2.3	Des réactions défensives qui perdurent toutefois dans l'EHPAD	30
2.3.1	L'analyse transversale de ce phénomène au niveau de l'établissement	30
2.3.2	Une typologie spécifique à chaque pôle : une défense plus orale au pôle Maison de retraite, une défense plus physique au pôle Alzheimer	33
2.4	Étude d'un phénomène singulier à chaque service du fait d'un niveau de dépendance variable	35
2.4.1	Dans les services du pôle Maison de Retraite : une forte hétérogénéité de la défense avec de multiples professionnels concernés	36
2.4.2	Dans les services du pôle Alzheimer : une défense à gérer de jour comme de nuit pour les soignants	38
3	Les éléments de réflexion pour agir sur les sources de comportements défensifs : l'importance d'une approche préventive et active auprès des résidents et professionnels	41
3.1	Créer un lieu de vie apaisant pour les personnes accueillies	41
3.1.1	Sécuriser le résident lors de son entrée en EHPAD.....	41
3.1.2	Privilégier l'organisation en petites unités de vie	43
3.2	Renforcer l'approche relationnelle et holistique auprès du résident	45
3.2.1	Former en continu : un outil d'autonomisation des professionnels	45
3.2.2	Agir à travers la communication pour renforcer la pluridisciplinarité	47
3.3	Assurer une politique managériale de soutien des professionnels	49
3.3.1	Le suivi de proximité par l'équipe d'encadrement	49
3.3.2	Les ressources externes de soutien	51

3.4	Œuvrer au-delà des murs : une collaboration territoriale autour de la personne âgée	53
3.4.1	L'EHPAD hors les murs grâce aux partenariats gériatriques	54
3.4.2	Le GHT, une opportunité de collaboration avec la filière soin ?	56
Conclusion.....		57
Sources et bibliographie.....		59
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

ADMR : aide à domicile en milieu rural

AJ : accueil de jour

AMP : aide médico-psychologique

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant

ASG : assistant en soins gériatriques

ASH : agent de service hospitalier

ASV : adaptation de la société au vieillissement

CAA : cour d'appel administrative

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CH : centre hospitalier

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CORSSi : centre opérationnel de réception et de régulation des signaux

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI : évènement indésirable

EPSM : établissement public de santé mentale

ERE : espace de réflexion éthique

ETP : équivalent temps-plein

FSEI : fiche de signalement des évènements indésirables

GHT : groupement hospitalier de territoire

GMP : Groupe Iso-Ressource moyen pondéré

GPP : groupe patients proches

IDE : infirmier diplômé d'État

INRS : institut national de recherche et de sécurité

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

HAS : haute Autorité de Santé

MND : maladie neuro-dégénérative

OMS : organisation mondiale de la santé

ONVS : observatoire national des violences en santé

PAP : projet d'accompagnement personnalisé

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

PE : projet d'établissement

PSI : projet de Soin Informatisé

QVT : qualité de vie au travail

RBPP : recommandations de bonnes pratiques professionnelles

RDC : rez-de-chaussée

RPS : risques psycho-sociaux

Introduction

L'année 2016, à travers les attentats, nous rappelle que la violence n'épargne aucune société. Si cette actualité marque les esprits, elle reste fort heureusement ponctuelle, de l'ordre de l'épiphénomène.

La violence dans une société s'exerce toutefois à différents degrés. Elle est protéiforme, définie selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir [...] qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations »¹. La violence s'inscrit également dans des contextes particuliers : social, urbain, carcéral, politique, professionnel, etc. La médiatisation dont elle fait l'objet actuellement illustre la sensibilité des citoyens concernant ce sujet².

Le champ de la santé, à travers ses établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, n'est pas épargné : violence institutionnelle, maltraitance, agressivité des usagers, etc. Tous les acteurs peuvent être concernés. En juillet 2016, la cour d'appel administrative (CAA) de Douai a par exemple confirmé la révocation d'un agent d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour comportement agressif et mise en danger de résidents³.

Travailler sur la violence dans les institutions médico-sociales nous est apparu intéressant du fait de la contradiction entre la nature de l'institution et sa production potentielle de violence. En effet, l'institution désigne une structure organisée ayant pour fonction de maintenir un état social. En ce sens, Arendt dit qu'elle « donne un semblant d'éternité à l'instabilité des affaires humaines »⁴. Pour autant, il n'est pas rare de constater que ce peut être un milieu de violence. Freud le souligne, « les institutions sont destinées à régler les rapports des hommes entre eux »⁵, rapports pouvant être conflictuels.

Ne pouvant traiter l'ensemble de ces violences, nous nous focaliserons dans cette étude sur le processus de violence émanant des usagers d'EHPAD.

Ce choix est parti du contexte médico-social où l'accent est en priorité mis sur la maltraitance exercée par les professionnels vers les usagers. La maltraitance a été définie par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) comme « l'ensemble des violences, abus ou négligences

¹ OMS, 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé, p.29

² MICHEL M. et al., 2015, *La violence à l'hôpital : prévenir, désamorcer, affronter*, Éditions Lamarre, p.81

³ CAA de Douai, 22 juillet 2016, n°15DA00142

⁴ PIERRON J-P, Les violences institutionnelles dans le champ social et médico-social – comprendre, évaluer, répondre, 11 décembre 2003, Dijon, Bourgogne : Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI), 2004, p.3

⁵ DRIEU et al., 2016, *Violence et institutions*, Dunod, 228p.

commis par les professionnels envers un ou plusieurs usagers ». Or le processus de violence est plus large. Il était donc intéressant pour nous d'étudier la violence en gériatrie sous un autre angle de perspective : lorsque cela émane des usagers.

Ainsi, la violence est prioritairement associée aux phénomènes de maltraitance dans le secteur des personnes âgées. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM en sont une illustration. Cette focalisation résulte de deux éléments concomitants.

Tout d'abord, la place croissante accordée à l'usager par les législateurs dans le champ de la santé. Pour le secteur médico-social, cela s'est formalisé à travers la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale (loi 2002-2) et la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV). Celles-ci, en identifiant l'usager comme un citoyen ayant des droits et des devoirs, conduisent les structures à rechercher continuellement l'adaptation dans l'accompagnement pour une meilleure qualité de vie. L'OMS a défini la qualité de vie comme « un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». Cet objectif est évalué et suivi à travers les procédures d'évaluations internes et externes instituées par la loi 2002-2.

Le second élément expliquant la focalisation sur la maltraitance en EHPAD est l'accueil d'un public qui est vulnérable. Cela se caractérise par des fragilités organiques de la personne, qu'elles soient physiques, sensorielles ou pathologiques, conjuguées à des déterminants de santé instables : cadre de vie, réseau relationnel, etc. Par mesure de simplicité, nous nommerons ces déterminants « fragilité sociale ». La vulnérabilité est un état englobant ces fragilités et leur rétroactivité. Elle peut conduire l'individu âgé à une dépendance. Celle-ci est définie par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) comme « le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée à l'état de santé des individus mais aussi à son environnement social et familial ».

De ce fait, la maltraitance est devenue un enjeu majeur dans le secteur social et médico-social. Pour autant, comme nous le soulignons, le processus de violence est plus large et peut provenir de l'usager. A ce jour, cela est moins évoqué lorsque les faits concernent les personnes âgées plutôt que les patients ou enfants protégés. Est-ce parce que cela contredit la norme d'une vieillesse rimant avec sagesse ? Il s'agit pourtant d'une réalité quotidienne en EHPAD, que les managers doivent prendre en compte pour le bon fonctionnement de l'établissement.

Une première question, philosophique, émerge à ce stade. L'Homme est-il fondamentalement violent ou est-ce son environnement qui le pousse à être violent ? Ce questionnement met en évidence plusieurs sources possibles de la violence. Pour cette raison, plutôt que violence, nous privilégierons le terme de « défense » de l'individu qui nous paraît plus représentatif de ces deux aspects.

En EHPAD, l'environnement sera examiné sous l'angle de l'institution et de tout ce qui la compose : règles, professionnels et autres résidents. Utiliser le terme « défensif », c'est considérer que la personne âgée n'est pas nécessairement agressive. Ce concept semble d'autant plus approprié que nous avons pu constater que l'institution, par nature, pouvait elle-même être porteuse de violence. Ainsi, la « violence » du résident serait en réaction à des émotions désagréables qu'il perçoit à travers un environnement inadapté. Comme l'explique Strubel, « à l'agression répond naturellement l'agressivité de l'agressé »⁶.

L'intérêt, en se basant sur ce mécanisme, est également de s'inscrire dans une démarche de gestion et prévention des comportements défensifs. Elle implique, en tant qu'institution, de ne pas uniquement réagir à la défense mais de comprendre ce qui la motive et potentiellement de la prévenir. La prévenir, c'est agir en faveur de la qualité de vie du résident défensif. C'est également limiter les répercussions que peut avoir la défense sur les autres individus, principalement les professionnels et les résidents. Or, ces répercussions peuvent elles-aussi contribuer à un mal-être dans l'institution.

Ainsi, l'enjeu autour de ce sujet est double en tant que directeur. Il est d'abord d'assurer la qualité de l'accompagnement des résidents, centres de nos structures, en travaillant sur les facteurs de défense existant dans les institutions. Il est également de garantir la qualité de vie au travail des professionnels. Les deux axes étant intrinsèquement liés, l'idée est, en favorisant les qualités de vie, de contribuer à un meilleur bien-être collectif. Or, n'est-ce pas là l'objectif ultime de tout manager ?

Nous tenons dès à présent à préciser les termes de « qualité de vie » et de « bien-être ». La qualité de vie correspond à une cause de santé quand le bien-être se situe au niveau des effets. Pour ce dernier, il s'agit d'une évaluation subjective cognitive et émotionnelle⁷.

Ainsi, dans cette étude, nous réfléchissons autour de la question suivante :

En quoi les comportements défensifs des résidents influencent-ils la qualité de vie en EHPAD ?

Elle s'associe à une question de départ : pourquoi observe-t-on des comportements défensifs en EHPAD ?

⁶ PETER B., 2000, « Vieillards agressifs et maltraitants », *Gérontologie et société*, n°92, p.152

⁷ INRS, 2005, « Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? », *Hygiène et sécurité du travail*, n°198, p.33

Trois hypothèses ont été associées au questionnement :

1. Les environnements architectural, matériel, social et sensitif influencent la défense.
2. Les formations sont nécessaires mais pas suffisantes aux professionnels pour prévenir les comportements défensifs.
3. Le niveau d'exigence des usagers envers l'institution s'accroît au fil des années, du fait de l'apparition d'un « usager-client ».

Le sujet étant large, il a toutefois été décidé de se concentrer uniquement sur le comportement défensif des résidents envers les professionnels d'EHPAD. Ce choix se base sur des constats faits en stage à l'EHPAD Les Jardins du Castel (annexe 1).

Le premier constat était la dissonance entre le discours relativement détaché des professionnels à ce sujet, en contradiction avec les conséquences délétères sur une qualité de vie au travail (QVT) que nous devons assurer en tant qu'employeur. Ce décalage entre perception et réalité nous a poussés à vouloir investiguer le sujet.

En outre, nous étions surpris qu'en dépit d'un ensemble d'éléments facilitateurs dans l'EHPAD (politique de bien-traitance engagée, plan de formation proactif, implication des résidents), des comportements défensifs demeurent.

Méthodologie

Face aux questionnements et hypothèses que soulevaient l'étude, plusieurs outils ont été utilisés. L'objectif, en croisant ces approches, est d'identifier les ressources à mobiliser en tant que manager pour prévenir les comportements défensifs des usagers. La méthode adoptée s'est déroulée avec les étapes suivantes :

1. Définition du sujet

Cela s'est réalisé à travers les constats et hypothèses détaillées ci-dessus.

2. Recherches documentaires

Des recherches littéraires ont tout d'abord été effectuées, complétées de trois entretiens. L'un a eu lieu avec un médecin-gériatre d'un établissement public de santé mentale (EPSM). Deux formateurs à la philosophie Humanitude ont également été interrogés. Cette philosophie, développée en gériatrie, consiste en une approche des soins fondée sur l'adaptation du professionnel au patient, qui doit être considéré comme une personne « autonome à vie » (annexe 2). L'approche s'exerce à travers des techniques relationnelles et de communication. Deux journées de formation approfondie Humanitude ont permis d'enrichir le sujet grâce aux éléments théoriques mais également aux échanges avec des soignants d'EHPAD ou centre hospitalier (CH) : aides-soignants (AS), agents de service hospitalier (ASH) et infirmiers diplômés d'État (IDE)

Enfin, plusieurs documents institutionnels de l'établissement ont été exploités : projet d'établissement (PE), rapport d'activité, document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et recueil des événements indésirables (EI).

3. Sollicitation de «soignants-traceurs»

Huit agents ont ensuite été sollicités pour répertorier, sur des périodes données durant leur poste, les comportements défensifs qu'ils pouvaient rencontrer. Ceux-ci ont été choisis avec l'appui d'une des cadres, selon la profession et le service où exerçaient ces professionnels. L'objectif était de connaître, au plus proche de la réalité, la défense qu'ils pouvaient rencontrer. Cinq AS, un aide médico-psychologique (AMP), un ASH et un IDE ont participé à cette démarche. Pour cette étude, nous considérerons ces professions comme étant « soignantes ». Les professionnels sollicités représentent quasiment tous les services y compris celui de la nuit. Le biais ici est l'absence d'un soignant-traceur pour le service Alizés (annexe 1). L'agent sollicité a en effet refusé considérant que les transmissions sur le projet de soin informatisé (PSI) étaient suffisamment représentatives.

4. Analyse des transmissions écrites dans PSI

Une analyse détaillée des transmissions de l'EHPAD a également été réalisée sur plusieurs années. L'objectif était d'adopter, si possible, une méthode d'analyse scientifique des transmissions en complément de l'approche empirique des entretiens semi-directifs et « soignants-traceurs ». 680 transmissions ont été répertoriées de 2010 à 2016 à travers plusieurs mots-clés : agressif, agressive, agression, insulte, griffe, tape, frappe, coup. Les données ont été traitées en tableau croisé dynamique.

Pour conserver les données les plus significatives, nous n'avons pas retenu les résultats inférieurs à 5% sauf s'ils étaient nécessaires (pour comparer l'absence de motif de défense selon les services par exemple). En parallèle, nous avons tenté d'éliminer les éventuels facteurs biaisant la traçabilité réalisée par chaque professionnel : mobilité inter-service, congé maladie, absence pour formation, modification de l'équivalent-temps plein. Toutefois, aucun de ces facteurs n'est apparu comme significatif.

Cette analyse comporte cependant des inconvénients. Le premier fut la taille restreinte de la base pour certains critères, compliquant l'analyse objective. Le second était, avec cette base, de ne répertorier que les comportements défensifs existants et non ceux évités.

5. Entretiens

Des entretiens semi-directifs individuels ont ensuite été réalisés en interne, auprès de huit professionnels et trois résidents (annexe 3). Tous ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une retranscription intégrale. Au niveau des résidents interrogés, l'entretien s'est centré

autour de leur satisfaction dans l'accompagnement, ce qui semblait un angle plus pertinent pour recueillir leurs ressentis et aborder ainsi indirectement le sujet de ce mémoire. Pour les professionnels, ce fut l'occasion d'échanger sur leur perception autour de la défense, la réalité dans l'établissement et les conséquences sur la QVT. L'intérêt était de bénéficier d'un regard pluridisciplinaire à ce sujet, en interrogeant une animatrice, une cadre de santé, un médecin-coordonnateur, un ergothérapeute, une psychologue, une art-thérapeute, une AS et une AMP. Participer aux réunions institutionnelles et formations en interne ont également permis de recueillir des compléments d'informations.

Afin d'être le plus exhaustif possible, deux établissements ont été sollicités, de taille et/ou statuts différents des Jardins du Castel. Leurs retours d'expérience ont permis d'élargir les leviers d'actions de prévention et gestion de la défense. Ont ainsi été rencontrés :

- dans un CH comprenant 265 lits d'EHPAD, et en direction commune : une directrice ;
- dans un EHPAD de 59 lits : un directeur, un médecin-coordonnateur et une IDE

Toutes les données ont fait l'objet d'une anonymisation. Pour cette raison, nous avons privilégié l'emploi du masculin ayant vocation à représenter l'homme ou la femme interrogée. Certains prénoms ont été changés. Des précisions sont apportées en cas de citation, pour aider le lecteur à mieux identifier la personne qui s'exprime (annexe 4).

L'observation n'a pas été investie. Nous avons en effet considéré que notre présence, par sa ponctualité, pourrait biaiser la réalité de la défense aux Jardins du Castel.

Afin d'éclairer notre questionnement, notre réflexion s'articulera de la manière suivante :

Tout d'abord une définition et délimitation du concept de comportement défensif, en relation avec le contexte sociologique et réglementaire dans lequel s'inscrit ce sujet. Nos recherches littéraires nous ont en effet révélé la complexité d'appréhender le processus de défense (1).

Un diagnostic des comportements défensifs ayant lieu aux Jardins du Castel sera ensuite réalisé, complété des freins et leviers déjà présents dans l'établissement. L'analyse sera effectuée à plusieurs niveaux : établissement, pôle, service (2).

Les éléments de réflexion pour prévenir et/ou agir sur les comportements défensifs seront enfin présentés. L'objectif, à travers ces leviers d'actions, est de contribuer *in fine* à la qualité de vie, pour le résident comme pour le professionnel. Ces leviers s'appuieront sur le diagnostic réalisé ainsi que sur les retours d'expériences issus des professionnels extérieurs à l'établissement (3).

1 Le comportement de défense, un phénomène complexe reflétant de multiples enjeux de l'institution

Pour l'OMS, « le problème des agressions à l'encontre du personnel soignant est en réalité un phénomène universel »⁸. Ces agressions sont à entendre notamment par des insultes ou des coups de la part des usagers. Cependant, elles peuvent aussi s'étendre à des menaces ou des incivilités. Les expressions sont donc multiples, tout comme les termes employés pour les désigner. Ceci ayant été une difficulté pour ce mémoire, notre première sous-partie sera consacrée à une définition des concepts associés à notre sujet (1.1). Au-delà des expressions de défense, nous reviendrons ensuite sur ses différents facteurs. Ils proviennent de l'individu lui-même mais aussi de l'environnement où il évolue (1.2). Ici, cet environnement sera assimilé à l'institution.

Après l'étude du comportement défensif et de ses causes, nous nous arrêterons sur ses conséquences. Elles sont multiples en institution et généralement néfastes (1.3). Ceci légitime donc l'intervention du responsable d'établissement. Nous verrons qu'en parallèle, le cadre législatif et réglementaire est peu disert sur le sujet (1.4). Pour faciliter la compréhension de cette partie, le processus de défense est schématisé en annexe 5.

1.1 Le comportement défensif : de quoi parle-t-on ?

Définir le comportement défensif en institution est complexe puisque pour des faits identiques, leur désignation peut différer. Parlons-nous de violence des résidents ? d'agressivité ? d'agitation ? Il paraît donc important de s'arrêter sur ces notions illustrant différents aspects du comportement défensif (1.1.1). Nous étudierons ensuite le contexte institutionnel dans lequel celui-ci peut s'inscrire (1.1.2).

1.1.1 Un champ lexical précis et pourtant nébuleux

Un débat interdisciplinaire existe sur le terme adéquat à utiliser autour des phénomènes de « violence ». Si le mot « violence » est le plus commun et utilisé notamment par les sociologues et juristes, le mot « agressivité » est privilégié par les psychothérapeutes. Le milieu médical évoque, pour sa part, « l'agitation » du patient. Pour exemple dans le secteur médico-social, l'ANESM utilise le terme de « violence » dans ses RBPP.

Derrière les notions d'« agressivité » et de « violence » il faut entendre un comportement physique ou verbal qui est menaçant voire dangereux pour l'entourage ou le patient lui-

⁸ GBÉZO E., 2011, Les soignants face à la violence, 2^{ème} édition, Éditions Lamarre, p.1

même⁹. L'intentionnalité n'est pas systématique. Ce comportement peut être dirigé vers soi-même : c'est l'auto-agressivité. Ceci ne sera toutefois pas investigué dans cette étude. Ce peut également être de l'hétéro-agressivité, envers l'autre (« violence interpersonnelle ») ou des autres (« violence collective »).

Il apparaît, à travers nos lectures, qu'un processus gradué existe, de l'agressivité à l'agression¹⁰. L'agressivité est la première étape de ce processus. Considérée comme une pulsion, elle prend généralement la forme d'une colère. Nos lectures nous ont fait constater un débat existant sur l'intentionnalité ou pas de l'agressivité. Partant du principe qu'elle est une pulsion, nous considérerons ici qu'elle n'est pas systématiquement intentionnelle. A travers l'agressivité, la relation à l'autre est interrogée, provoquée. La deuxième étape est la violence, qui a déjà fait l'objet d'une définition. Précisons que l'intentionnalité ne signifie toutefois pas une volonté de nuire. Deux atteintes sont possibles : aux biens ou aux personnes. L'atteinte aux personnes, qui seule nous intéresse ici, pourra s'effectuer sur le plan physique, verbal ou psychologique. Dans ce cas, la relation à l'autre peut être niée. L'ultime étape est celle de l'agression, soit le passage à l'acte. La différence entre violence et agression reste toutefois ténue dans la littérature.

L'observatoire national des violences en santé (ONVS) appréhende ce même processus à travers une hiérarchie des actes :

- Niveau 1 : injures, insultes, provocations, menaces, nuisances ;
- Niveau 2 : menace d'atteinte à l'intégrité physique ;
- Niveau 3 : violences volontaires, atteinte à l'intégrité physique ;
- Niveau 4 : violence avec arme.

La haute autorité de santé (HAS) nous donne un éclairage supplémentaire sur notre sujet. Dans sa recommandation sur les troubles du comportement perturbateur liés à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, plusieurs types de symptômes sont distingués. Nous nous intéresserons aux trois premiers : l'opposition, l'agitation et l'agressivité. En effet, l'agitation et l'opposition peuvent aboutir au processus d'agressivité – agression. L'opposition est, selon la HAS, « une attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité ». Il s'agit donc d'une violence passive, toutefois intentionnelle.

L'agitation se définit comme un comportement moteur ou verbal excessif, perturbateur et hasardeux, dont le caractère disproportionné est néfaste soit pour autrui soit pour le malade. La violence est active mais s'exerce de façon non intentionnelle.

⁹ HAS, 2009, RBPP, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », p.6

¹⁰ MICHEL M. *et al.*, op. cit. pp.6-9

A travers ces définitions, nous pouvons faire le constat suivant : il n'existe pas une violence, à entendre au sens large, mais des violences de l'utilisateur envers d'autre(s) individu(s). Derrière le terme « comportement défensif », il existe donc toutes ces réalités : l'opposition, l'agitation, l'agressivité, la violence et l'agression.

1.1.2 Un contexte institutionnel porteur de violence

Le comportement défensif, dont nous venons d'étudier les différentes expressions au niveau de l'individu, s'inscrit dans un contexte. Ainsi que nous l'expliquions en introduction, dans le mécanisme de défense, l'environnement inadapté ou perçu comme dangereux peut générer une réaction de la personne âgée. Ici, nous prendrons en considération le milieu de vie du résident : l'institution. Microsystème de la société, celle-ci est par nature déjà porteuse de violences. Pierron en distingue trois formes, que nous allons détailler : la violence dans l'institution, la violence de l'institution, la violence sur l'institution¹¹.

La première forme englobe les conflits ponctuels entre individus, plus fréquents lorsqu'ils vivent dans une promiscuité. L'institution agit alors comme régulatrice, en corrélation avec sa nature profonde : mettre de l'ordre pour permettre le vivre-ensemble. L'institution est alors une médiation de ces conflits.

Au-delà de cette mise en ordre, l'institution peut « ordonner », au sens d'imposer aux individus. C'est la violence de l'institution, soit le passage d'une dimension interpersonnelle de la violence à une dimension communautaire. Le(s) responsable(s) de l'organisation peuvent utiliser cette violence pour le bien commun mais une vigilance doit être conservée. En effet, sous couvert de garantir l'intérêt général, l'institution ne devra pas perdre de vue sa finalité mais rester « juste » au sens donné par Ricœur. Cela signifie favoriser une vie « bonne et juste » de l'individu. Pour exemple, une institution peut ordonner l'heure d'un repas afin de faciliter son organisation. Ceci est une violence de l'institution pour un « bien commun » : des repas pour tous. Une violence de l'institution injuste serait d'interdire le repas à tout résident non présent à l'heure convenue. Ainsi, une même règle de violence de l'institution peut avoir une visée totalement différente : l'organisation au détriment du résident ; le résident au détriment de l'organisation.

La dernière forme distinguée par Pierron est la violence sur l'institution. Plus récente, il s'agit selon lui d'une délégitimation de l'institution par les usagers, à l'ère de l'individualisme. L'objet de l'institution est questionné et ses actions parfois contestées.

¹¹ PIERRON J-P., op. cit..

1.2 Des comportements issus d'une combinaison de facteurs individuels et environnementaux

A présent que le terme de « comportement défensif » a été précisé et contextualisé (1.1), nous nous intéressons maintenant aux causes de ceux-ci, à travers l'étude du public ciblé : les personnes âgées résidant en EHPAD. Celles-ci entrent en institution du fait de diverses fragilités, certaines pouvant causer des attitudes défensives. Ce sont les facteurs individuels de défense (1.2.1). Une défense peut cependant apparaître ou s'accroître après l'admission en EHPAD. Les facteurs sont alors environnementaux (1.2.2).

1.2.1 Les personnes âgées en EHPAD : un public hétérogène

Tout individu, au regard de sa personnalité, peut choisir d'adopter ou non un comportement défensif. Cela va dépendre de son degré d'impulsivité, d'impatience mais également de ses antécédents biographiques. Pour ces derniers, l'OMS évoque par exemple les troubles psychologiques, la toxicomanie ou encore des antécédents de comportements agressifs voire maltraitants subis¹². Ceci constitue les facteurs biologiques de violence. Le vieillissement de la personne et les fragilités associées vont toutefois faire apparaître de nouveaux facteurs individuels de défense.

Loin d'être un collectif homogène d'individus, nous pouvons, en nous inspirant du concept de Castel, identifier les usagers d'un EHPAD comme des « collections d'individus, [...] qui n'ont rien d'autre en commun que de partager un même manque ». Et de partager le même habitat pouvons-nous ajouter. Le manque est ici à considérer au sens de fragilité en termes de déficits acquis par le vieillissement. Si l'âge est un facteur de déficits, cela n'est cependant pas le cas pour le sexe, le revenu et le lieu de vie¹³. Quatre types de fragilité peuvent être distingués :

- Fragilité physique : troubles moteurs, maladies chroniques ;
- Fragilité sensorielle : altération ou hypersensibilité, notamment visuelle ou sonore ;
- Fragilité cognitive : troubles démentiels, psychiatriques ou psychiques ;
- Fragilité sociale : isolement

Ces fragilités vont « préfigurer un risque d'évènements péjoratifs »¹⁴ pouvant aboutir à une perte d'autonomie de l'individu et son entrée en EHPAD. La personne âgée est alors considérée comme vulnérable. La perte d'autonomie peut être fonctionnelle ou décisionnelle. Cette dernière se définit comme « l'incapacité de se gouverner (...) et de prendre

¹² OMS, op. cit., p.37

¹³ DREES, 2008, étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, p.8

¹⁴ IRDES, 2016, *Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français*, p.5

des décisions concernant sa propre vie »¹⁵. Rappelons que malgré ces fragilités, la personne âgée dispose toujours de ressources propres sur lesquelles elle pourra s'appuyer.

De ces fragilités, évoquées *supra*, peuvent émaner des comportements défensifs. La plus notable est la fragilité cognitive qui apparaît ou se renforce. Selon Mme S., médecin-gériatre, plus de 20% des personnes de 60 ans ou plus souffrent d'un trouble mental. Or, une enquête réalisée en 1998 par Mallier sur un CH¹⁶ indique que la maladie est le premier facteur conduisant une personne âgée à manifester de l'agressivité. Ici, nous distinguerons les pathologies psychiatriques, les syndromes démentiels et les troubles psycho-comportementaux. En effet, De Saussure note une prévalence de 50% des comportements défensifs avec la progression de la démence¹⁷. La difficulté est toutefois de pouvoir bien distinguer ces trois catégories, qui peuvent se mixer.

La fatigue physique associée au vieillissement ainsi que les pertes sensorielles peuvent, pour leur part, entraîner plus d'irritabilité et abaisser le seuil de tolérance au stress.

Au-delà des fragilités, la confrontation de la personne âgée à ses pairs peut également être source de comportement défensif. Ce sont des facteurs psychologiques. Il peut s'agir de refuser son propre vieillissement et les stigmates associés : pertes fonctionnelles, sensorielles et psychiques, transformation du corps, finitude de la vie. Ceci est d'autant plus notable dans les sociétés occidentales qui idéalisent la jeunesse au détriment des âgés. « Dans une société qui valorise ce qui ne dure pas, les vieux sont une contre-valeur » dit ainsi Billé¹⁸. La défense apparaît alors comme un moyen de pouvoir, en résistance aux notions de dépendance et de mort associées à la vieillesse¹⁹. Cette résistance peut être accentuée en EHPAD face à des professionnels pouvant être relativement jeunes.

Toutes ces sources individuelles de défense, qu'elles soient biologiques, pathologiques, physiques ou psychologiques sont présentes en EHPAD. Ceci s'explique par l'hétérogénéité du public accueilli. Elle résulte de l'histoire du secteur médico-social.

Jusque dans les années 90, deux types de prises en charge institutionnelles se distinguaient pour les personnes âgées. Celles ayant une autonomie décisionnelle étaient généralement accueillies en foyer-logement ou établissement d'hébergement pour personnes âgées. Pour celles ayant une perte d'autonomie marquée, la prise en charge était privilégiée dans les unités de long séjour à caractère hospitalier ou psychiatrique.

¹⁵ MOREL A. et VEBER O., 2011, Société et vieillissement - Rapport du groupe n°1 sur la prise en charge de la dépendance, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 334p.

¹⁶ MALLIER M., 1998, « Détreffes cachées : vieux en danger », Revue de l'infirmité, n°42, pp. 20-37

¹⁷ DE SAUSSURE C., 2000, « Violence de la relation : quand les vieux ne sont pas que des anges », *Gérontologie sans frontières*, n°114, pp.25-28

¹⁸ BILLÉ M., 2016, « Pour Michel Billé, le vieillissement n'est pas un problème », *La Montagne*, 17/06/2016

¹⁹ COTTET I. et MARION G., 2011, « Comportement de résistance et de créativité individuelle et collective en EHPAD », *Gérontologie et société*, n°137, pp.185-198

Le vieillissement de la société ainsi que l'émergence des maladies neuro-dégénératives (MND) ont bouleversé cet équilibre. Les personnes âgées nécessitant un hébergement institutionnel ont manifesté une perte d'autonomie décisionnelle et/ou fonctionnelle, rendant inadaptés bon nombre de logements-foyers. En parallèle, la loi du 24 janvier 1997 complétée des décrets du 26 avril 1999 a fait évoluer les unités de long séjour en EHPAD. C'est ainsi que progressivement, l'EHPAD est devenu l'institution d'hébergement de référence pour les personnes âgées ne pouvant rester à domicile. Cette homogénéisation juridique progressive des institutions a permis une meilleure lisibilité des structures d'accueil pour personnes âgées. Ceci a également favorisé une procédure de financement identique à l'ensemble de ces établissements. Pour autant, cela a conduit à diversifier les profils d'usagers accueillis en EHPAD. Nous distinguerons notamment ceux ayant une dépendance physique, des troubles psychiatriques et/ou un syndrome démentiel. En parallèle, de nouveaux publics sont apparus en EHPAD. Les personnes en situation de handicap ont, par exemple, vu leur espérance de vie s'allonger bien au-delà des 60 ans grâce aux progrès de la médecine. Enfin, des personnes âgées entrent aujourd'hui en institution également du fait d'un isolement social (le « care déficit »), ceci s'inscrivant dans le contexte d'éclatement du modèle familial traditionnel.

1.2.2 L'institution, un environnement potentiellement source de défense

Nous avons pu le voir, avant d'entrer en EHPAD, tout individu est donc susceptible d'adopter un comportement défensif. Ce peut être pour des raisons biologiques, pathologiques, physiques et/ou psychologiques. Avec l'institutionnalisation de la personne âgée, des facteurs environnementaux peuvent s'ajouter aux facteurs individuels précédemment décrits. Nous en distinguerons trois : l'entrée en EHPAD, l'adaptation à un nouveau lieu de vie et l'intégration dans une institution.

Dès à présent, il paraît toutefois nécessaire de clarifier un point. Un acte de défense ponctuel peut être adopté par un résident en institution, comme cela arrive pour tout individu. Permettre aux résidents leur expression en institution est aussi les considérer comme personne à part entière ayant droit d'expression dans leur lieu de vie. Les entraver serait même contraire à la charte des droits et libertés incluse dans la loi 2002-2. Il s'agit toutefois d'être vigilant à ce que cela ne porte pas atteinte à autrui. Dans cette étude, nous ne nous focaliserons pas sur ce phénomène. En effet, c'est le comportement défensif en termes de récurrence des actes qui pose régulièrement question en institution, avec les conséquences sur la qualité de vie pour les individus présents en EHPAD.

L'admission en EHPAD relève donc de la vulnérabilité d'une personne. Cependant Motanvani explique que « la définition de la personne [...] fragilisée et/ou malade relève bien souvent de la co-construction »²⁰. L'entourage de la personne âgée exerce en effet une forte influence sur son entrée en institution, que ce soit les proches (aidants, familles, voisins, amis) ou les professionnels à domicile. Au final, rares sont les personnes âgées qui décident d'elles-mêmes d'entrer en EHPAD, en dépit même du nécessaire consentement de la personne à l'entrée en institution (loi 2002-2). Comme l'écrit l'ANESM, « le consentement explicite de la personne âgée à son entrée dans l'établissement ne veut pas dire que la décision a été prise seule et de «son plein gré »²¹. Entrer en EHPAD est donc l'aboutissement d'un double processus : la vulnérabilité de la personne âgée, parfois non acceptée par celle-ci, et la volonté de son entourage.

Cette entrée en EHPAD, souvent brutale, peut favoriser le comportement défensif si elle n'est pas acceptée par la personne âgée. Ainsi, selon Mallier, le refus de l'institution est le deuxième facteur favorisant l'agressivité d'un résident après celui de la maladie²². L'ANESM le confirme en liant étroitement participation de la personne à son entrée et qualité de vie en établissement²³.

La deuxième source environnementale de défense qui peut être distinguée est la difficulté de s'adapter à un nouveau lieu de vie. En effet, la perte de repères environnementaux pour une personne tels que son domicile, ses habitudes et ses relations sociales va nécessiter une adaptation. Cela va s'avérer plus compliqué pour le résident dont les ressources physiques, cognitives et sensorielles peuvent être déficientes.

La difficulté de s'adapter au nouveau lieu de vie peut conduire la personne âgée à une frustration c'est-à-dire un état psychologique résultant de l'impossibilité d'atteindre ses objectifs visés ou donnés. Or, pour Berkowitz, l'intensité de l'agression est proportionnelle aux frustrations négatives. C'est la théorie de la frustration-agression²⁴. Toutefois, cette théorie est aujourd'hui remise en question. Des auteurs ont en effet mis en évidence que la frustration pouvait certes conduire à l'agressivité sans que cela ne soit systématique.

Au-delà de la difficulté pour la personne âgée de s'adapter à un nouvel environnement, il s'agit également de s'adapter à l'institution. Or, par nature, celle-ci est porteuse de contraintes organisationnelles plus ou moins souples : heures de repas, toilettes, activités, etc. Les personnes âgées sont soumises à des règles institutionnelles « pour l'intérêt commun

²⁰ DREES, loc. cit.

²¹ ANESM, 2010, RBPP, «*Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement*», p.24

²² MALLIER M., op. cit.

²³ CASMAN M.-T., LENOIR V., BAWIN-LEGROS B., 1998, *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?*, Bruxelles : Ministère de l'emploi du travail et de la politique d'égalité des chances, 127p.

²⁴ FISKE S. et LEYENS J-P., 2008, *Psychologie sociale*, Éditions De Boeck, 759p.

» de l'institution, pouvant les mécontenter individuellement. Elles chercheront donc à les contrarier. En revanche, les professionnels, parties-prenantes de l'institution, tendent pour « l'intérêt commun » à imposer ces règles à tous les résidents, sans distinction. Cette non-distinction est caractérisée par Billé comme une « illusion communatoire », facilitant le travail des agents. L'EHPAD est ainsi un lieu de vie pour les résidents mais un lieu de travail pour les professionnels. Or, cette différence de nature peut être source de conflit²⁵. Pour illustration, Rimbert évoque la confrontation entre le chronomètre et le carillon, où « le premier est le temps des soignants, marqué par l'urgence, la précipitation permanente de ceux qui doivent assurer un nombre important de tâches dans un temps restreint et ne peuvent transférer à l'équipe suivante celles qui n'auraient pas été achevées ; le second est le temps domestique des patients, marqué par une certaine atonie, alors que leur seul horizon est celui de voir passer les heures de la journée »²⁶.

Outre les contraintes organisationnelles, la vie en collectivité, du fait de l'institution, peut également être source de défense. La sphère privée est en effet réduite à une chambre, avec une place importance accordée au collectif. Or, les résidents vivaient majoritairement seuls depuis plusieurs années du fait du départ des enfants et/ou du veuvage. Selon Bensadon, l'isolement résidentiel constitue en effet le mode de vie le plus courant des personnes âgées de plus de 60 ans²⁷. Face à cela, le comportement défensif sera un moyen d'exprimer sa singularité dans le collectif.

Les facteurs du comportement défensif sont donc multiples. Au-delà de la personne, ils peuvent provenir de l'institution. L'enjeu est alors d'adapter l'environnement à la personne en le considérant au sens large : architectural, matériel et relationnel. Ceci est d'autant plus important que la défense émise par un résident se manifeste auprès d'individus « récepteurs » variés : résidents, professionnels, entourage et bénévoles notamment.

1.3 La défense, d'une réaction individuelle aux répercussions institutionnelles

Le comportement défensif d'un individu peut avoir des expressions multiples (1.1) ainsi que des causes multiples (1.2). Les répercussions vont à présent être étudiées, sachant que pour tout acte, celles-ci vont également dépendre de : la nature et la gravité de l'acte, ses circonstances, l'environnement au moment du fait, l'état préalable du « récepteur », le

²⁵ MALO P.-Y., 2000, « Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance », *Gérontologie et société*, n°92, p.135

²⁶ RIMBERT G., 2005, «Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite». *Lien social et Politiques*, n°54, pp.93-104

²⁷ BENSADON A.-C. et al., 2006, «Isolement et vie relationnelle». Collectif «Combattre la solitude des personnes âgées», 238p.

soutien offert ultérieurement et les suites données à l'évènement par l'institution²⁸. Deux aspects nous semblent intéressants à investiguer : au niveau individuel, avec les conséquences pour « l'émetteur » du comportement (1.3.1), puis au niveau relationnel avec les conséquences auprès des individus « récepteurs » (1.3.2).

Dans cette étude, nous avons choisi de parler de « récepteur » plutôt que de « victime ». Un récepteur est celui qui reçoit quelque chose tandis qu'une victime est associée à la notion de souffrance et dommage. Bien que nous ne niions pas les conséquences délétères dues à la défense, le terme de récepteur nous paraissait donc plus adapté.

1.3.1 Une réaction pouvant concourir à enrayer ou renforcer le mal-être du résident-émetteur

« La violence est le substitut d'une parole non formulée »²⁹. Cette expression indique que le comportement défensif a un sens, en étant un moyen de communication. Cela introduit également la notion d'attentes de l'individu adoptant un comportement défensif.

Plusieurs conséquences peuvent être mises en exergue : physiques et psychologiques. Les conséquences physiques concernent plus spécifiquement les résidents ayant des troubles du comportement, qu'ils soient d'ordre psychiatrique ou démentiel. On parlera alors d'auto-agressivité. Elle ne relève toutefois pas de notre sujet.

C'est au niveau psychologique que les répercussions sur l'individu seront plus saillantes. Nous en distinguerons deux : l'anxiété et le mieux-être via un apaisement.

Selon l'enquête réalisée par Mallier³⁰, le principal motif du comportement défensif d'un résident est l'appel. Il est alors l'expression d'une anxiété intérieure liée à la maladie, la dépendance ou un sentiment d'abandon. L'entrée en institution peut en effet être considérée par la personne âgée comme un abandon de la part de ses proches : aidants et enfants notamment mais aussi voisins, amis, etc. Selon Tessier, Michel (1983) et Potvin (1989), l'entrée en institution représente également « la mort sociale programmée »³¹.

Dans ce cadre, la réponse attendue par l'utilisateur est la réassurance, à travers un accompagnement personnalisé. Si cela n'est pas perçu, notamment par les professionnels, l'anxiété s'auto-entretiendra avec un risque d'amplification des comportements défensifs. Deux sentiments peuvent s'y additionner : la culpabilité face à son comportement ou un mécontentement résultant de la réponse inadéquate apportée par l'institution.

²⁸ INRS, 2016, «Agression et violence externe», p.5

²⁹ LEBOEUF D., 2007, «Violence et soins. Parler de la violence pour mieux la gérer», *Soins*, n°715, p34

³⁰ MALLIER M., op. cit.

³¹ LEGER J-M, OUANGO J. G., 2001, «Agitation et agressivité du sujet âgé : signes de souffrance, marqueurs d'inadaptation du milieu», la Revue de la gériatrie, vol.26, n°2, pp.113-119

A contrario, le comportement défensif peut illustrer la volonté du résident de s'affirmer et de préserver son identité dans le collectif. Ceci est un moyen de lutter contre un risque d'indifférence de l'institution qui serait la pire des violences. La défense est alors une réponse à la « violence de l'institution ». Le comportement défensif, ayant des vertus cathartiques, contribuera alors au bien-être de la personne, même si cela peut générer une culpabilité. Le professionnel, par son omniprésence en institution, remplira une fonction de « paratonnerre ». Toutefois, de paratonnerre, ce dernier ne doit pas devenir bouc émissaire. En effet, ces réactions défensives à vertus cathartiques peuvent également cacher une volonté de nuire de la part du résident. Ces situations devront être repérées rapidement afin de ne pas mettre en péril la qualité de vie en EHPAD, comprenant également la QVT.

1.3.2 Une réaction individuelle ayant des conséquences néfastes pour la qualité de vie en EHPAD

Le comportement défensif va susciter auprès des autres individus plusieurs types de réponses : l'ignorance, l'apaisement, l'acceptation ou la violence³². Au vu du cadrage de notre sujet, nous allons décrire succinctement celles auprès des résidents pour illustrer les conséquences de la défense sur le collectif. Nous nous attarderons plus longuement sur les répercussions pour les agents-récepteurs.

Deux types d'incidence vont être à noter pour les résidents-récepteurs d'un comportement défensif : physiques et psychologiques.

Au niveau physique, il s'agira notamment de blessures dues à des actes physiques violents. Leur degré est vaste, pouvant aller jusqu'au décès. Ces actes physiques pourront également avoir une incidence psychologique : sentiment d'insécurité en présence de la personne voire insécurité dans l'institution. Le logement pourra alors être considéré comme le lieu sûr, aboutissant à un « repli chez soi »³³. Dans cette situation, le directeur en tant que représentant de l'institution aura donc un rôle à jouer pour assurer la sécurité et également favoriser le sentiment de sécurité du résident victime.

Plus généralement, toute violence exercée par un résident aura des répercussions psychologiques sur le résident « récepteur ». Celles-ci s'illustrent soit à travers des réactions de fuite : stress, peur voire angoisse, mésestime de soi ; soit à travers une combativité, en réponse violente face à la violence. Cette escalade pourra générer à son tour de la violence physique et/ou verbale, c'est la « contre-agressivité ». L'institution pourra être inter-

³² Inspiré de « l'échelle des réactions immédiates » issue du Conseil international des Infirmières (Genève, 1998) – GBÉZO E., op. cit., p.37

³³ CARADEC V., 2000, « L'enfermement dans la vieillesse », *Informations sociales*, n° 82, pp.108-117

pellée, par le résident ou un tiers, afin de jouer son rôle de régulation sociale. Au-delà, c'est la justice même qui pourra être saisie.

Les professionnels de la santé sont toutefois plus exposés aux violences que les usagers. Ainsi, selon le rapport 2015 de l'ONVS, 85% des victimes de violence en milieu de santé sont des personnels d'établissement³⁴. En outre, les salariés de la fonction publique hospitalière se distinguent de la population active pour leur exposition à l'agressivité physique et verbale³⁵. Plusieurs raisons peuvent être évoquées comme le contact récurrent avec le public. Les professionnels « vivent » en effet au quotidien avec les personnes âgées³⁶. Gbézo note quatre types de répercussions pour les professionnels que nous allons détailler : physiques, psychologiques, professionnelles et personnelles³⁷. Les deux premières sont immédiates à un comportement défensif spécifique. Les deux dernières relèvent du long terme, en réaction aux comportements défensifs en institution.

Au niveau physique et psychologique, les répercussions possibles sont sensiblement identiques à celles décrites *supra* pour les résidents. Les blessures graves relèveront toutefois plus de l'exception, le professionnel étant plus en capacité de se protéger. Les réponses immédiates des professionnels en cas de comportement défensif seront notamment l'apaisement, l'ignorance ou l'indifférence face aux propos. Face à cela, Barthélémy alerte contre le risque d'une violence du soin infligée par le professionnel s'illustrant à travers l'ignorance non plus des propos de l'utilisateur mais de l'utilisateur lui-même³⁸. A plus long terme, des répercussions collectives pourront s'associer à celles interpersonnelles décrites ci-dessus.

Pour le professionnel, le comportement défensif peut générer du stress au travail. Or, pour Hannan *et al*, celui-ci prédit la qualité de soins³⁹. En parallèle, de l'incompréhension peut naître face à ces attitudes de défense. Résultat d'un héritage chrétien, les valeurs du soignant sont en effet fortement associées au dévouement dans notre société⁴⁰. Dans ce cadre, la défense peut être interprétée par les professionnels comme une violence injustifiée à leur égard. La persistance de ces comportements conduit alors à une baisse de motivation pour accompagner les résidents, voire à la désaffection pour la profession. Le personnel se désinvestit de ses missions relationnelles pour se concentrer sur la tech-

³⁴ ONVS, 2016, «Rapport annuel 2015, sur les données 2014», p.30

³⁵ DARES, Enquête SUMER 2010.

³⁶ MALO P-Y., 2000, *op. cit.*, p.140

³⁷ GBÉZO E., *op. cit.*, p.40

³⁸ BARTHÉLÉMY S., 2013, «Entre violence et agressivité, quelle place pour l'autre ?», *Santé mentale*, n°178

³⁹ LALANDE G., LECLERC G., 2004, L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative, p.98

⁴⁰ DIET E., 2016, «L'analyse de pratique en contexte anémique : tenir bon, interpréter, contenir» *in* DRIEU *et al.*, *op. cit.* p.180

nique, ne nécessitant pas d'affects. Rimbert évoque à cet égard le « gardiennage des corps », qui s'apparente « à une simple surveillance des personnes et à la préservation des fonctions vitales »⁴¹. Selon Diet, cela génère de la souffrance dans les équipes⁴². Cela dégrade également la qualité de l'accompagnement. Désinvestissement et stress constituent une part du volet émotionnel de l'activité de l'agent. Or, l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) lie ce volet et le bien-être professionnel⁴³. La remise en cause de ce bien-être peut donc favoriser l'absentéisme, auquel s'ajoute l'épuisement physique du personnel présent. A terme, l'impact financier est conséquent. Au-delà, la répétition de comportements défensifs peut également conduire à des conséquences personnelles pour les professionnels : impatience, sentiment d'être isolé, etc.

Les professionnels peuvent également faire face au comportement défiant des familles : exigences disproportionnées, attitude systématique de soupçon et de contrôle des faits, gestes et paroles, etc. Cela renforce les processus détaillés ci-dessus.

Les répercussions du comportement défensif vont donc au-delà de la relation résident – soignant, pour toucher toute l'institution. Ainsi, éventuellement, le résident-émetteur pourra bénéficier d'un accompagnement de moindre qualité, les professionnels pourront être en mal-être, une maltraitance institutionnelle pourra émerger. En outre, ces trois processus interagissent et s'intensifient donc mutuellement.

Notons toutefois que la situation est loin d'être aussi noire. Ainsi que Moulias le rappelle, les équipes doivent avoir conscience qu'elles accompagnent des personnes ayant des fragilités, auprès desquelles elles exercent une aide indispensable⁴⁴. Selon lui, c'est cela qui leur permettra d'être fières de leur tâche. En outre, certaines études montrent une prise de recul des professionnels face à ces comportements, notamment lorsqu'ils bénéficient de formation. L'enquête de Mallier illustre par exemple que les agents ayant une formation en soins vont généralement justifier les comportements défensifs des résidents, contrairement à ceux ayant une formation administrative⁴⁵. Pour les premiers, il n'y a pas chez la personne âgée une réelle volonté de nuire, ni une très forte volonté de s'affirmer. Au regard des données récoltées pour cette étude, nous notons en effet une acceptation voire la banalisation du comportement défensif en EHPAD plutôt qu'une diabolisation. Ceci conduit d'ailleurs à la difficulté d'objectiver ce phénomène, y compris au niveau politique.

⁴¹ RIMBERT G., 2011, *Vieillards sous bonne garde : réparer l'irréparable en maison de retraite*, Editions du Croquant, p.187.

⁴² DIET E., op. cit. p.161

⁴³ INRS, op. cit. p.38

⁴⁴ MOULIAS R., 2012, «Abus et violences envers les professionnels de l'assistance et du soin (care) de longue durée», *Gérontologie sans frontières*, n°161, pp.16-27

⁴⁵ MALLIER M., 1998, op. cit.

1.4 Un cadre réglementaire peu disert sur ce phénomène

Jusqu'à présent, nous avons constaté qu'observer les comportements défensifs (1.1) ne suffit pas. L'analyse de ceux-ci, permettant de déterminer différentes causes (1.2) et conséquences (1.3), met en exergue certaines problématiques de l'institution. Pour autant, le sujet est relativement peu relayé au niveau politique, même si cela tend à changer. Loin de l'interpréter comme une augmentation des comportements défensifs, cela doit plutôt être considéré comme une meilleure traçabilité et/ou la plus faible tolérance à ces actes. Comme l'exprimait Poupard, commissaire de police à l'ONVS⁴⁶, ce qui n'est pas déclaré en termes de violence n'existe pas pour les décideurs politiques. Ne bénéficiant pas de notoriété publique, le sujet ne dispose pas de politique publique spécifique, dans un contexte où les droits des usagers ont pris toute leur ampleur (1.4.1). Dans un second temps, nous étudierons quelle est la prise en compte juridique des actes défensifs commis à l'encontre des professionnels (1.4.2).

1.4.1 L'avènement du paradigme de l'utilisateur « au centre du dispositif »

« Placer l'utilisateur au centre du dispositif ». Si aujourd'hui cette phrase est sur toutes les lèvres dans le secteur médico-social, il n'en a pas toujours été ainsi. Avant 1945, aucune politique publique liée à la vieillesse n'existait. Les institutions pour personnes âgées occupaient principalement un rôle d'hospice ayant la connotation de « mouvoir ». Les conditions de vie relevaient généralement de l'institution totalitaire au sens de Goffman : perte d'intimité avec une grande promiscuité (dortoir), règles organisationnelles rigides, etc⁴⁷. L'utilisateur, loin d'être sujet, semblait plutôt objet de soins.

Le rapport Laroque en 1962 marque le tournant des politiques du vieillissement. Il rompt avec l'institutionnalisation systématique des personnes âgées et met en avant l'importance de les intégrer à la société. La loi du 30 juin 1975, en fondant le secteur social et médico-social, marque la prise en compte législative des personnes âgées. Elle instaure également une scission avec le secteur sanitaire, bien que les établissements en aient longtemps gardé les marques. Les lois changent plus facilement que les murs. En outre, sous l'influence des gériatres, une médicalisation de la vieillesse est opérée conduisant à aborder ce public principalement sous l'angle médical de la dépendance.

⁴⁶ POUPARD A., «Prévention de la violence en milieu de santé», 20 juin 2016, École des Hautes Études en Santé Publique.

⁴⁷ GOFFMAN E., 1968, Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Minuit, 452p.

Les droits et devoirs des personnes âgées ne sont pas encore explicitement évoqués dans les lois, la loi de 1975 étant « totalement muette » sur ces sujets selon Bauduret⁴⁸. Néanmoins, nous pouvons constater la prise en considération politique de la personne âgée. Celle-ci n'est plus objet, mais sujet faisant partie de la société. Cela s'illustre également par des rapports tels que celui d'Arreckx en 1979 sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes.

C'est en 2002 que les droits des usagers sont pris en compte par la législation, à travers la loi 2002-2 pour le secteur social et médico-social et à travers la loi du 4 mars 2002 pour le secteur sanitaire. Les législateurs ont ainsi souhaité renforcer les contre-pouvoirs en garantissant des droits et libertés aux populations vulnérables et en souhaitant aboutir à leur empowerment, soit la capacité d'agir et d'accéder à plus de pouvoirs. D'un sujet inclut à la société, la personne âgée devient sujet de droit, devant nécessairement être au cœur des dispositifs qui lui sont accessibles. En EHPAD, il s'agit donc de travailler avec elle et non plus seulement pour elle. Cette vision reste d'actualité avec la loi ASV publiée le 28 décembre 2015.

Ce changement de paradigme a conduit à d'autres évolutions politiques, notamment la prise en compte de la maltraitance. Cela comprend la maltraitance ordinaire, passive et « tissée de « petites » négligences quotidiennes »⁴⁹. Or, comme l'explique Vidal, « les éléments extérieurs, marginaux, anecdotiques sont à prendre au sérieux car ils constituent la « chambre des échos »⁵⁰. Dans une de ses recommandations, l'ANESM précise que les actes violents d'usagers envers les professionnels ne sont pas inclus dans la maltraitance, ces derniers n'étant pas considérés comme vulnérables⁵¹. Notons qu'au regard de la typologie des actes de maltraitance construite en 1992 par le Conseil de l'Europe, ce terme pourrait pourtant être utilisé. La notion de maltraitance comprend en effet les violences physiques et psychologiques telles que les coups, gifles, insultes ainsi que l'absence de considération.

1.4.2 Une bien-traitance à sens unique ?

Cette focalisation sur la maltraitance a toutefois conduit au risque de stigmatisation des professionnels du soin. Face à cela, l'ANESM a peu à peu mis l'accent sur la culture

⁴⁸ GUILLER A. *et al.*, 2012, «Les 10 ans de la loi du 2 janvier 2002. Les directeurs dressent le bilan». *ASH*, n° 2767, pp. 34-43

⁴⁹ COMPAGNON C. et GHADI V., 2009. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé : Étude sur la base de témoignages. Rapport pour la Haute Autorité de Santé, Paris., p.10

⁵⁰ VIDAL J-P, 2016, «Ces violences qui se passent de mots» in DRIEU *et al.*, *Violence et institutions*, Dunod, p.154

⁵¹ ANESM, 2012, loc. cit.

de la bien-traitance. Le but affiché est « d'aborder les pratiques professionnelles sous un angle positif »⁵². Cette notion reste cependant floue, par absence de définition juridique. Il convient cependant de ne pas la considérer comme l'inverse de la maltraitance. Pour cette raison, nous utiliserons le terme « bien-traitance » et non « bientraitance ». Il faut en effet l'envisager sous un angle plus large, telle que définit par Longneaux : « une démarche volontaire par laquelle on essaie de promouvoir, à travers les soins ou toute autre relation, l'autre comme sujet »⁵³.

A travers la recommandation de l'ANESM, nous pouvons toutefois constater que le paradigme de la bien-traitance illustre une relation à sens unique, du professionnel vers le résident. Il est en effet très peu fait mention des comportements défensifs (désignés par l'ANESM comme « violence ») et prioritairement envers les autres résidents. Un sens de la relation, de l'usager vers le professionnel, est donc absent.

Or les usagers peuvent aussi influencer sur la philosophie de bien-traitance d'un établissement d'accueil, à travers leurs propres comportements. En outre, inclure cette relation usager vers professionnel serait une véritable considération du résident comme personne dotée d'empowerment, en adéquation avec les valeurs prônées par la législation. Au-delà ce serait leur reconnaître un droit à des émotions fondamentalement humaines.

Les comportements défensifs, mais plus particulièrement les agressions, ont été pris en compte récemment dans la législation sous l'angle de la sécurité au travail des professionnels. Cela fait suite au drame de Pau où deux infirmières ont été tuées la nuit du 17 et 18 décembre 2004 par un patient en hôpital psychiatrique. Cela a conduit les législateurs à adopter un protocole sécuritaire en réponse à la violence en milieu de soins⁵⁴. Toutefois ce sont les violences de niveau 3 et 4 qui sont ciblées. Or, celles-ci sont plus exceptionnelles en EHPAD, sans commune mesure avec la récurrence des comportements défensifs. Pour l'employeur, la législation ne permet donc que partiellement de répondre à son obligation d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Nous pouvons entendre que les législateurs aient souhaité maintenir la liberté d'intervention pour les violences ne troublant pas l'ordre public. Cela signifie néanmoins qu'en tant qu'employeur, nous devons actionner tous les leviers qui favoriseront, préventivement, l'apaisement du résident.

En parallèle, la santé au travail est un sujet investi par les politiques ainsi que par les managers depuis 1898, avec la loi du 9 avril relative aux accidents du travail. En effet, un salarié en bonne santé est nécessairement plus productif, moins absent, avec des gains

⁵² ANESM, 2008, RBPP, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, p.1

⁵³ LONGNEAUX J-M., 2010, «On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir», *Gérontologie et société*, n°133, p.33

⁵⁴ Protocole d'accord national signé en 2005 pour un rapprochement entre hôpital et forces de l'ordre et complété en 2010.

financiers à la clé au niveau méso et macroéconomique. Plus que la santé au travail, c'est même le plaisir au travail qui est aujourd'hui recherché, dans une société où la valeur travail est l'une des plus plébiscitées après la famille. L'épanouissement personnel passe en effet par l'activité professionnelle puisque selon Thevenet, l'implication dans le travail est synonyme de plaisir et génère un sentiment d'appartenance à la société⁵⁵.

Au-delà, c'est également la qualité de travail qui sera affectée puisque comme l'indique le ministère de la santé « le soignant ne peut être bien-traitant que lorsqu'il est bien traité ». Nous pouvons donc constater le double intérêt des dirigeants pour la santé au travail : au niveau quantitatif, à travers l'impact sur l'absentéisme et le gain financier associé, et au niveau qualitatif, sur la qualité du travail réalisé. La santé au travail concourt donc à un meilleur accompagnement, avec des équipes plus stables, pouvant prévenir certains comportements défensifs des personnes âgées.

Ces notions de santé et bien-être au travail font également écho au principe de responsabilité sociale des entreprises qui s'affirment aujourd'hui dans la plupart des pays industrialisés.

A travers cette première partie, nous avons pu voir que le comportement défensif s'exprimait de multiples façons et pouvait avoir une incidence néfaste, tant sur l'individu que sur l'institution dans son ensemble. Limiter ces répercussions est un premier enjeu pour un directeur d'établissement, du point de vue du bien-être des résidents et des professionnels et du point de vue financier.

Un autre enjeu existe. La législation a ainsi apporté le volet *ex post* de réponse aux violences. C'est toutefois aux dirigeants d'institution, dont les EHPAD, de construire une réponse *ex ante* sur le sujet. Elle s'inscrit à travers une politique préventive des comportements défensifs, en agissant sur les sources de celui-ci. Celles-ci étant multiples, les leviers d'actions le seront aussi.

⁵⁵ THEVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler - favoriser l'implication des personnes*, Éditions d'organisation Eyrolles, 270p.

2 L'EHPAD « Les Jardins du Castel », un établissement engagé dans des démarches préventives et actives mais pourtant encore concerné par les comportements défensifs

Choisir d'étudier les comportements défensifs aux Jardins du Castel peut surprendre. En effet, aucune évaluation réalisée en amont ne met en avant ce phénomène, pas plus qu'il n'émerge de plaintes des professionnels auprès de la direction. Cependant, malgré une politique qui semble déjà fournie, des comportements défensifs perdurent dans l'établissement. Avant toute chose, une présentation de celui-ci va être réalisée (2.1). Nous effectuerons ensuite une étude globale des comportements défensifs, à travers la politique engagée (2.2) puis les difficultés restantes (2.3). Enfin, l'EHPAD étant sectorisé, une analyse par service est apparue pertinente pour mieux percevoir la réalité de notre sujet (2.4).

2.1 L'EHPAD « Les Jardins du Castel » de Châteaugiron

Présenter l'établissement est l'opportunité de comprendre le fonctionnement et la culture de l'EHPAD. Or, ces deux concepts vont influencer la politique de gestion des comportements défensifs. Trois axes vont être développés : les informations générales concernant l'établissement (2.1.1), l'EHPAD en tant que lieu de vie (2.1.2) puis en tant que lieu de travail (2.1.3). Ces informations sont issues de documents institutionnels, d'observations et d'une commande de stage relative à la participation sociale des résidents.

2.1.1 Informations générales

« Les Jardins du Castel » est un établissement public autonome situé en zone périurbaine. La capacité d'accueil est de 127 places, dont 121 lits et six places en accueil de jour (AJ). La convention tripartite est en cours de négociation. Le PE a été réécrit en 2016 et élaboré collégialement. Il y est indiqué que l'éthique défendue est «le respect et le bien-être des résidents». Ceci est aussi souligné dans l'évaluation externe de 2014.

Le prix de journée pour 2016 est de 59,87€. Les résidents peuvent bénéficier de l'aide sociale départementale et de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Depuis novembre 2007, le dossier de soins du résident est informatisé via le logiciel PSI.

Au niveau architectural, l'EHPAD est mono-établissement. Il comprend cinq services. Les Oiseaux, le Verger rez-de-chaussée (RDC) et le Verger étage sont les services du pôle Maison de Retraite, Alizés et les Florales ceux du pôle Alzheimer (annexe 1).

2.1.2 L'EHPAD : un lieu de vie pour les résidents

Au 31 décembre 2015, la moyenne d'âge des résidents était de 88 ans. Selon le rapport d'activité de 2015, 46% habitaient auparavant dans le canton de Châteaugiron. Cela dénote une population vieillissante sur le territoire.

La proximité géographique des résidents s'explique également par la politique de priorisation effectuée par l'établissement lors de l'admission. En effet, outre les critères médicaux, des critères géographiques ont été mis en place par la direction pour pallier l'excès de demandes d'hébergement du territoire. Les résidents du canton de Châteaugiron et ceux demandant un rapprochement familial sont admis en priorité.

Concernant l'évaluation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins, l'EHPAD se distingue des médianes nationales⁵⁶. Les besoins en soins techniques sont moindres contrairement aux soins relationnels. Le groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP) validé en 2016 est de 678, pour une médiane de 703. Il se décline comme suit :

Oiseaux	Verger RDC	Verger étage	Alizés	Floralies
503	713	736	747	954

Le Pathos moyen pondéré a été validé en 2016 à 220 (médiane : 175). La coupe Pathos est un indicateur éclairant pour notre sujet. Les comportements défensifs font en effet partis de ce que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) désigne comme « troubles chroniques du comportement ». Ceux-ci s'inscrivent dans les groupes de patients proches (GPP) suivants :

- GPP 2 « psychiatrie de crise » : 3% des résidents aux Jardins du Castel ;
- GPP 6 « déments déambulants » : 32% des résidents aux Jardins du Castel ;
- GPP 8 « soins légers » : 11% des résidents aux Jardins du Castel.

Nous allons à présent nous arrêter plus en détail sur la population accueillie à l'EHPAD.

Le pôle « Maison de retraite » de l'EHPAD a une capacité de 85 places. Du fait de l'architecture, les résidents sont orientés selon leur validité : Oiseaux si elle est importante, Verger sinon. Un résident des Oiseaux peut ainsi être orienté au Verger lorsque sa dépendance s'accroît. Néanmoins, les difficultés d'accessibilité dans le bâtiment Oiseaux ont conduit à un projet de construction d'un nouveau bâtiment. Plus accessible, il a pour vocation d'accueillir des personnes âgées plus dépendantes.

Le Pôle Alzheimer accueille 36 résidents. Le stade d'avancement de la maladie va déterminer le lieu d'habitat de la personne : les Alizés pour les personnes de stade 1 et 2 de la

⁵⁶ KPMG, 2014, Observatoire des EHPAD, 84p. Les médianes de référence sont ici nationales et concernent uniquement les établissements publics.

maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les Floralties pour les résidents plus atteints. Aux Alizés, ce sont généralement des personnes déambulantes. La forte demande pesant sur le service Alizés a toutefois conduit à une remise en question de la sectorisation du pôle en 2016. Pour répondre aux besoins massifs du territoire, l'établissement tend donc vers un pôle Alzheimer (Alizés et Floralties) destiné aux personnes de stade 1 et 2 de la maladie d'Alzheimer. Les résidents au profil actuellement « Floralties » seront, dans le futur, orientés sur le service Verger, l'étage étant réservé à la grande dépendance. Sans être remise en question, la sectorisation des services selon le profil de dépendance va donc évoluer dans le futur. C'est la conséquence d'une difficulté d'adapter un nombre de places, fixe par service, à des besoins perpétuellement variables sur le territoire.

Aux Jardins du Castel, tous les résidents disposent d'une chambre individuelle. Elle est personnalisable à souhait afin de favoriser l'appropriation du « chez-soi », notion primordiale pour le bien-être de la personne accueillie⁵⁷. Les animaux de compagnie peuvent être acceptés. La personnalisation se heurte toutefois à des contraintes institutionnelles telles que la surface des pièces ou la sécurité incendie. En parallèle, des espaces collectifs sont à disposition des résidents : salles de télévision, espaces de détente et lecture, espace Snoëzelen pour la relaxation, parcours d'activité santé, jardin thérapeutique, etc.

L'établissement propose une large gamme de prestations hôtelières en interne : ménage, cuisine et lingerie. Les résidents disposent de sept salles de restaurants. Dans certains services, le repas du soir est réalisé en chambre. Le petit-déjeuner est également servi en chambre, mis à part dans le service Oiseaux, les résidents étant plus autonomes. Lors de leur visite, les familles peuvent également bénéficier des repas.

Le linge excepté le linge plat est traité en interne.

Le secteur médico-social des personnes âgées s'est longtemps distingué par son homogénéité de l'offre, quasi-exclusivement d'hébergement. Ceci tend progressivement à changer, sous l'impulsion des politiques territoriales portées par les pouvoirs publics. Aux Jardins du Castel, cela s'observe par la diversification de l'offre, à travers un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places et un AJ de six places.

2.1.3 L'EHPAD : un lieu de travail des agents

L'établissement est composé de 101 agents, soit 81 équivalent temps-plein (ETP). Il dispose d'un ratio d'encadrement à 0,60. L'équipe se compose comme suit⁵⁸ (annexe 1) :

⁵⁷ BACHELARD G., 1957, *Poétique de l'espace*, Presses Universitaires de France, 228p.

⁵⁸ Chiffres issus du compte administratif 2015

- Administratif : directeur, adjointe des cadres, agents administratifs ;
- Soins : médecin-coordonnateur, cadres paramédicaux, IDE ;
- Paramédical : art-thérapeute, ergothérapeute, psychologue ;
- Accompagnement : animatrices, AS, AMP, assistants en soins gériatriques (ASG), ASH ;
- Technique et services généraux : qualitatif, cuisiniers, agents de maintenance.

Un zoo-thérapeute, un éducateur sportif, un diététicien et une infirmière hygiéniste sont également présents. En outre, des bénévoles interviennent pour diverses activités : médiathèque, ludothèque, tonic music, messe, etc.

L'équipe est pluridisciplinaire. Elle intervient sur les deux pôles, mise à part l'équipe d'accompagnement, les cadres de santé et l'art-thérapeute. Chaque cadre pilote un pôle, résultat de l'histoire de l'établissement. Cette scission tend néanmoins à s'atténuer. L'art-thérapeute exerce ses compétences au pôle Alzheimer. L'équipe d'accompagnement est répartie entre les cinq services. La mobilité interservices est toutefois encouragée et tend à s'intensifier (trois agents en 2015, sept en 2016).

Bien que l'EHPAD dispose d'un ratio d'encadrement proche de la moyenne nationale (0,66), des spécificités sont à noter. Ainsi, le ratio d'IDE est faible, avec un différentiel d'un ETP par rapport à la moyenne 2014 de l'observatoire KMPG. Au niveau des AS, le ratio est plus élevé mais compensé par un ratio d'encadrement plus faible d'ASH. Cela est le fruit d'une politique de formation active dans l'établissement, qui concourt à un dynamisme des équipes porté par le directeur. Celui-ci est très engagé dans les projets novateurs qui s'inscrivent sur le territoire. Nous pouvons citer pour exemples les consultations en télé-psychiatrie, en lien avec l'EPSM Guillaume Régnier, et les astreintes d'IDE de nuit inter-établissements. À travers ces projets, l'établissement est également en partenariat étroit avec de nombreux acteurs locaux : CH, EHPAD, centre local d'information et de coordination, équipe mobile psychiatrique, etc.

Les instances représentatives des professionnels sont dynamiques dans l'établissement. Les professionnels se réunissent également par service, à l'occasion des transmissions quotidiennes et des staffs dont la fréquence est variable. Au-delà, la politique de l'établissement porte une attention particulière à la QVT. La gestion des risques est ainsi une politique bien engagée, pilotée par le qualitatif. Le DUERP créé en 2004 est réactualisé chaque année. Les risques psycho-sociaux (RPS) sont pris en compte à travers les entretiens annuels d'évaluation, un soutien interne et/ou externe en cas de difficulté et un partenariat avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). En outre, un groupe de travail « ressources humaines », constitué en 2013, sera remobilisé pour l'année 2017 afin de renouveler l'enquête « Bien-être au travail ».

2.2 Un établissement déjà sensibilisé sur les comportements défensifs

L'EHPAD Les Jardins du Castel propose une large gamme de prestations, rendues possibles par la présence d'une équipe pluridisciplinaire (2.1). Cela est également le résultat d'une motivation commune des professionnels, réunis autour d'une politique bienveillante menée par un directeur dynamique et reconnu.

Cette politique bienveillante se décline au quotidien pour le résident, avec des impacts directs et indirects sur le processus de défense. Nous étudierons dans un premier temps les actions prévenant certains comportements défensifs (2.2.1), avant de nous pencher sur la gestion, dans l'établissement, des réactions défensives (2.2.2).

2.2.1 La prévention de la défense à travers l'adaptation de l'accompagnement

La prévention des réactions défensives s'illustre en premier lieu à travers l'adaptation à l'individu. Le PE la désigne comme « la personnalisation de l'accompagnement ». Cela permet d'agir indirectement sur les facteurs individuels de défense. Cette adaptation passe d'abord par la connaissance des habitudes et de l'histoire de vie. Elle permet de mieux identifier les potentiels facteurs de défense biologiques. Bien que le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) regroupe ces informations, il n'est toutefois pas privilégié en amont par les professionnels. Plus impersonnel qu'un entretien et informations en masse font que les données sont prioritairement recueillies auprès du résident. Le PAP est utilisé ultérieurement pour disposer d'informations ciblées.

L'adaptation de l'accompagnement s'illustre aussi lors des soins, avec la toilette évaluative. Réalisée par l'IDE et régulièrement actualisée, elle doit être au plus proche des besoins de la personne âgée. Ceci est issu de l'engagement de l'établissement dans la philosophie Humanitude depuis 2006. La toilette, accomplie ensuite par les AS et certains ASH, est transcrite dans PSI afin de certifier le bon suivi du procédé.

En outre, les équipes pratiquent si nécessaire « le report de soins », dans le temps ou auprès d'autres collègues. Cette pratique est récente en EHPAD et fait également écho à la formation Humanitude. Selon plusieurs professionnels, le report de soin permet indéniablement de limiter les comportements défensifs. « *On essaie, si ça ne passe pas, c'est notre collègue qui y va. Des fois, ça passe mieux avec l'autre* » nous dit ainsi Mme F. Or l'analyse des transmissions écrites met en exergue le moment de la toilette comme le plus à risque d'une réaction défensive (34% des comportements physiques et verbaux). Pour autant, cette technique est parfois difficile à mettre en place, bien que cela n'ait pas été le cas aux Jardins du Castel. Le report de soins bouleverse en effet l'organisation rationalisée des soins, qui permet aux agents un gain de temps et de distance parcourue.

L'activité est le deuxième levier identifié par les professionnels comme moyen préventif des comportements défensifs. C'est également le deuxième axe de « personnalisation de l'accompagnement » dans le PE. Les bénéfices qui lui sont attribués peuvent influencer les facteurs de défense liés au vieillissement ou psychologiques. L'activité c'est agir, c'est communiquer, c'est s'affirmer. Cela permet de se considérer et d'être considéré à travers ses ressources plutôt que ses déficits. Il existe deux types d'activités dans la structure :

- les activités collectives à caractère d'animation et d'occupation. Outre les bénéfices déjà évoqués, elles permettent l'intégration à un groupe. Elles se heurtent toutefois à la difficulté de plaire et d'être adaptées à tous. Des améliorations sont toutefois en cours avec la proposition d'activités sonores et à destination d'un public plus mixte.
- les activités individuelles ou en petits groupes, à caractère plus thérapeutique, évitent cet écueil. Ces moyens d'expression à travers l'art, l'activité ou encore les animaux favorise la concentration et la gestion des nombreux stimuli, visuels comme auditifs. Cela nécessite toutefois un fort taux d'encadrement. En outre, ces professionnels exercent à temps partiel ce qui amplifie la ponctualité de ces activités.

Un autre moyen d'exercer des activités en petit groupe est le PASA. Utilisé notamment pour les résidents du service Alizés, il est animé par deux soignants. Il peut fonctionner en service réduit, avec sept places. Cela arrive dès lors qu'un agent absent ne peut être remplacé. Selon les professionnels, la fermeture partielle ou totale du PASA génère quasiment systématiquement une montée des troubles du comportement dans le service. Cela confirme les bénéfices de l'activité sur les comportements, y compris défensifs.

Favoriser le bien-être des résidents passe également par un faisceau de petites choses qui font aussi la différence sur les facteurs individuels de défense. C'est ce que Vidal nomme « chambre des échos »⁵⁹. Ce sont des éléments qui ont émané au cours des entretiens avec les résidents, tels que la possibilité d'échanger avec des personnes qu'elles apprécient, le sentiment d'être reconnue, écoutée et d'être bien dans son environnement.

Le dernier volet de prévention des comportements défensifs concerne l'institution. Définie comme lieu de vie, cela s'illustre tout d'abord par l'adoption de la tenue civile professionnelle en 2011, réduisant l'aspect hospitalier et institutionnel de l'EHPAD.

Le suivi du parcours de la personne âgée entre l'accueil de jour, les Alizés et les Florales est également un procédé intéressant car il facilite l'entrée en EHPAD. Or, rappelons-le, la non-acceptation de celle-ci est un facteur de défense important. C'est donc un moment à anticiper par la personne âgée, son entourage et si possible les professionnels. L'AJ permet ce travail en étant, pour l'usager, une première approche de l'établissement. Cela

⁵⁹ VIDAL J-P, 2016, op. cit.

lui permet ainsi d'effectuer des activités mais également de se familiariser avec les professionnels et l'organisation institutionnelle. Selon la cadre de santé, l'entrée est ensuite mieux acceptée lors de l'admission aux Alizés, tant par la personne âgée que la famille. Cela facilite également l'accompagnement au quotidien pour les professionnels.

2.2.2 Une gestion du comportement défensif en lien avec le circuit informationnel

La politique de prévention ne suffit pas à anticiper toutes les réactions de défense. Il nous paraît donc intéressant d'étudier comme cela est géré dans l'établissement. Lorsqu'il se produit auprès d'un professionnel, notamment un soignant, le comportement défensif ne sera pas systématiquement transcrit ou transmis. Cela va dépendre de plusieurs éléments : la récurrence du comportement, l'évaluation par le professionnel-récepteur du niveau de défense et aussi l'évaluation par l'équipe du service. La psychologue nomme cela la « *communication souterraine* », à laquelle les autres professionnels n'ont pas accès. Cela montre le degré d'autonomie important des soignants sur ce sujet. Mme A., animatrice, nous a fait part de cette même gestion informationnelle.

Dans les cas où l'équipe s'estime désarmée, elle va solliciter le niveau hiérarchique supérieur le plus proche : l'IDE référent du service ou la cadre. Ceux-ci pourront ensuite décider de mobiliser le médecin généraliste pour bénéficier d'une réponse médicamenteuse et/ou, en interne, le médecin-coordonnateur et la psychologue. Nous pouvons noter que la réponse médicamenteuse semble néanmoins faible dans l'établissement, avec un suivi régulier par le médecin-coordonnateur. Le médecin-coordonnateur et la psychologue vont avoir tendance à s'impliquer d'elles-mêmes notamment lorsqu'elles le jugent nécessaire :

Mme D. : « Elles ne m'alertent pas directement mais je le vois [avec les transmissions] et je suis plus vigilante. Ou sinon pendant les réunions quand elles me disent « on n'en peut plus ». Mais généralement quand elles me disent ça le médecin traitant est déjà passé ».

Mme E. : « Je n'ai pas l'impression d'être tant sollicitée que ça. Donc il y a dans les transmissions, c'est noté, quand je vois ça, dans la mesure du possible, j'essaie d'y aller. [...] Ca dépend vraiment des gens dans l'équipe. Certains vont m'interpeler, d'autres non. Je sais que c'est plus bénéfique quand je traine dans les couloirs. ».

Cette sollicitation moins formelle peut être due à la présence plus ponctuelle de ces agents dans l'EHPAD. Lorsque l'information parvient au premier niveau d'encadrement (médecin-coordonnateur, cadres de santé, psychologue), celle-ci est transmise au second niveau d'encadrement, le directeur, si les solutions mises en place ne fonctionnent pas.

Un point important à noter sur notre sujet est la place primordiale accordée à la transmission orale. La comparaison entre les transmissions écrites sur PSI et les données trans-

crites par les soignants-traceurs confirme ce fait. Toutefois, le nombre de transmissions écrites, recueillies sur PSI, reste conséquent et montre la récurrence du sujet.

L'action du directeur face aux comportements défensifs est plutôt indirecte aux Jardins du Castel. Elle consiste à donner aux professionnels des ressources pour qu'ils puissent agir en autonomie face aux situations de défense. L'établissement a ainsi investi dans une politique de formation continue très développée. Elle est appréciée des professionnels, certains pointant une formation initiale insuffisante sur les comportements défensifs en EHPAD. Une vraie plus-value est ainsi accordée aux formations relationnelles et de communication comme la philosophie Humanitude ou la Validation de Naomi Feil (annexe 2). En outre, les formations peuvent être un temps de répit, important pour le bien-être des professionnels comme le note Mme E. : « *Il y'a des moments où les équipes ont besoin d'en parler, de s'épauler, d'en rire, pour se ressourcer. Prendre un peu de recul et puis* » *« allez, on y retourne ! »* ». Cela contribue également à des échanges interservices, favorisant le sentiment d'unité dans l'établissement. Or ceci est important dans la QVT.

Bien que l'axe principal d'intervention du directeur soit indirect, il peut toutefois intervenir directement lors de comportement défensif : en cas d'impasse des professionnels. Cette intervention ponctuelle s'avère efficace à double titre : auprès du résident, qui voit dans l'intervention du directeur une reconnaissance ; auprès d'une majorité de professionnels dont ce suivi et cette réactivité sont très appréciés. En outre, l'écoute du directeur est mise en avant par les professionnels comme un soutien. Mme K., soignante, explique ainsi « *quand il y a des comportements vraiment compliqués, on le met bien dans nos trans', on explique tout ça et on voit bien que le directeur est là. C'est important.* ».

2.3 Des réactions défensives qui perdurent toutefois dans l'EHPAD

Malgré la politique entreprise dans l'établissement, les comportements défensifs restent présents. Mme B., cadre, relève ainsi « *c'est quelque chose qui ne fait pas obligatoirement parti du quotidien mais qui est omniprésent en quelque sorte* ». Nous allons donc, pour cette partie, présenter le diagnostic des comportements défensifs dans l'EHPAD (2.3.1) avant de nous pencher sur une étude différenciée des deux pôles (2.3.2).

2.3.1 L'analyse transversale de ce phénomène au niveau de l'établissement

92 résidentes et 29 résidents vivent aux Jardins du Castel. Au regard de ces proportions, les comportements défensifs émanent plus des hommes puisque 279 leur sont attribués contre 381 pour les femmes. Ils sont toutefois concentrés sur certains résidents et plus

diffus pour les résidentes. La défense s'exerce en particulier sur les soignants aux Jardins du Castel, en lien avec les tâches qu'ils effectuent en EHPAD (annexe 6). Ainsi, 93% des transmissions écrites relatant des comportements défensifs proviennent de ces salariés dont 79% pour les AS, 9% pour les ASH et 5% pour les AMP. Ceci est toutefois à relativiser car AS, ASH et AMP représentent plus de la moitié des ETP dans l'établissement.

Au cours des entretiens, les professionnels évoquent assez facilement la défense physique à leur égard. Elle s'illustre par de l'opposition, une agressivité gestuelle voire de la violence avec agression. La défense physique se produit principalement lors d'actes exercés sur le corps du résident, en relation avec les besoins plus physiologiques : hygiène, transferts, habillage ou déshabillage (annexe 6). Cela illustre les difficultés liées au rapport au corps et à la transgression de l'intimité des résidents par les soignants, en dépit du principe « du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne » promu dans la charte des droits et libertés. Cependant, comme le note Mme K., AMP : *« ce serait facile pour moi de rentrer dans la chambre de certaines personnes et de ressortir en disant « bah elle veut pas ». [...] On sait qu'à un moment, faut bien la laver la personne, surtout si on sait qu'elle est souillée. Alors, à quel point il faut un petit peu forcer et dire « non maintenant on fait » ? Là c'est le plus difficile »*. Cela rejoint l'idée d'Amyot et Villez selon laquelle les soignants doivent éviter deux écueils dans leur travail : l'abus de pouvoir, qui transgressent le respect du résident, et la négligence coupable. Celle-ci est « l'abstention fautive qui consiste à ne rien faire au nom d'un principe d'autonomie absolue du patient »⁶⁰. Éviter la négligence coupable s'illustre, pour les soignants, à être parfois confronté à une violence physique du résident.

En contradiction avec le discours des professionnels, l'analyse des transmissions montrent que la défense orale est aussi courante que la défense physique (annexe 6). Nous la nommons « défense orale » car elle comprend la défense verbale et psychologique. Il a en effet été impossible de les distinguer dans notre diagnostic. Aux Jardins du Castel, elle s'illustre à travers l'agressivité (ton, menaces, incivilités), de l'agitation (cris) et de la violence (insultes, usage abusif de la sonnette, appel sans motif). La défense orale a néanmoins des motifs plus diversifiés que la défense physique. Ils sont relatifs à l'ensemble des besoins de la pyramide de Maslow (annexe 7). Si les professionnels n'évoquent pas d'emblée la défense psychologique, leur discours en est toutefois emprunt. L'incapacité à déterminer l'intentionnalité de nuire du résident semble le plus perturber les soignants. C'est probablement pour cela qu'elle génère plus de répercussions sur les agents, psychologiques comme professionnelles : *« le comportement verbal c'est ce qui est le plus touchant pour nous [...] Quand cette dame est arrivée... je sais qu'il y a des collègues qui*

⁶⁰ AMYOT J-J. et VILLEZ A., 2001, «Droit au choix, droit au risque», *Vie Sociale*, n°4/2001, pp.76-77

sont sorties et se sont mises à pleurer. Or, certaines étaient là depuis des années, mais ça les a pris à cœur. A leur dire « de toute manière changez de boulot, vous n'êtes pas faites pour ça ». C'est blessant. » Pour autant, ce type de défense fait rarement l'objet automatique d'une transmission écrite. L'échange informel entre collègues est privilégié. L'analyse de la défense physique et verbale ne faisant pas émerger d'autres informations que celles déjà évoquées, elle ne sera pas développée.

Aux Jardins du Castel, le mécanisme de défense adopté par le soignant face aux attitudes défensives de résident est la rationalisation (Rezette identifie comme autres mécanismes l'évitement, la banalisation et l'identité projective⁶¹). En effet, de manière générale, le comportement est justifié à travers des facteurs individuels et institutionnels. Une réflexion plus approfondie des professionnels s'engage lorsque les actes défensifs d'un résident sont récurrents et problématiques pour l'institution. Ce processus s'inscrit dans la culture institutionnelle des Jardins du Castel. En effet, une véritable organisation apprenante est en place, avec des agents se questionnant collectivement et constamment par le biais des staffs et formations.

De manière plus précise à propos des facteurs individuels, la personnalité et les troubles cognitifs ont été les plus évoqués par les professionnels. L'annexe 6 corrobore ces propos puisque l'un des motifs principaux de défense est la désorientation. Cela est à mettre en lien avec l'importante présence de personnes ayant une MND (32%). L'annexe 6 nous permet également de constater que les fragilités physique et/ou décisionnelle liées au vieillissement sont aussi des facteurs importants de défense.

Ces différents facteurs individuels peuvent conduire l'équipe d'accompagnement à mobiliser plusieurs ressources : en interne, l'équipe pluridisciplinaire et à l'externe, les familles. La place à accorder aux familles est toutefois variable selon les professionnels interrogés. Pour certains, mobiliser la famille dénote une incapacité de l'institution à accompagner en sécurité le résident. Ceci pourrait alors renforcer leur défiance. Au contraire, des familles se sont avérées être une ressource pour les agents, en termes d'informations ou d'aide à l'accompagnement du résident. Il s'agit donc, en les sollicitant, de ne pas leur demander de régler le problème mais d'aider l'équipe à le résoudre ensemble.

Des facteurs environnementaux ont également été identifiés par le personnel comme influençant la défense. L'aspect institutionnel et ses contraintes ont notamment été évoqués à travers l'attente, la plus faible intimité qu'au domicile, la vie en collectivité, etc. Une des résidentes interrogées m'a également évoqué son sentiment d'être parfois déconsidérée : *« je trouve qu'on nous prend, enfin c'est peut-être le rôle des assistantes j'en sais rien... Vraiment pour un peu des arriérés »*. Notre analyse des transmissions illustre que l'attente

⁶¹ REZETTE S., 2008, *Psychologie clinique en soins infirmiers*, Elsevier Masson, 184p.

en institution est source de comportement défensif aux Jardins du Castel, notamment oral. Pourtant, les résidents interrogés ont conscience des limites de l'institution et de son incapacité à répondre tout de suite à leurs désirs. Selon eux, c'est plutôt une réponse des professionnels qui peut générer une attitude défensive : « *une fois, j'avais demandé quelque chose, on m'a dit « y'a pas que vous ». Bon terminé ! Après, j'ai rien demandé. »* ».

Les autres motifs invoqués par les professionnels semblent moins sources de défense. L'organisation de la journée était très libre pour les trois résidents interrogés. Leur logement était considéré comme point d'ancrage dans un collectif assez peu investi. Cette notion d'ancrage conteste la sectorisation de l'établissement selon la dépendance. Cette structuration implique en effet un changement de chambre du résident dès lors que sa dépendance ne correspond plus au profil du service. Cela est assez mal accepté par certains résidents et professionnels. Une salariée note ainsi : « *on parle du domicile mais ici, on fait quand même beaucoup de transferts en interne. Le domicile, il n'est pas respecté* ». Une résidente exprime également « *on voulait que je parte de cette chambre, qui est devenue quand même mon chez-moi, alors que moi, je n'y étais pour rien. J'ai trouvé ça injuste* ». Cette situation est malgré tout particulière. Le changement de chambre proposé était issu des plaintes de cette résidente face aux cris incessants de sa voisine. Toutefois, cela illustre l'attachement qu'elle porte à son logement ainsi que les conséquences de l'agitation d'un résident sur le collectif.

Dans cette analyse, nous pouvons donc constater que les comportements défensifs envers les professionnels sont autant physiques qu'oraux. Face à cela, les agents ont tendance à justifier ces attitudes à travers les facteurs individuels que sont la personnalité et les troubles cognitifs. Pour autant, l'impact de l'environnement n'est pas à négliger.

La récurrence de la défense va conduire les soignants à se questionner et solliciter d'autres professionnels : en interne, l'encadrement de proximité est privilégié, à l'externe ce sont le médecin traitant et la famille.

2.3.2 Une typologie spécifique à chaque pôle : une défense plus orale au pôle Maison de retraite, une défense plus physique au pôle Alzheimer

Dans le pôle Maison de retraite, les services où les résidents disposent d'une relative autonomie (Oiseaux et Verger RDC) sont marqués par une défense orale plus importante : respectivement 82 % et 74 % des actes défensifs (annexe 6). Cela est saillant au regard du service Verger étage qui accueille de la grande dépendance. La tendance s'inverse : la défense physique est la plus présente.

Les motifs les plus récurrents de défense sont relatifs à la dépendance : hygiène et transferts. Cela montre la nécessité des formations autour d'un soin relationnel le plus adapté et sécurisant possible. Ceci est engagé aux Jardins du Castel notamment à travers l'Humanitude. Les bienfaits de la « capture sensorielle » sont d'ailleurs notés par les professionnels, bien que tous soulignent la nécessité de considérer l'Humanitude comme « *un outil parmi d'autres* ». Au vu de nos chiffres, cette dynamique de formation dans l'établissement doit être maintenue. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle est inefficace actuellement. Comme nous l'avons évoqué, la limite de cette analyse est de se baser uniquement sur les comportements défensifs existants et non ceux évités.

La défense est plus présente le matin et le soir, avec la chambre pour lieu de prédilection. Ceci est lié aux motifs décrits précédemment. En outre, ce sont les moments où les soignants sont les plus « pressés », en manque de temps selon les propos tenus en entretiens. Nous avons pu relever qu'aux Oiseaux et Verger RDC, les lieux et professions concernées étaient cependant plus hétérogènes. Deux résidents du pôle ont également mis en avant un fait : l'importance accordée à l'aspect relationnel avec le professionnel.

Mme I. : « Quand je suis arrivée, c'est Nadia [soignante] qui m'a rattrapée avec l'épuisette vous voyez ? Et avec Nadia c'est comment dire. A la vie, à la mort. Et ça a été immédiat ».

Mme J. : « On est plus libre avec certains employés qu'avec d'autres. Oh oui ! Et bien j'ai remarqué que les hommes sont plus sympas ».

L'implication des familles dans ces comportements défensifs est identique aux trois services, spécifique de la politique de la cadre. Elles sont informées en cas de récurrence d'une défense qui met à mal les professionnels ou les résidents et lorsque l'institution s'avère impuissante. L'objectif affirmé par la cadre est d'informer les familles et de pouvoir recueillir, en parallèle, des éléments de réponse à ces comportements.

Dans le pôle Alzheimer, la typologie de défense se rapproche du service Verger étage. Les défenses physiques et orales sont relativement équivalentes. Cela conforte notre hypothèse corrélant défense physique et dépendance. Ce peut être lié à la différence d'accompagnement proposé pour ces résidents, plus centré sur les besoins physiologiques. En effet, pour le pôle Alzheimer, les motifs principaux de défense des résidents concernent les actes liés à l'hygiène et aux transferts. A noter l'apparition du motif d'habillage/déshabillage alors même qu'au Verger étage, ce sont des actes également réalisés en grande partie par des professionnels. Peut-être est-ce dû aux MND, qui rendent moins compréhensible à la personne le fait d'être habillée ou déshabillée ? Certaines MND conduisent en effet à des troubles de rappel pouvant concerner les apprentissages acquis. Cette incompréhension, du fait de la pathologie, est très justement illustrée par Mme G., art-thérapeute : « *c'est comme si vous arriviez en Chine et que vous ne connaissiez rien à la Chine. Vous ne parlez pas chinois donc vous ne comprenez pas leur langue.*

On vous donne des baguettes mais vous avez l'habitude de manger avec des fourchettes. Comment ça marche ce truc pour manger ? ».

Comme pour le pôle Maison de retraite, les moments principaux de défense sont le matin et le soir. Nous pouvons toutefois noter une caractéristique pour le pôle Alzheimer : la nuit apparaît également comme moment de défense. Il y a donc là un enjeu pour l'équipe de nuit. Celle-ci, composée de trois AS pour l'ensemble de l'établissement, a déjà mis en œuvre un levier d'action validé par la direction. En 2016, des ateliers « nocturnes » ont en effet été créés. A destination de l'ensemble des résidents, ils sont particulièrement ciblés sur les résidents du pôle Alzheimer, les besoins étant plus importants du fait de la désorientation. Les ateliers ont donc lieu dans ce bâtiment. Ultérieurement, il pourrait être intéressant de réaliser une étude d'impact sur les comportements défensifs nocturnes, notamment ceux aux Alizés. Par ailleurs, le lieu de défense principal et la profession concernée restent identiques au pôle Maison de retraite. Ceci provient certes des motifs évoqués mais également de la composition des équipes. En effet, aucun ASH n'intervient aux Alizés contrairement aux Floraliès. Cela s'illustre dans nos données.

Dans ce pôle, les familles semblent très investies dans l'accompagnement de leur parent. L'existence de l'AJ, avec la transition facilitée aux Alizés pour le résident est une première approche. En outre, des activités conjointes résident/famille sont organisées par l'art-thérapeute. Il semble émaner de ce pôle, en particulier aux Alizés, un besoin réciproque entre familles et soignants. L'entourage a besoin des professionnels pour mieux connaître la vie quotidienne du résident et mieux comprendre ses réactions tandis que pour les soignants, l'entourage est une ressource essentielle pour mieux connaître la vie antérieure de la personne âgée. Cela peut les aider à comprendre et mieux gérer certaines réactions, et ainsi améliorer l'accompagnement du résident.

2.4 Étude d'un phénomène singulier à chaque service du fait d'un niveau de dépendance variable

Malgré certaines caractéristiques communes des comportements défensifs aux Jardins du Castel (2.2), un niveau plus micro est apparu pertinent à analyser : le service. Nous l'avons en effet souligné, l'une des spécificités de l'établissement est l'organisation des services selon le profil pathologique et selon la dépendance. Or ces caractéristiques peuvent influencer sur le comportement de défense. Chaque pôle se différencie selon le profil pathologique et les services de chaque pôle selon le profil de dépendance.

Nous allons procéder dans notre étude de manière identique pour le pôle Maison de retraite (2.3.1) et le pôle Alzheimer (2.3.2). Une analyse de la défense sera réalisée par service, puis les solutions mises en place par chacun seront ensuite présentées.

2.4.1 Dans les services du pôle Maison de Retraite : une forte hétérogénéité de la défense, avec de multiples professionnels concernés

Le pôle Maison de retraite regroupe un public hétérogène de personnes âgées, dont l'autonomie fonctionnelle et/ou décisionnelle est très variable. Notre analyse le met en exergue, à travers les différentes typologies de comportements défensifs selon le service. C'est également ce qui ressort dans le discours des professionnels.

Le service Oiseaux se démarque par une hétérogénéité des comportements défensifs, à tout niveau : motifs, moment, lieu, agent récepteur. Ceci est en lien avec la population qui y vit. Les Oiseaux accueillent en effet 42 personnes valides, dont la venue en EHPAD n'est pas uniquement liée à une perte d'autonomie fonctionnelle ou décisionnelle. Ce peut-être également lié à ce que B. Ennuyer nomme la dépendance-lien social, soit « le fait d'avoir besoin des autres pour se réaliser »⁶². Cette dépendance se perçoit dans les motifs de défense spécifiques à ce service : devoir attendre, prestations de linge et repas, contraintes médicales ou contraintes imposées par les professionnels. Cela dénote un service où les résidents agissent autant comme « consommateur » qu'usager. Cette caractéristique, associé à l'autonomie fonctionnelle des résidents expliquent également que les moments et lieux de défense soient plus variés. De même, les agents récepteurs sont plus divers. Nous pouvons toutefois noter dans ce service qu'un résident condense à lui-même 56% des actes défensifs recueillis. Pour celui-ci, une réorientation vers une structure psychiatrique a été envisagée en 2016. Toutefois, aucune suite n'a été donnée car cela a été considéré comme insuffisamment bénéfique pour lui face au risque de perturbation causée par un déménagement. Il est intéressant de voir ce que disait une soignante sur cette situation : « *un monsieur, à un moment donné, a failli être envoyé en hôpital psychiatrique et dans l'équipe même si certains jours on a dit « on en a marre, ce n'est plus de notre ressort », on a tous refusé qu'il s'en aille. [...] Car certaines périodes ça va mieux* ». Nous percevons, à travers ce discours, la volonté de réussir à accompagner ce résident y compris avec sa défense.

La diversité de la défense génère pour les soignants aux Oiseaux un « sentiment de tâtonnement ». Curieusement, outre les collègues, les autres résidents peuvent s'avérer être une ressource pour les professionnels. En effet, ils vont parfois répondre au résident défensif et donc soutenir indirectement le professionnel.

Outre les leviers déjà évoqués, la prévention du comportement défensif va ici passer par la délivrance d'informations en amont aux résidents par les professionnels. Cela semble être un pont entre le lieu de vie et le lieu de travail. La gestion du comportement défensif

⁶² ENNUYER B., 2004, *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, Dunod

est plutôt de l'ordre de « la fuite » : diversion verbale (notamment humour), mise à l'écart, etc. Les professionnels considèrent cette attitude comme la seule possible pour maintenir un lien de confiance avec le résident, qui serait définitivement brisé en cas de réponse agressive de leur part. Le corolaire de cette fuite est cependant une gestion émotionnelle qui parfois défaille : *« je me suis vue un matin me mettre à pleurer comme une gamine parce que je n'en pouvais plus. Ça allait mieux ¼ d'heure après »*. Nous pouvons constater, à travers les propos tenus en entretien, que les réponses des agents au comportement défensif semblent avant tout individuelles. C'est en cas de récurrence que les collègues soignants puis l'équipe pluridisciplinaire sont sollicités.

Le Verger est sectorisé entre rez-de-chaussée et étage depuis 2013. Cette sectorisation a conduit à l'instauration de deux équipes de soignants et a été pointée comme bénéfique aux résidents. Cela permet en effet une organisation en petites unités de vie. Les professionnels, moins nombreux et plus fixes, sont mieux repérés par les personnes âgées. En retour, les professionnels ont une meilleure connaissance des résidents : leurs habitudes, leurs goûts, etc. Tout ceci est reconnu comme ayant réduit les comportements défensifs et montre la nécessité, en tant que manager, d'instaurer une certaine stabilité du personnel pour les résidents. Pour autant, cette stabilité ne doit pas conduire à de l'immobilisme professionnel, pouvant générer un risque d'épuisement des agents.

Le Verger RDC, transition en terme de dépendance entre Oiseaux et Verger étage, semble également être une transition entre les comportements défensifs aux Oiseaux et au Verger étage. Les motifs sont moins hétérogènes qu'aux Oiseaux mais plus diversifiés qu'au Verger étage. Malgré cela, les réactions défensives sont d'abord ciblées sur les AS, et ont lieu en chambre. Notre analyse comporte toutefois un biais : le faible nombre de transmissions recueillies pour ce service (10% des données totales). En outre, 14 % n'expriment pas de motifs à la défense. Cela pose la question de la traçabilité réalisée par cette équipe. Selon les propos d'une soignante, la défense exprimée dans ce service est plutôt psychologique (menaces et dénigrement). Nous avons constaté en entretien que la défense psychologique était peu nommée mais continuellement présente dans les discours et pesante pour l'équipe. Cela peut expliquer cette faible traçabilité.

Les comportements défensifs du Verger étage sont symboliques de la dépendance des résidents qui y vivent. Les défenses sont plus physiques et principalement conséquentes d'une approche de leur corps. Ainsi, l'hygiène représente 40 % des actes de défense dans le service, les transferts 29%. Dans ce cadre, la formation Humanitude déjà engagée dans l'établissement semble à privilégier pour les soignants de ce service. Loin d'être l'unique solution, elle peut s'additionner à d'autres formations mettant l'accent sur les temps de relation pendant et en dehors du soin. La chambre peut également être un

moyen environnemental pour apaiser le résident. Au-delà de ces motifs pointés en transmissions, une soignante nous évoque celui de la douleur que les résidents ne parviennent pas toujours à expliciter. Face à cela, une évaluation réalisée par le soignant a été mise en place sur PSI. Elle permet ainsi de mieux ajuster la réponse médicamenteuse.

Malgré la sectorisation du service Verger, des connexions fortes existent encore entre l'étage et le rez-de-chaussée, facilitées par l'architecture. Chaque équipe peut ponctuellement se mobiliser pour l'autre niveau et la cadre de santé dispose d'un bureau dans ce bâtiment. Les réponses face aux comportements défensifs vont également se rapprocher. La soignante interrogée évoque l'information et la diversion comme moyen de prévenir et/ou gérer le comportement défensif. Cela ne fonctionne pas toujours puisque peuvent émerger des réactions émotionnelles ou parfois des répercussions sur les autres résidents : *« quand ça (comportement défensif) nous arrive, le reste de la journée on peut être sur les nerfs. Donc c'est vrai qu'on va chez les autres résidents [...] des fois, ils vont nous dire « vous allez trop vite ! » »*. Pour autant, la réponse émotionnelle adoptée le plus souvent par les soignants semble être la carapace : *« faut pas prendre ça à cœur »*.

La sollicitation de l'équipe face aux comportements défensifs semble plus prégnante au Verger qu'aux Oiseaux. Ainsi, l'accompagnement peut s'organiser selon une affinité entre soignant et résident, de l'initiative du professionnel ou de la cadre. L'équipe pluridisciplinaire est évoquée comme ressource, tout comme la formation Humanitude. Cela fait lien aux comportements défensifs spécifiques du Verger étage auxquels semblent très bien répondre les formations comme celle de l'Humanitude.

2.4.2 Dans les services du pôle Alzheimer : une défense à gérer de jour comme de nuit pour les soignants

De la même manière qu'au pôle Maison de retraite, la typologie des comportements défensifs du pôle Alzheimer est marquée par le profil de résidents accueillis. Des différences sont ainsi visibles entre le service Alizés et le service Floralties.

Aux Alizés, outre les motifs relatifs aux besoins physiologiques, un motif principal de défense apparaît : la désorientation. Cela confirme les propos de De Saussure, liant syndromes démentiels et agressivité. Pour y pallier, les soignants s'appuient sur l'observation quotidienne, s'aidant des transmissions orales et écrites. Nous constatons que c'est ce service qui transcrit le plus de comportement défensif (32% des données, pour un service représentant 18% des résidents). Cela met en avant certes leur récurrence mais aussi la

forte traçabilité de ce sujet aux Alizés. Nous pouvons supposer que c'est une dynamique qui s'auto-entretient. En effet, la forte traçabilité d'une équipe peut conduire chaque agent à vouloir transcrire dans une volonté d'appartenir au groupe de pairs. C'est ce que la psychologie sociale nomme « l'influence normative des groupes sociaux ». En outre, un code de classification des troubles du comportement est utilisé dans les transmissions écrites aux Alizés. L'enjeu derrière ce tissu d'informations, comme l'explique la cadre, est d'avoir un maximum de « clés d'ouverture » pour apaiser le résident en amont. La formation aux maladies Alzheimer et apparentées auprès des professionnels a également été bien investie il y a quelques années, délivrée par la cadre du pôle spécialisée sur le sujet.

Les leviers de réponse se concentrent toutefois plus sur la gestion du comportement que sur sa prévention. En effet, la pathologie rend cette dernière difficile. L'adaptation de l'accompagnement et l'apaisement par l'environnement est toutefois effectif. Un travail a par exemple été réalisé sur les locaux aux Alizés à travers des couleurs « d'orientation » : lumineuses pour les espaces collectifs diurnes, plus sombres pour les espaces nocturnes. L'importance d'un environnement collectif sécurisant s'illustre dans nos données puisque les comportements défensifs aux Alizés se passent dans les chambres mais aussi les couloirs et la salle-à-manger. Ces différents lieux sont donc encore à sécuriser.

Les professionnels du service Alizés utilisent l'activité comme moyen de prévention des comportements défensifs. Le PASA est ainsi fortement apprécié pour ses bienfaits auprès du résident. Comme l'explique l'équipe, la fermeture du PASA, le week-end ou ponctuellement en semaine, a généralement des conséquences promptes à l'agitation. Or, cette dernière peut être source de défense. Pour cette raison, la fermeture ponctuelle du service par manque d'agent, bien que justifiée par des contraintes financières, est assez mal perçue. L'art-thérapie est également un moyen de gérer les comportements de défense, en offrant un moyen d'expression personnalisé et adapté au résident. L'art-thérapeute regrette cependant d'être sollicitée parfois dans l'urgence ce qui, note-t-elle, arrive plus souvent lorsque le PASA est fermé.

La gestion du comportement défensif est, aux Alizés, plus collective. Les réactions des soignants semblent également moins empruntées d'émotions face aux comportements défensifs qui se justifient par la pathologie. L'absence de nuisance volontaire du résident étant certaine, cela peut expliquer cette gestion émotionnelle plus constante. Un salarié l'interprète comme une banalisation de ces comportements même si un désarmement ponctuel des professionnels peut apparaître selon lui. Toutefois un risque spécifique existe pour ce service : la « propagation » de la défense entre les résidents, avec effets cumulatifs. Ainsi, un comportement individuel, sans être clairement défensif peut toutefois générer des troubles sur d'autres résidents, multipliant les risques de défense.

Dans ce cas, la réponse des soignants va être de « prioriser » l'urgence pour enrayer cette spirale ou la contrôler le plus rapidement possible.

Selon les proportions de défense physique et orale, le service Floralties se rapproche du Verger étage. Nous pouvons constater des similitudes au niveau du lieu et des agents récepteurs. Le projet d'un service « grande dépendance », regroupant les résidents au profil actuellement Verger étage ou Floralties, s'accorde ainsi aux résultats de notre étude. La défense physique est plus présente qu'aux Alizés, du fait sans doute d'une dépendance fonctionnelle nécessitant plus de soins corporels. En parallèle, la désorientation n'apparaît plus comme motif de défense. Nous pouvons ainsi constater que les motifs de défense restent liés aux besoins physiologiques : hygiène, transferts, habillement/déshabillage. Le rasage apparaît toutefois comme un moment particulier lors de l'hygiène où s'observent des comportements défensifs. Ceci est spécifique au service et mériterait d'être approfondi en formation.

Le premier axe d'intervention concerne l'accompagnement, dans les soins et l'activité. Aux Floralties, cela s'articule autour du confort. L'animatrice du service va par exemple intervenir avec de la relaxation individuelle. En outre, l'espace Snoëzelen est à proximité pour permettre un apaisement du résident à travers les cinq sens. Les professionnels lui attribuent toutefois des limites telles qu'une obscurité pouvant générer de l'angoisse. Dans ce cadre, un « chariot Snoëzelen » suscite plus d'adhésion. La zoothérapie est également proposée dans le service. Ceci nous illustre la pluri-professionnalité offerte dans les Floralties. Au niveau de l'environnement, les espaces collectifs sont moins investis qu'aux Alizés. Les résidents étant essentiellement dans leur chambre, c'est prioritairement cette sphère privée qui doit être apaisante grâce à une action conjointe des familles et des professionnels.

Pour conclure ce diagnostic, nous pouvons constater que les Jardins du Castel est un EHPAD mobilisé sur le sujet des comportements défensifs. En effet, des actions multiples de prévention et de gestion de ces actes existent. Elles sont soit communes à l'ensemble de l'établissement, soit propre à chaque service. Il est intéressant de noter que la sectorisation par pathologie et dépendance des résidents conduit à des typologies différentes de comportement défensif, appelant à des réponses spécifiques.

Toutefois, des difficultés perdurent. Notre troisième partie sera donc dédiée aux éléments de réflexion pour permettre d'aller plus loin dans la politique de gestion des comportements défensifs aux Jardins du Castel.

3 Les éléments de réflexion pour agir sur les sources de comportements défensifs : l'importance d'une approche préventive et active auprès des résidents et professionnels

Le comportement défensif est un sujet complexe, avec une concomitance de facteurs, de répercussions et d'acteurs (1). L'étude effectuée aux Jardins du Castel nous l'a illustré, notamment par une réalité diverse selon chaque service (2). Ceci semble logique, le comportement dépend de l'humain, et l'Humain se caractérise par sa complexité. A présent, nous allons donc développer les pistes d'actions possibles pour l'établissement (3). Il s'agit de compléter ce qui a déjà été mis en place sans pour autant l'ignorer, afin de favoriser plus encore le bien-être des résidents et des professionnels. Ces pistes ont aussi leurs limites. Considérons-les comme des moyens supplémentaires de prévenir et/ou gérer les comportements défensifs (annexe 8).

Les deux premiers points développés sont relatifs à la prévention par l'environnement : la sécurité du lieu de vie (3.1) et le renforcement d'une approche globale auprès du résident (3.2). En outre, agir directement sur les facteurs environnementaux peut influencer les facteurs individuels de défense. Néanmoins, celle-ci ne peut être systématiquement prévenue. Nous développerons donc le soutien à assurer aux professionnels dans ces situations (3.3). Enfin, le dernier point s'orientera sur les perspectives d'un sujet qui s'insère dans un contexte territorial et politique mouvant (3.4).

3.1 Créer un lieu de vie apaisant pour les personnes accueillies

L'environnement joue un rôle important sur le comportement. Nous avons en effet constaté dans cette étude qu'une défense pouvait émaner du fait de facteurs environnementaux, dont certains directement liés à l'institution. Deux périodes-clés ont émergé. Nos propositions vont donc s'arrêter sur celles-ci : l'entrée (3.1.1) et la vie dans l'institution (3.1.2).

3.1.1 Sécuriser le résident lors de son entrée en EHPAD

L'entrée en EHPAD est généralement difficile pour l'usager. En effet, c'est un moment rarement anticipé, qui fait suite généralement à une dégradation brutale de l'état de santé de la personne et/ou un entourage pressant. Cela complique l'acceptation de l'institutionnalisation. En parallèle, les personnes âgées font face à une pénurie de place en établissement d'hébergement. C'est le cas aux Jardins du Castel. Cela peut conduire à une plus grande précipitation à accepter une place vacante, sans que la personne n'y soit

réellement prête. Mme J. nous illustre le cas inverse puisque justement, elle a pu bénéficier d'une entrée au moment où elle et ses enfants l'ont souhaité, après l'été. Ceci a toutefois été possible car son état de santé lui permettait de rester à domicile.

Face à cette première difficulté, la cadre interrogée a souligné une piste d'action intéressante : l'hébergement temporaire. L'établissement dispose actuellement d'une place, plutôt utilisée comme chambre « tampon », ce qui augmente le taux d'occupation. Un projet de reconstruction est toutefois en cours, avec une autorisation pour deux places d'hébergement temporaire en 2018. Recentrer une des places sur une fonction d'hébergement de pré-admission pourrait donc être envisagé.

L'objectif est de donner la possibilité à une personne âgée de passer quelques jours dans l'établissement avant qu'elle n'entre en hébergement permanent. Cela lui permettrait de mieux connaître le fonctionnement de l'institution, semblable à ce qui existe déjà aux Alizés avec l'AJ. En outre, c'est l'occasion de donner à la personne le temps de réfléchir et surtout de choisir de manière plus « éclairée » son futur hébergement. C'est en droite ligne avec les principes de la loi 2002-2. En parallèle, les professionnels pourraient mieux découvrir la personne âgée, sa personnalité et son profil médical, permettant un ajustement plus rapide de l'accompagnement à offrir. En outre, cela faciliterait l'orientation du futur résident dans le service adéquat.

Bien évidemment, des limites existent. Tout d'abord, la provenance des résidents. En effet, en 2015, huit provenaient du domicile mais sept sortaient de l'hôpital. Or, il est plus difficile de proposer l'hébergement temporaire dans ce cas. Notre proposition se heurte également à l'urgence de l'entrée et le manque de place en EHPAD. Malgré l'hébergement temporaire, la personne âgée peut consentir à l'institutionnalisation sans pour autant l'accepter. Néanmoins, ce processus d'hébergement temporaire a le mérite de proposer un choix à l'usager et lui laisser un plus grand temps de décision. Or, affirmer son pouvoir de décision est un des motifs de défense. En outre, nous proposons d'agir par étape pour cet hébergement de pré-admission en identifiant d'abord une seule des deux places. Après un an, ce dispositif pourra être évalué au regard de sa pertinence et son coût (le taux d'occupation de la place étant plus faible) afin d'être réajusté au mieux.

Renforcer dès l'entrée le lien entre personnes accueillies pourrait également permettre une arrivée en EHPAD moins impressionnante. Actuellement, une présentation du nouveau résident est faite le premier jour lors du repas, à la table où il mange. Nous proposons de développer un lien privilégié entre deux résidents en instaurant par exemple la notion de « référent-résident ». Le référent-résident aurait pour mission de présenter l'EHPAD de l'intérieur au nouvel arrivant, tout en facilitant son intégration dans la collectivité. En cours de stage, une résidente des Oiseaux s'était plainte du manque d'informations quand une nouvelle personne arrivait. Le résident-référent pourrait pallier

cela. Une nomination selon la proximité des logements ou des places à table entre les deux résidents semble le plus pertinent, après accord du résident possiblement référent. Ce sont en effet les lieux les plus générateurs de relations. Avant d'être mis en place, nous préconisons la sollicitation du Conseil de Vie Sociale sur la question. Mais, pour le moment, ce dispositif semble adéquat notamment aux services Oiseaux et Verger RDC. Cela pourra néanmoins changer avec l'évolution du public accueilli dans les années à venir aux Oiseaux.

3.1.2 Privilégier l'organisation en petites unités de vie

Travailler sur l'entrée en EHPAD est un premier pas pour construire un lieu de vie apaisant. Travailler directement sur ce lieu de vie est le second.

Comme nous l'avons déjà évoqué, un travail sur l'environnement a été réalisé pour l'AJ, notamment à travers les couleurs des pièces de vie. Les retours ont été très positifs. L'EHPAD est cependant un lieu d'hébergement. L'idée est donc de rattacher l'organisation du lieu de vie à celle de la maison, donnant ainsi plus de repères à la personne âgée. Mialocq donne des perspectives intéressantes sur ces différents espaces⁶³ :

- Le hall d'entrée. Il est à considérer comme espace d'accueil plutôt que d'attente. Aux Jardins du Castel, c'est le cas aux Oiseaux et Alizés mais pas pour le bâtiment Verger où l'espace télé coïncide avec l'entrée du bâtiment. Mialocq propose de distinguer hall et salon. Celui-ci, réservé aux résidents, est ouvert et aménagé en « U » pour ouvrir sur un horizon animé : cheminée, aquarium, fontaine, allers et venues, etc. C'est également un élément à considérer pour le futur bâtiment.
- Les espaces communs. Plutôt qu'un grand espace, un ensemble de petits espaces favorise une ambiance conviviale. Cette configuration existe aux Jardins du Castel pour les salons et restaurants. Les espaces communs comprennent également les lieux de passage, qu'il faut personnaliser. Ici, les couloirs sont emplis de tableaux et photos de la vie à l'EHPAD. Mialocq s'attarde toutefois sur les ascenseurs, espace majeur de transition pour les personnes âgées. Il propose l'aménagement des alentours comme lieux d'attente avec distractions visuelles et sonores. Ceci pourrait être travaillé dans le pôle Maison de retraite où les services disposent d'ascenseurs utilisés par les résidents. L'attente dans des fauteuils est possible mais l'espace est peu contenant, ni animé.
- La chambre. En tant qu'espace privatif, elle doit si possible faire l'objet d'une personnalisation par le résident et la famille. Pour favoriser cette envie, le Silver Concept tra-

⁶³ MIALOCQ H., 2012, *Maltraitance en EHPAD – Chroniques de ces petits riens qui nuisent au quotidien*, Éditions L'Harmattan, pp.23-31

vaillie sur la modularité : possibilité de changer le lit de place, cloison dans la pièce pour maintenir une certaine intimité (tout en assurant la circulation giratoire), etc.⁶⁴. Investir ce nouveau chez-soi devient ainsi plus aisé, bien que cela ne soit pas assuré.

Nos entretiens relèvent des propos divers concernant la considération de la chambre :

Mme H. : « Je me sens bien. C'est un peu idiot mais ici, j'ai un sentiment d'indépendance. ».

Mme I. : « Ici, on ne peut pas améliorer les choses. C'est parfaitement impersonnel. ».

Mme J. : « On est quand même dans une maison de retraite. Mais je me plais bien ici. Je n'ai pas de vis-à-vis, j'ai un joli balcon. ».

En parallèle de l'environnement architectural, l'environnement sensitif et visuel est également un moyen de limiter les stimuli pouvant générer de la défense. Au niveau visuel, il s'agit d'assurer une luminosité adaptée, selon le lieu (espace commun ou privé) et le moment de la journée. Le contraste par couleur va aussi favoriser un guidage pour les résidents. Une anecdote en stage montre l'importance de celui-ci en EHPAD. Une résidente avait en effet heurté un poteau ayant une couleur identique aux murs. Cela a conduit le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à réfléchir sur une signalétique appliquant le contraste de couleurs. Au niveau sonore, des revêtements absorbants peuvent être utilisés. L'effet positif de tableaux absorbant le son a en effet été mis en avant par un des professionnels exerçant dans un autre EHPAD.

Le futur bâtiment des Jardins du Castel en 2018 est l'opportunité d'appliquer certaines de ces propositions. Un groupe de travail composé de professionnels et résidents pourrait être mis en place dès aujourd'hui, afin qu'ils réfléchissent ensemble à son aménagement. Une évaluation ultérieure des propositions appliquées pourrait ensuite ouvrir de nouvelles perspectives sur les locaux existants.

Travailler sur l'environnement peut également s'adjoindre à un travail organisationnel : la sectorisation. Nous avons pu le lire, celle-ci a été considérée comme bénéfique dans la prévention et gestion des comportements défensifs au Verger. Mme L., directrice d'un CH et de deux EHPAD nous a confirmé ce fait pour son établissement. L'unité de vie plus réduite diminue en effet l'aspect institutionnel au profit d'un cadre plus sécurisant, moins anonyme. Les relations sont facilitées car résidents et professionnels se connaissent mieux. Aux Jardins du Castel, le service Oiseaux pourrait faire l'objet d'une sectorisation. Actuellement les contraintes architecturales conduisent à accueillir un public assez valide. L'équipe est donc en faible nombre, ce qui ne rend pas la sectorisation possible en termes de présence auprès des résidents. Toutefois, le déménagement futur de ce service et l'évolution de la population accueillie conduiront très probablement l'établissement à investiguer cet axe organisationnel.

⁶⁴ Concept créé en 2015 par Clubster Santé et le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

En outre, les contraintes organisationnelles sont alors plus souples. L'organisation des soins selon l'affinité, comme cela peut être le cas lors d'un comportement très défensif au Verger étage, n'est en effet pas possible dans un grand service non sectorisé. L'approche relationnelle est donc plus aisée dans les petites unités de vie, ce qui peut contribuer à limiter les attitudes de défense.

Au-delà des soins, c'est l'activité à travers l'animation qui peut faire l'objet d'adaptation. L'organisation dans un autre établissement de « chariot d'animation », par thème, nous a paru très intéressante. Aux Jardins du Castel, plusieurs chariots « prêts à l'emploi » pourraient être créés. Les résidents choisissent ainsi l'activité à l'instant T, selon leur envie du moment, plutôt que sur un planning déjà établi. Donner ce choix, introduire de l'imprévu : les personnes ont alors la possibilité de prendre l'initiative plutôt qu'uniquement « consommer » des animations. Ceci concourt aussi à leur valorisation. Cette proposition doit toutefois s'appliquer progressivement : au départ, par exemple, sur une seule ou deux plages horaires dans la semaine. Cela évite un bouleversement des repères pour les résidents, tout en donnant du temps à l'animatrice-coordinatrice pour organiser ce dispositif. Les chariots favoriseraient, en outre, la conduite d'ateliers par tout professionnel. L'animatrice-coordinatrice serait ainsi renforcée dans son rôle de coordinatrice au risque, toutefois, d'être plus éloignée des personnes âgées.

3.2 Renforcer l'approche relationnelle et holistique auprès du résident

Outre l'environnement (3.1), l'approche relationnelle et holistique peut agir sur les facteurs de défense. Elle constitue en cela le second volet de prévention des comportements défensifs. Le directeur intervient dans ce cadre comme décideur. Nous déclinons ce volet de prévention à travers la politique de formation, outil d'autonomie pour les professionnels (3.2.1) puis la communication, outil de collaboration interdisciplinaire (3.2.2).

3.2.1 Former en continu : un outil d'autonomisation des professionnels

Pour prévenir et gérer au mieux les comportements défensifs, les professionnels sollicités ont tous mis en évidence l'intérêt de la formation continue. Prénante dans le secteur public, avec l'obligation triennale de développement professionnel continu⁶⁵, elle est particulièrement développée aux Jardins du Castel. En lien avec notre sujet, ce sont notamment des formations travaillant l'approche relationnelles qui sont à investir. Nous avons déjà évoqué la philosophie Humanitude et la Validation (annexe 2) auxquelles nous pou-

⁶⁵ Obligation issue de l'article 114 de la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) publiée le 27 janvier 2016 et complétée par le décret 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

vons ajouter les approches non médicamenteuses. Les professionnels apprécient ces formations pour leurs impacts positifs, tant sur le travail d'autonomie du résident que sur la gestion des comportements défensifs. En effet l'autonomie acquise ou conservée par la personne âgée dans son accompagnement, en donnant à celle-ci plus de pouvoirs, est un moyen de limiter ses réactions de défense. Au-delà du technique, c'est également considérer le résident dans sa globalité : sa personne, ses relations (amicales, amoureuses), ses attentes et ses besoins. En outre, les agents encouragent la diversité de formations qui leur donne des boîtes à outils de réflexion et d'action. Cette étude a toutefois mis en évidence l'accent à mettre sur les moments relatifs à l'intimité et au corps. Bien que cela soit déjà développé dans certaines formations, nos données montrent ainsi la nécessité d'être continuellement travaillé.

En complément, il pourrait être intéressant d'investir sur des formations de communication. La Validation en est une mais elle ne s'adresse qu'aux personnes ayant une MND. Or, nous avons pu voir que les professionnels utilisaient tous la communication comme prévention ou gestion de la défense. L'explication, la distraction ou l'apaisement par la voix permettent en effet de faire face aux différentes expressions défensives. La « communication non violente » nous a interpellés au cours de nos lectures⁶⁶. ». Technique développée par Rosenberg, celle-ci défend quatre principes :

- observer et non évaluer (dans le sens de juger) ;
- exprimer un sentiment et non une interprétation ;
- identifier le besoin ou la valeur qui a éveillé ce sentiment ;
- formuler des demandes claires et concrètes.

Passer par ces étapes permet, selon Rosenberg, de vivre différemment les situations conflictuelles et de mieux les gérer. L'instant présent est privilégié dans la relation, facilitant une attitude empathique. Elle doit néanmoins être distinguée de ce que Rosenberg identifie comme « syndrome du sauveur » et qui peut toucher certains professionnels du milieu de la santé. Dans ces situations, les agents prennent la responsabilité de « guérir » la douleur de l'Autre au détriment de la considération de l'Autre en tant que personne. *In fine*, cela conduit donc à un échec dans la relation et une moindre qualité de service.

Le deuxième axe de formation qui paraît intéressant à développer concerne la connaissance plus approfondie des pathologies liées au vieillissement.

C'est d'ailleurs un objectif du PE développé dans le volet « prévention et prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées et des troubles psycho-comportementaux liées aux troubles psychiatriques » : former les équipes à l'identification des signes précoces. Dans ce cadre il est prévu de solliciter prochainement l'EPSM Guillaume Régnier afin que ce dernier forme les soignants des Jardins du Castel. Le partena-

⁶⁶ LONGERICH B., 2000, « Quand le conflit se mue en dialogue », *Soins infirmiers*, n°4/2000, pp.61-65

riat déjà existant entre les deux établissements facilite cette démarche. La formation, portant sur les troubles psychiatriques, serait adaptée aux spécificités de la vieillesse puisque cet établissement comprend plusieurs EHPAD. Au regard de notre diagnostic, les agents Oiseaux seraient à prioriser pour cette formation puisque c'est le service où les profils pathologiques sont les plus divers. En outre, certains profils psychiatriques sont fortement défensifs. Les agents du Verger RDC pourraient également participer à cette formation. Il est toutefois nécessaire de prioriser certains services sans exclure les autres professionnels. En effet, rappelons que la mobilité interservices s'intensifie dans l'établissement. La formation ASG a également été évoquée comme moyen de mieux connaître les pathologies dues au vieillissement. Toutefois, cette formation a un coût financier conséquent. Il convient donc de ne pas l'utiliser uniquement pour mieux comprendre les comportements défensifs mais dans le cadre plus large d'un projet professionnel construit.

En parallèle, la formation en interne pourrait être un axe à investir, en s'appuyant sur les compétences du médecin-coordonnateur et de la psychologue. Il semble toutefois que cette démarche pourrait être mal perçue des soignants : *« quand on est confronté tous les jours ou une fois par semaine, une fois une demi-heure... je ne sais pas si les soignants accepteraient [cette formation] »*. En interne, sur le thème de la défense, un processus de gestion ascendant via l'information et la communication interdisciplinaires semblent donc plus pertinent qu'un processus de gestion descendant.

3.2.2 Agir à travers la communication pour renforcer la pluridisciplinarité

Nous proposons à présent le renforcement de l'approche relationnelle et holistique du résident via la communication. Évoquée dans le point précédent à travers la communication professionnel – résident, nous allons ici nous focaliser sur le niveau interprofessionnel. Il comporte deux éléments : l'information et l'échange d'informations.

La délivrance d'informations est la première étape à investir. Nous avons pu le voir, aux Jardins du Castel, la politique de formation est bien développée. Toutefois, celle-ci ne concerne qu'une partie des agents : les titulaires et contractuels de longue durée. Or, bien qu'en faible nombre, des remplaçants ponctuels sont présents. L'EHPAD est également engagé dans divers partenariats le conduisant à accueillir une multiplicité d'acteurs : bénévoles, stagiaires, services civiques, contrats aidés, etc. C'est ce public que nous visons. Il serait pertinent que le risque de défense des résidents soit explicité dès l'entretien « d'embauche ». Un public sensibilisé est effectivement moins sujet à des répercussions notamment psychologiques et personnelles, la perception du comportement défensif étant

modifiée. Celui-ci est considéré non plus comme une attaque personnelle mais une attitude à investiguer et signaler à l'équipe. L'approche relationnelle et holistique de la personne âgée devient donc plus aisée pour tous les intervenants.

Un travail pour les bénévoles a déjà été réalisé aux Jardins du Castel, mené par la psychologue. Cette perception d'attaque personnelle s'est en effet déjà produite pour certains bénévoles. Dans cette situation, une information en amont aurait donc pu être judicieuse.

Au-delà de l'information, ce sont les échanges interdisciplinaires qui vont permettre une approche globale du résident.

La pluridisciplinarité est présente dans l'établissement à travers les multiples professions qui interviennent. Pour travailler en interdisciplinarité, les réunions sont utilisées en priorité : ce sont notamment les staffs et les instances institutionnelles. Des interventions conjointes auprès du résident tendent également à s'établir : ergothérapeute/psychologue/art-thérapeute sur l'activité, psychologue/animatrice sur un atelier intergénérationnel, animatrice/soignants pour l'animation, ergothérapeute/technicien de maintenance pour le matériel, etc. Malgré ces interventions conjointes, notre diagnostic a mis en exergue un échange d'informations relatives à la défense parfois défaillant. C'est ce qui ressort de nos entretiens, notamment avec le médecin-coordonnateur et la psychologue, qui agissent uniquement en cas d'urgence ou lorsqu'elles-mêmes estiment devoir intervenir.

L'espace de réflexion éthique (ERE), créé en 2016, peut être le moyen de pallier certaines de ces défaillances du circuit informationnel. Les 15 membres de l'ERE sont volontairement issus d'horizons professionnels différents : AMP, AS, ASH, cadres de santé, ergothérapeute, IDE, médecin-coordonnateur et psychologue. Une représentante des usagers et un juriste en sont également membres. Ses objectifs, permettre la prise de recul sur des thématiques complexes et donner un sens aux pratiques professionnelles, veulent favoriser l'approche holistique du résident. Pour cela, les libres échanges et l'absence de hiérarchie professionnelle ont été prônés dès l'élaboration de l'instance. Cette symétrie dans la communication induit un partage de mêmes informations, conduisant théoriquement à une influence individuelle plus modérée sur le groupe⁶⁷. Or, les enjeux de pouvoir entre professionnels nous ont été pointés comme pouvant freiner la collaboration interdisciplinaire. Il s'agit donc pour l'ERE d'un véritable enjeu pour que « le résident soit en pris en compte dans sa globalité, en interaction avec son environnement »⁶⁸.

Enfin, l'approche relationnelle et holistique de la personne âgée est facilitée par la cohésion d'équipe. La psychologie sociale la définit comme « tantôt la force d'attraction, tantôt le moral du groupe, tantôt la coordination des efforts de ses membres ». Cela témoigne

⁶⁷ FISCHER G.-N., 2015, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod, p.202

⁶⁸ Règlement intérieur de l'Espace de Réflexion Éthique des Jardins du Castel.

de la difficulté pour un directeur de l'installer. Selon Fisher, trois facteurs se dégagent : l'homogénéité entre les membres de l'équipe ; la menace externe qui clarifient les objectifs du groupe vers un but commun ; la compétition intergroupes⁶⁹. Aux Jardins du Castel, le but commun a été travaillé à travers le PE, élaboré collégialement. Henderson met également en évidence la corrélation négative entre nombre de membres du groupe et cohésion⁷⁰. Ces caractéristiques nous montrent qu'une organisation sectorisée favorise la cohésion d'équipe, avec une taille réduite de celle-ci et plus de compétition intergroupes. Dans l'établissement, l'expérience montre toutefois que cette compétition a pu engendrer des conflits inter-pôles qui sont improductifs.

Au regard de la psychologie sociale, les facteurs de cohésion semblent donc présents dans l'EHPAD. C'est ce qui ressort d'un entretien : *« on en parle entre nous forcément, en pause, « tiens elle m'a encore dit ça », donc ça nous aide nous à lâcher du lest »*. Or, travailler la cohésion d'équipe, c'est intervenir en amont sur les comportements défensifs. C'est aussi opérer sur les répercussions que peut avoir la défense. Un soutien de l'équipe permet en effet aux professionnels de mieux vivre ces phénomènes quotidiens.

3.3 Assurer une politique managériale de soutien des professionnels

Malgré une politique de prévention des comportements défensifs (3.1 ; 3.2), ces derniers ne sont pas toujours évitables. Ceci est dû à une multiplicité de ses facteurs. À travers le discours des agents, nous faisons le constat que la défense des résidents semble risque de stress pour eux, sans pour autant aller jusqu'à un épuisement. Dans ce cadre, et au-delà d'un unique soutien d'équipe, c'est tout l'environnement de travail qui doit appuyer les professionnels pour leur permettre de gérer la défense. L'encadrement agit pour cela de manière directe (3.3.1) et indirecte (3.3.2) à travers sa politique managériale.

3.3.1 Le suivi de proximité par l'équipe d'encadrement

Gérer les comportements défensifs quotidiens en EHPAD n'est pas la mission, en soi, d'un directeur. Nous avons pu le constater : aux Jardins du Castel les soignants agissent en autonomie à ce sujet. En effet, l'information s'échange principalement à un niveau horizontal, entre pairs. Le personnel attend de l'encadrement qu'il réagisse en cas d'impasse. Le circuit d'information se « verticalise ». Au-delà de l'information, le directeur peut intervenir en dernier recours, en tant que médiateur ou comme « figure d'autorité » auprès du résident. Ceci pourra être interprété par le résident comme la reconnaissance de ses besoins et désirs personnels ou comme une sanction institutionnelle à son égard.

⁶⁹ FISCHER G-N, op. cit., p.78

⁷⁰ *Ibid.*, p.78

Bien que le directeur intervienne donc en pointillé, il est donc nécessaire qu'il soit en veille au regard des enjeux de qualité de vie relatifs à la défense. En effet, que ce soit le mal-être, la maltraitance ou les RPS, nous avons pu voir que la liste est longue et délétère pour de nombreux individus.

Face à cela, la traçabilité des informations nous semble être le premier levier à actionner pour faciliter une vigilance de l'équipe d'encadrement. Aux Jardins du Castel cette traçabilité, bien que partielle, est déjà considérée comme abondante. Il convient donc de ne pas plus tracer mais de mieux tracer. L'utilisation des transmissions ciblées pourrait ainsi faciliter la lecture des nombreuses transmissions et alerter plus facilement les professionnels d'encadrement. L'emploi, comme dans le service Alizés, d'une évaluation des troubles du comportement peut être une piste. Dans cette optique, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield nous paraît intéressante, par sa précision et sa praticité (annexe 9). En outre, en se basant sur l'observation plutôt que l'interprétation, elle objective les comportements défensifs. Cela constitue donc une base d'analyse pour l'équipe pluridisciplinaire, tout en adoptant plus de distance. Nous connaissons cependant la charge administrative croissante allouée aux professionnels du soin. Face à cela, l'échelle de Cohen-Mansfield doit donc être utilisée prioritairement pour les résidents dont le comportement défensif est récurrent et/ou très problématique. Adjointe au dossier du résident, elle pourra ensuite être travaillée en staff. L'évaluation pourrait également faire l'objet d'échanges avec le résident, après tout premier concerné sur le sujet.

Le second levier d'action s'insère dans la politique de gestion des risques de l'EHPAD. Actuellement, elle comprend (listes non exhaustives) :

- une politique qualité formalisée et régulièrement évaluée : DUERP, audits, enquêtes de satisfaction, recueil des EI, etc. Des plans d'actions sont inclus ;
- une gestion documentaire structurée : protocoles, fiches de poste et de tâches.

Tout cela contribue au plan d'amélioration de la qualité qui est informatisé. En outre, un rapport qualité est réalisé chaque année et associé au rapport d'activité.

Pour notre sujet, deux éléments de la politique de gestion des risques nous semblent à investir. Tout d'abord le signalement des EI dans la structure. En nous basant sur la fiche de signalement des événements indésirables (FSEI) du centre opérationnel de réception et de régulation des signaux (CORSSi), cellule de signalement de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne, nous pouvons constater que « violence(s) envers le personnel » est l'un des items d'EI. Partant de ce constat, nous avons étudié le recueil des EI aux Jardins du Castel. Malgré les comportements défensifs existants, dont certains aux répercussions conséquentes sur les professionnels, il s'avère que les signalements ont été très

rares de leur part. Cela rejoint les résultats du rapport 2015 de l'ONVS. Cette absence de signalement provient du fait que les professionnels soignants d'EHPAD justifient la défense par la vulnérabilité du public accueilli.

Eu égard de ces éléments, l'outil des FSEI ne nous semble donc pas à privilégier pour informer l'encadrement des comportements défensifs. Cette position est renforcée par le retour de Mme L. qui utilise ce processus de signalement. Il en résulte une traçabilité effective des comportements défensifs qui reste toutefois au stade de l'information partagée par l'encadrement sans qu'une suite n'y soit généralement donnée.

Considérant la forte traçabilité sur PSI des comportements défensifs existante aux Jardins du Castel, un autre axe d'action nous semble plus judicieux que les FSEI pour un suivi de proximité. Il s'agit des conditions de travail. Cela permettrait, en outre, d'appréhender à un niveau macro les répercussions des comportements défensifs sur les professionnels.

Une première approche peut s'exercer à travers l'enquête « Bien-être au travail » qu'il est prévu de réitérer en 2017 avec l'aide d'une élève-directrice. Les résultats globaux seraient l'occasion de sensibiliser l'équipe d'accompagnement à la défense, ses impacts et l'importance d'une traçabilité optimisée pour l'encadrement. C'est également un moyen d'échanges entre les niveaux hiérarchiques. En outre, cela compléterait le DUERP de l'établissement. L'item « actes violents des résidents » est en effet noté comme RPS de criticité 9 pour les professionnels, pouvant engendrer un trouble émotionnel. Or, aucune mesure de prévention n'y est adjointe. L'enquête « Bien-être au travail » est donc la possibilité d'en établir de manière collégiale.

En parallèle, les instances représentatives du personnel peuvent s'emparer du sujet. Le CHSCT nous semble la plus appropriée, par son champ d'expertise et ses membres. Nous pensons par exemple au médecin du travail. Il s'avère toutefois qu'aux Jardins du Castel, il est généralement absent de ces réunions, non par choix mais par manque de disponibilité. En outre, son temps de travail diminuera en septembre 2016 bien qu'une IDE lui sera adjoint. Cela n'empêche cependant pas le CHSCT, suite à l'enquête « Bien-être au travail », de travailler les RPS liés aux comportements défensifs. L'équipe de médecine du travail pourra alors être sollicitée. En étant sensibilisée sur le sujet, cette équipe pourra également être un soutien externe aux professionnels.

3.3.2 Les ressources externes de soutien

En interne, un soutien aux agents peut s'effectuer grâce au suivi de l'encadrement. Pour être complet, ce soutien doit aussi faire intervenir des acteurs externes à la structure.

L'équipe de médecine du travail a déjà été évoquée supra. Plus largement, face aux RPS, c'est un ensemble d'intervenants que le directeur doit mobiliser et coordonner, au titre de sa fonction de chef d'orchestre.

Aux Jardins du Castel, cette démarche est déjà bien développée : travail avec la CARSAT pour améliorer les conditions matérielles de travail, mise à disposition d'un numéro de téléphone pour un soutien psychologique extérieur gratuit, etc. Pour favoriser l'utilisation de ce dernier par les salariés, la direction n'a pas accès au nom des appelants, seulement au nombre d'appels et leur motif dans l'année. Une information régulière, orale et visuelle, est également assurée par le directeur. Cela est primordial pour favoriser l'utilisation du numéro. Toutefois, un axe pourrait également s'avérer pertinent : l'analyse des pratiques professionnelles. Menées par un animateur extérieur à la structure, elles s'effectuent généralement par corps professionnel. C'est un objectif posé dans le PE qui pourrait être développé, bien qu'il induise nécessairement des coûts financiers et de remplacements. Nous avons pu constater dans notre deuxième partie la prégnance des comportements défensifs au cours des actes liés à l'intimité. Les pratiques associées à ces moments doivent donc, en priorité, faire l'objet d'une réflexion commune par les professionnels.

Face aux RPS, l'angle du « plaisir au travail » est également engagé aux Jardins du Castel. Dans cette démarche, des ateliers ont été mis en place tels que la sophrologie et le bien-être à travers des gestes posturaux. Pour autant, ces deux initiatives n'ont pas rencontré suffisamment de succès pour perdurer. Ainsi, certains agents mettent en avant l'importance pour eux de dissocier leur vie professionnelle et personnelle.

Soutenir l'équipe d'accompagnement, c'est également amoindrir la défiance qu'ils rencontrent dans leur exercice professionnel. Nous pensons ainsi à celle émanant des familles. Des pratiques différentes ont été observées entre les pôles. Au pôle Alzheimer, les familles semblent plus prendre part à l'accompagnement de leur parent et semblent être plus investies par l'établissement. Nous avons supposé que cela résultait de la pathologie du résident nécessitant, pour son bon accompagnement, d'un échange perpétuel d'informations entre professionnels et entourage. L'AJ, en amont, permet de faciliter cette collaboration. En effet, dans ce dispositif, la personne accueillie vit encore à domicile. Les intervenants sont multiples et une continuité de l'accompagnement doit donc être assurée. Celle-ci passe par des transmissions d'informations, le matin et le soir, entre familles et agents, à l'image même des transmissions entre l'équipe soignante de nuit et celle de jour. L'ensemble de ces facteurs conduisent visiblement à une défiance moindre des familles à l'égard de l'institution.

Le pôle Maison de retraite semble fonctionner différemment. Ce n'est pas pour autant qu'une défiance continuelle existe. Néanmoins, elle paraît plus importante, du moins au

regard de l'entretien avec la cadre de santé. Il ressort de ce dernier que la communication avec la famille s'avère parfois difficile, y compris au sujet du comportement défensif de leur parent. Pour la psychologue, la sollicitation des familles lors d'une défense récurrente de leur parent est à manier avec beaucoup de précaution. Le risque, selon elle, est que l'entourage l'interprète comme l'impuissance de l'institution à assurer la sécurité du résident. Or, c'est généralement ce motif qui conduit à une entrée en EHPAD. Cette entrée, bien que souvent soutenue par les familles, peut générer chez elles de la culpabilité. La défaillance de l'institution renforcera alors cette culpabilité.

Dans ce cadre nous suggérons, plutôt que de solliciter les familles « en cas de besoin », de les intégrer en amont dans une démarche plus participative. Nous pouvons prendre l'exemple des Alizés, où l'art-thérapeute organise des ateliers réunissant le résident et sa famille. Au niveau de l'établissement, la réunion des familles est une première étape à cette participation à la vie de l'EHPAD. Mais nous proposons d'aller plus loin, notamment à travers les activités, et de mieux formaliser cette démarche. En effet, le pôle Maison de retraite se heurte à sa capacité d'accueil, plus considérable qu'au pôle Alzheimer. À l'entrée, une information pourrait leur être délivrée à ce sujet et être inscrite dans le livret d'accueil. L'objectif, en renforçant la participation des familles, est de mieux les inclure à la vie de l'institution. L'entourage est alors considéré comme un acteur, partie prenante dans l'accompagnement, et pas uniquement un recours en cas de situations problématiques telles que le comportement défensif. Ceci peut contribuer à atténuer la défiance.

La plus grande participation des familles induit un corolaire : la confidentialité des informations concernant les résidents, notamment médicales. Cela concerne aussi, nous dirons même prioritairement, le parent accueilli. C'est à double titre, en tant que professionnel et représentant de l'institution, qu'un directeur doit s'assurer de cela.

3.4 Œuvrer au-delà des murs : une collaboration territoriale autour de la personne âgée

Le comportement défensif est multiforme et plurifactoriel, avec des répercussions importantes dans l'institution. Ceci explique que les leviers d'actions soient nombreux. Nous l'avons vu, ils s'articulent sur la prévention de la défense auprès du résident (3.1) et à travers les agents (3.2), ainsi que sur sa gestion à travers le soutien aux professionnels (3.3). Jusqu'ici, nos pistes d'actions intervenaient à un niveau intra-établissement. Néanmoins, l'EHPAD n'est pas une entité close. Il s'inscrit dans un environnement. Notre dernier point considérera donc les leviers d'actions possibles à ce sujet dans un niveau plus macro : le territoire. Deux éléments seront étudiés : les partenariats gérontologiques (3.4.1) et le partenariat hospitalier à travers le groupement hospitalier de territoire (GHT) (3.4.2).

3.4.1 L'EHPAD hors les murs grâce aux partenariats gérontologiques

L'EHPAD hors les murs induit deux processus : l'ouverture et l'inclusion dans le territoire. Il s'agit donc pour l'établissement d'œuvrer « à l'extérieur », sur le secteur local mais également de faciliter les interventions externes dans la structure.

Un intervenant extérieur reste incontournable : le médecin traitant. Ceci est d'autant plus vrai qu'aux Jardins du Castel, le médecin-coordonnateur n'est pas généraliste. Il ne peut donc prescrire de traitements médicaux, sauf cas d'exception. Ceci conduit nécessairement à un partenariat plus étroit avec les médecins traitants, au nombre de 21 dans l'établissement. Face aux comportements défensifs récurrents, la réponse médicamenteuse peut être adoptée. Nous l'avons assez peu développée jusqu'alors car cette solution semble moins investie aux Jardins du Castel que dans d'autres établissements rencontrés. Il semble, à travers nos échanges, que la réponse médicamenteuse reste « l'ultime réponse » à une défense répétitive et surtout très perturbatrice dans l'institution. Elle s'adresse plus particulièrement aux usagers dont les troubles psychiatriques sont spécifiques et face auxquels les professionnels d'EHPAD sont totalement démunis. La difficulté est en effet le risque d'une contention chimique inappropriée. Auparavant, cette solution extrême semblait plus souvent adoptée dans les établissements. « *Tout le monde était tassé* » nous explique l'un des interlocuteurs rencontrés. Les problèmes éthiques que cela pose, associés au risque d'iatrogénie médicamenteuse contre lequel lutte la HAS, ont conduit aujourd'hui à reconsidérer ce sujet. Face aux comportements défensifs, les approches non médicamenteuses ont donc été privilégiées. C'est le cas aux Jardins du Castel.

Pour autant, cela ne signifie pas que le recours aux médicaments est à bannir. Bien ajusté, il reste en effet un outil de réponse, notamment face à deux facteurs de défense : la douleur et les troubles psychiatriques. Dans ce cadre, le médecin-coordonnateur a donc une mission de veille, investie dans l'établissement. Mme D. nous a toutefois indiqué la difficulté à la mettre en exécution avec certains médecins généralistes, et montre une des limites d'exercice dans sa profession. Au niveau de l'EHPAD, les leviers d'action face à cela restent restreints. Il s'agit de renforcer les partenariats avec les médecins traitants, gageant qu'une plus étroite collaboration favorise le partage de points de vue pour tendre vers un objectif commun : le bien-être du résident. La commission de coordination gériatrique, redynamisée depuis 2015, pourra s'avérer être une ressource. Une sensibilisation à travers le cadre du pôle Maison de Retraite, interlocuteur privilégié des médecins traitants, pourra également être mise en place.

Réduire l'intervention médicamenteuse peut être compensé, au niveau médical, par l'intervention des équipes mobiles spécialisées : psychiatrie, hospitalisation à domicile,

soins palliatifs, etc. Ceci est déjà mis en place aux Jardins du Castel, avec une sollicitation dès que nécessaire de ces services. En outre, l'établissement propose des consultations en télé-psychiatrie. Tout en favorisant l'accès à ce service pour les personnes âgées, cela permet également un meilleur suivi puisque les rendez-vous peuvent être fixés rapidement si le résident en éprouve le besoin. Or, nous avons déjà évoqué *supra* le lien entre comportements de défense et troubles psychiatriques.

En parallèle, comme le note Mme D., la réduction médicamenteuse nécessite plus de présence auprès des résidents pour les apaiser et donc diminuer le risque de comportement défensif. Les ressources financières sont cependant limitées et le budget relatif au personnel déjà conséquent. Face à cela, l'EHPAD utilise la diversification des statuts d'intervenants. Il accueille ainsi des services civiques, des contrats uniques d'insertion et des contrats d'aide à l'emploi. Cela a toutefois ses limites : statut précaire, qualification et connaissances moindres du public âgé rendant une formation nécessaire, etc. En parallèle, les familles peuvent faire intervenir d'autres acteurs. Aux Jardins du Castel s'est posé le cas d'une résidente qui criait incessamment, mettant à mal salariés et résidents du service. Face à cela, deux réponses ont été adoptées. L'établissement a engagé un service civique pour accompagner spécifiquement cette résidente et la famille a fait intervenir ponctuellement un service à domicile. Cette seconde réponse a interpellé les professionnels, les remettants en question sur leur compétence. Pour autant, le succès des deux démarches conjointes ont conduit à leur acceptation. Cela confirme, comme nous l'évoquions, l'importance d'une présence pour apaiser le résident et met en avant la qualité de service apportée du fait d'un ratio de personnel plus conséquent.

Le partenariat gérontologique s'illustre également avec les intervenants à domicile. Or, nous l'avons vu, l'entrée en EHPAD est un moment incontournable face au risque de défense. Un levier d'action pertinent est donc le rapprochement de l'EHPAD avec les services intervenant au domicile des personnes âgées. Des échanges existent déjà, via la commission locale de gérontologie sur le territoire. Toutefois, il serait intéressant d'aller au-delà pour élaborer un véritable partenariat. Ce pourrait par exemple s'opérer par les animations effectuées à l'EHPAD. Pourquoi ne pas les proposer aux personnes âgées vivant à domicile, par le biais de l'ADMR ou du Simade35 ? En reprenant l'exemple de l'AJ, cela pourrait améliorer l'entrée ultérieure en EHPAD. La situation géographique des Jardins du Castel, situé dans le centre-ville, est en outre un facteur facilitant. L'inconnu reste toutefois la valorisation financière de ce service rendu. Pour cela, il est nécessaire d'élaborer un plan d'actions concret avec les intervenants à domicile puis de le soumettre à approbation des financeurs. Ce dispositif promouvant le partenariat interservices autour de la personne âgée s'inscrirait, en outre, dans la dynamique des filières gériatriques lancées en 2015 par l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne.

3.4.2 Le GHT, une opportunité de collaboration avec la filière soin ?

Nous ne pouvons développer la collaboration territoriale sans évoquer le GHT. Issu de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, ce dispositif a pour but d'organiser une offre de soins graduée sur le territoire. Pour cela, un projet médical est partagé entre les établissements-parties. Un établissement-support est en outre désigné et une convention constitutive lie les membres. L'objectif *in fine* est d'aboutir à l'organisation de filières territoriales de soins.

Actuellement, étant EHPAD autonome, l'établissement n'est pas concerné par l'obligation d'intégrer le dispositif. Il n'est pas prévu qu'il s'y associe. Pour autant, le GHT pourrait permettre d'optimiser la collaboration avec les CH. Aujourd'hui les conventions avec chaque structure sont privilégiées. Certes, c'est un outil souple et satisfaisant. Il est néanmoins bilatéral. L'accompagnement global du résident nécessite donc une multiplication des conventions, sans synergie entre elles. Le GHT, à travers la notion de filière, pourrait favoriser cette synergie. En outre cet outil pourrait être l'occasion de travailler autour de la transition sanitaire – médico-social. Or, rappelons que les résidents d'EHPAD sont issus du domicile mais aussi des CH. Le GHT, à travers le système d'information convergent qu'il induit, tend vers l'adoption d'un dossier patient individuel interopérable. Ceci faciliterait la connaissance en amont de l'usager pour le cadre et le médecin-coordonnateur, en complément de l'entretien de pré-admission. Ces professionnels pourraient ainsi mieux identifier le profil de la personne âgée et ses besoins en amont. Or, nous avons pu voir que l'adaptation de l'accompagnement prévenait la défense. Le corollaire est toutefois une orientation territoriale du patient limitant son libre-choix. Toutefois, en prenant l'exemple des Jardins du Castel, une politique de priorisation des résidents s'effectue déjà sur un critère géographique.

Le GHT est également la possibilité de renforcer les mutualisations. Ces dernières peuvent donc concourir à renforcer la pluridisciplinarité dans l'établissement, grâce à l'intervention de professionnels aux compétences spécifiques pointues. L'approche holistique du résident serait, dans ce cadre, renforcée. La mutualisation des compétences peut également favoriser l'échange de bonnes pratiques professionnelles. En effet, nous avons pu voir que les caractéristiques du secteur médico-social (lieu de vie sécurisant, approche relationnelle et holistique) constituaient une approche favorable pour prévenir les comportements défensifs. Or, toutes les structures, tant médico-sociales que sanitaires, sont concernées par ce phénomène. En effet, la violence dans les établissements de santé est régulièrement pointée. En outre les hospitaliers de proximité, établissements-partis du GHT, accueillent dans une large part un public âgé puisque nombre de ces établissements comportent des EHPAD. Le GHT pourrait donc être une opportunité à saisir.

Conclusion

La qualité de vie en EHPAD est un enjeu fort du secteur médico-social et investi récemment par les pouvoirs publics. Les recommandations de l'ANESM en sont un exemple. Ce thème s'articule avec le paradigme de placer l'utilisateur « au cœur du dispositif », cher à la loi 2002-2. Toutefois, cette mise au centre bouleverse les établissements publics. Leur organisation auparavant endogène, c'est-à-dire tournée vers les professionnels, devient exogène, centrée sur l'utilisateur. En cela, ils se rapprochent des entreprises et à la place centrale qu'elles accordent au client. Pour autant l'organisation exogène entraîne des conséquences délétères sur les conditions de travail⁷¹. L'enjeu, pour le manager, devient donc aujourd'hui d'assurer satisfaction des clients et des salariés.

Les structures médico-sociales, y compris les EHPAD sont pleinement concernées par cette mutation. La différence est toutefois un « client » plus vulnérable, qui s'insère dans un environnement institutionnel plus contraint. Dans ce cadre, la défense s'avère être un moyen d'expression. Cette manifestation par le résident de son mal-être peut toutefois conduire à un mal-être plus général dans l'institution. Résidents, professionnels, familles, bénévoles, etc., de nombreux acteurs peuvent alors être concernés.

Notre analyse a révélé l'utopie d'empêcher les comportements défensifs, dont certains sont, en outre, nécessaires au bien-être du résident par leur effet cathartique. Bien que les réponses soient déjà conséquentes au sein de l'EHPAD les Jardins du Castel, celles-ci peuvent toutefois être complétées en s'articulant encore davantage sur la prévention et la gestion de ces comportements. La prévention passe en priorité par l'environnement. Celui-ci, représenté par l'institution, garde un poids important malgré la place accordée aujourd'hui à l'utilisateur. L'une des missions de l'institution doit donc s'inspirer des *Pensées* de Pascal : « ne pouvant faire que ce qui est juste fût fort, on a fait que ce qui est fort fût juste »⁷². C'est là un enjeu pour les dirigeants.

A travers cette étude, nous pouvons constater que les comportements défensifs illustrent, somme toute, les enjeux plus globaux qui se posent actuellement dans le secteur médico-social. Nous pensons notamment aux mutations majeures que connaît l'EHPAD, incité à sortir de ses murs pour mieux collaborer sur le territoire autour du « parcours » de la personne. Cela nécessite d'étudier toutes les opportunités, comme peut l'être le GHT. Le risque, en cas de centralisation des équipes dirigeantes, est toutefois d'aboutir à une gestion plus éloignée des EHPAD. Or, la proximité du directeur et sa connaissance du terrain restent des atouts incontournables dans la politique relative aux comportements défensifs.

⁷¹ DUPUY F., *La faillite de la pensée managériale – Lost in management 2*, Éditions du Seuil, p.182

⁷² PASCAL B., XVIIème, *Pensées*, Folio, 768p.

Sources et bibliographie

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°301 du 29 décembre 2015. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/2015-1776/jo/texte>

LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. Journal Officiel, n°0160 du 10 juillet 2016. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/8/AFSH1608338D/jo/texte>

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET MINISTERE DE LA SANTE. Protocole d'accord du 12 août 2005 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur complété du protocole d'accord du 10 juin 2010. Disponibles sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-onvh.pdf> ; http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_accord_amelioration_securite_es_100610.pdf

COUR D'APPEL ADMINISTRATIVE de Douai, 22 juillet 2016, n°15DA00142

OUVRAGES

BACHELARD G., 1957, *Poétique de l'espace*, Presses Universitaires de France, 228p.

DRIEU D., PINEL J-P. et al., 2016, *Violences et institutions*, Dunod, 228p.

DUPUY F., 2015, *La faillite de la pensée managériale – Lost in management 2*, Éditions du Seuil, 240p.

FISCHER G-N., 2015, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod, 325p.

FISKE S. et LEYENS J-P., 2008, *Psychologie sociale*, Éditions De Boeck, 759p.

GBÉZO E., 2011, *Les soignants face à la violence, 2ème édition*, Éditions Lamarre, 227p.

GOFFMAN E., 1968, *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Minuit, 452p.

MIALOCQ H., 2012, *Maltraitance en EHPAD – Chroniques de ces petits riens qui nuisent au quotidien*, Éditions L'Harmattan, 192p.

MICHEL M. et al., 2015, *La violence à l'hôpital : prévenir, désamorcer, affronter*, Éditions Lamarre, 252p.

PASCAL B., XVIIème, *Pensées*, Folio, 768p.

REZETTE S., 2008, *Psychologie clinique en soins infirmiers*, Elsevier Masson, 184p.

RIMBERT G., 2011, *Vieillards sous bonne garde : réparer l'irréparable en maison de retraite*, Éditions du Croquant, 260p.

THEVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler - favoriser l'implication des personnes*, Éditions d'organisation Eyrolles, 270p.

ARTICLES DE PÉRIODIQUES

AMYOT J-J. et VILLEZ A., 2001, « Droit au choix, droit au risque », *Vie Sociale*, n°4/2001, pp.69-87

BARTHÉLÉMY S., 2013, « Entre violence et agressivité, quelle place pour l'autre ? », *Santé mentale*, n°178, 1p.

BILLÉ M., 2016, « Pour Michel Billé, le vieillissement n'est pas un problème », *La Montagne*, 17/06/2016

CARADEC V., 2000, « L'enfermement dans la vieillesse », *Informations sociales*, n° 82, pp.108-117

COTTET I. et MARION G., 2011, « Comportement de résistance et de créativité individuelle et collective en EHPAD », *Gérontologie et société*, n°137, pp.185-198

DE SAUSSURE C., 2000, « Violence de la relation : quand les vieux ne sont pas que des anges », *Gérontologie sans frontières*, n°114, pp.25-28

GUILLER A et al, 2012, « Les 10 ans de la loi du 2 janvier 2002. Les directeurs dressent le bilan ». *ASH*, n° 2767, pp.34-43

INRS, 2005, « Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? », *Hygiène et sécurité du travail*, n°198, pp.29-40

LEBOEUF D., 2007, « Violence et soins. Parler de la violence pour mieux la gérer », *Soins*, n°715, pp.29-53

LEGER J-M, OUANGO J. G., 2001, « Agitation et agressivité du sujet âgé : signes de souffrance, marqueurs d'inadaptation du milieu », *la Revue de la gériatrie*, vol.26, n°2, pp.113-119

LONGERICH B., 2000, « Quand le conflit se mue en dialogue », *Soins infirmiers*, n°4/2000, pp.61-65

LONGNEAUX J-M., 2010, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir », *Gérontologie et société*, n°133, pp.33-41

MALLIER M., 1998, « Détresses cachées : vieux en danger », *Revue de l'infirmière*, n°42, pp.20-37

MALO P-Y., 2000, « Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance », *Gérontologie et société*, n°92, pp.135-149

MOULIAS R., 2012, « Abus et violences envers les professionnels de l'assistance et du soin (care) de longue durée », *Gérontologie sans frontières*, n°161, pp.16-27

PETER B., 2000, « Vieillards agressifs et maltraitants », *Gérontologie et société*, n°92, pp.151-160

RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques*, n°54, pp.93-104

RAPPORTS

BENSADON A.-C. et al., 2006, *Isolement et vie relationnelle*. Collectif «Combattre la solitude des personnes âgées, 238p.

CASMAN M.-T., LENOIR V., BAWIN-LEGROS B., 1998, *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?* Bruxelles : Ministère de l'emploi du travail et de la politique d'égalité des chances, 127p.

COMPAGNON C. et GHADI V., 2009, *La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé : Étude sur la base de témoignages*. Rapport pour la Haute Autorité de Santé, Paris., 97p.

DARES, 2014, *Les expositions aux risques professionnels : les contraintes organisationnelles et relationnelles - Enquête SUMER 2010*, 153p.

DREES, 2008, *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*, 113p.

INRS, 2016, *Agression et violence externe*, 13p.

IRDES, 2016, *Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français*, 32p.

MOREL A. et VEBER O., 2011, *Société et vieillissement - Rapport du groupe n°1 sur la prise en charge de la dépendance*, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, 334p.

OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 404p.

ONVS, 2016, *Rapport annuel 2015, sur les données 2014*, 110p.

Recommandations

ANESM, 2008, RBPP, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 52p.

ANESM, 2010, RBPP, *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement*, 74p.

ANESM, 2012, RBPP, *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, 64p.

DARES, Enquête SUMER 2010.

HAS, 2009, RBPP, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 44p.

KPMG, 2014, *Observatoire des EHPAD*, 84p.

Thèses et mémoires

LALANDE G. et LECLERC G., 2004, L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative, 120p.

Conférences (publications)

PIERRON J-P., Les violences institutionnelles dans le champ social et médico-social – comprendre, évaluer, répondre, 11 décembre 2003, Dijon, Bourgogne : CREAI, 2004, 8p.

Sites Internet

DARES - <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques>

Hospihome (Clubster santé et CHRU de Lille) - <http://www.hospihome-concept.fr/>

Ministère de la santé - <http://social-sante.gouv.fr/>

OMS - <http://www.who.int/fr/>

ONVS - <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/sante-au-travail-en-etablissement-de-sante/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs/onvs>

Conférences

POUPARD A., «Prévention de la violence en milieu de santé», 20 juin 2016, École des Hautes Études en Santé Publique

Liste des annexes

Annexe 1 : Schéma de la structure organisationnelle de l'EHPAD Les Jardins du Castel

Annexe 2 : La formation Humanitude et la Validation de Naomi Feil

Annexe 3 : Guides d'entretiens

Annexe 4 : Liste des personnes interviewées

Annexe 5 : Le cycle écologique du comportement défensif

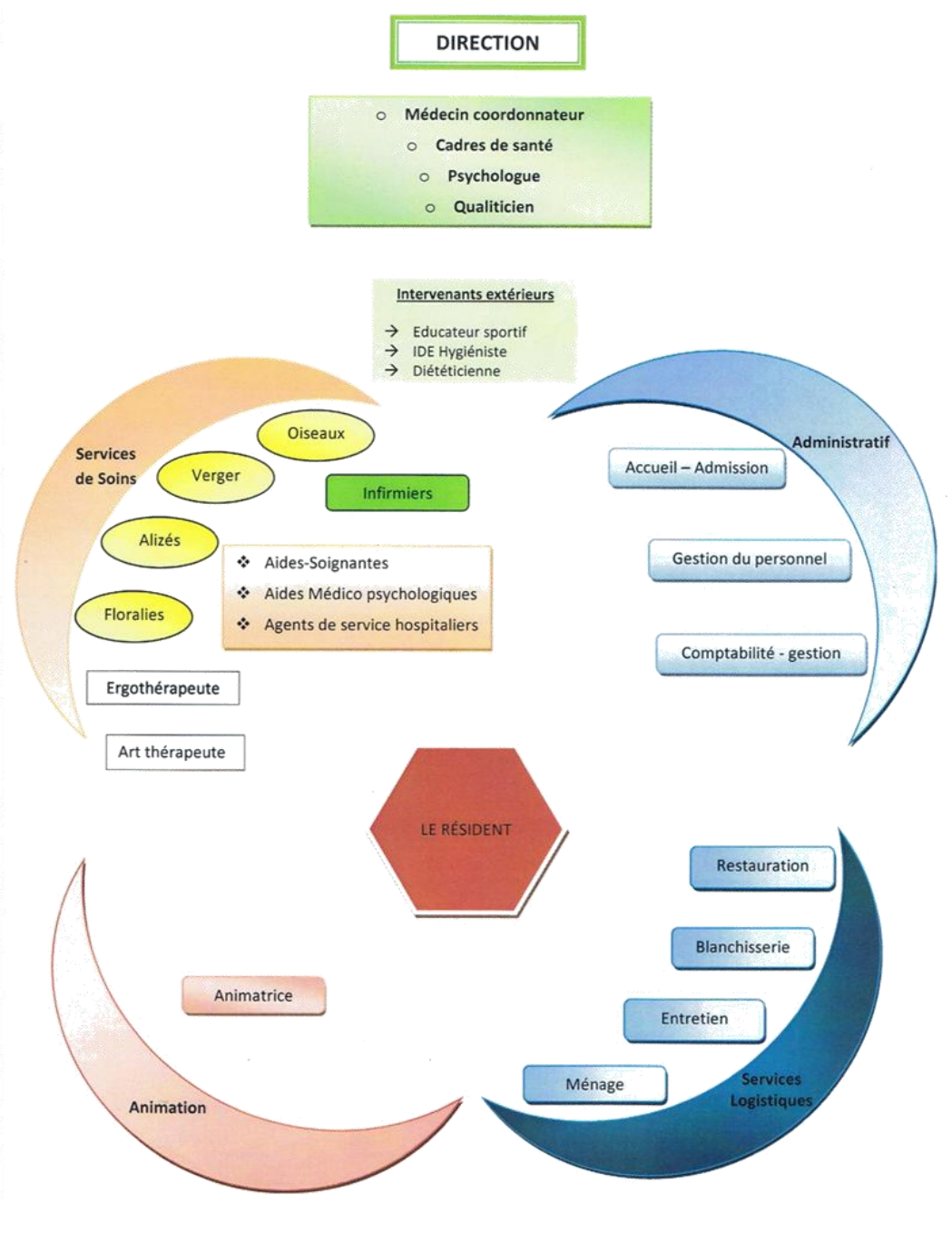
Annexe 6 : Tableau des motifs de défense au niveau de l'établissement et au niveau de chaque pôle

Annexe 7 : Pyramide de Maslow

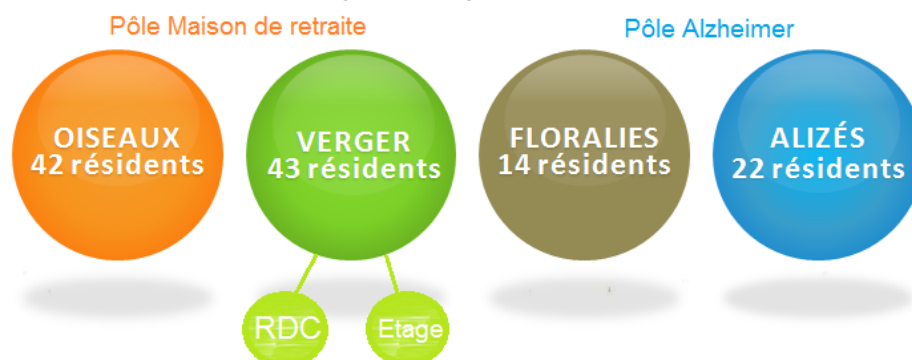
Annexe 8 : Calendrier des leviers d'actions proposés

Annexe 9 : Échelle de Cohen-Mansfield

Annexe 1 : schémas de la structure organisationnelle de l'EHPAD Les Jardins du Castel



Répartition par services



Annexe 2 : Formation Humanitude et Validation de Naomi FEIL

Ces formations sont spécifiques au public des personnes âgées et mettent en évidence l'importance des temps de relation professionnels – résidents. Pour cette raison, nous les évoquerons parfois sous le terme de « formations relationnelles » au cours de notre étude. L'accent est mis sur la personne âgée et ses ressources, en décalage avec une « prise en charge » plus focalisée sur les besoins physiologiques du « soigné ». Le temps de relation est considéré dans ces philosophies de formation comme primordial pour un bon accompagnement du résident par les professionnels.

La philosophie Humanitude :

Quatre piliers sont promus dans la formation Humanitude : le regard, la parole, le toucher, la verticalité. A travers ceux-ci, l'Humanitude propose une méthodologie des soins comprenant des techniques relationnelles telles que la capture sensorielle. Il s'agit pour le soignant d'utiliser le regard, l'ouïe et le toucher pour rassurer le résident et faciliter son adhésion au soin. En effet, le soignant n'intervient que lorsque la personne le souhaite, permettant de réduire l'opposition notamment lors des actes touchant à l'intimité. L'objectif est également d'accompagner sans douleur. Pour exemple, le transfert peut ainsi s'effectuer à l'aide de draps pour éviter la douleur mais aussi maintenir l'intimité.

La personne âgée est actrice dans son accompagnement, contrairement à « la prise en charge » où seul le soignant est acteur. Pour cette raison, la verticalité est un principe fort de l'Humanitude puisqu'elle favorise l'autonomie du résident et donc son action.

La « Validation » de Naomi Feil

La Validation de Naomi Feil se focalise sur les personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs. Valider signifie « reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne comme étant réels et valables, tout en reconnaissant les traumatismes qu'elle a vécus comme étant encore présents dans sa pensée et au cœur de son émotivité ». L'accent est donc mis sur la communication du professionnel auprès du résident, dans « l'ici et maintenant ». L'agent doit s'adapter à la personne, vulnérable de par sa pathologie. Pour cela, il utilise le contact visuel, le toucher intentionnel et un discours empathique.

L'apport de cette formation est également théorique, au niveau des MND, en apportant des connaissances aux professionnels sur les troubles cognitifs des personnes âgées, leurs facteurs et les conséquences au quotidien. La Validation facilite ainsi, pour les agents, la compréhension des situations difficiles générées par la pathologie. En reprenant l'exemple des comportements défensifs, les soignants n'interprètent plus la défense comme une attaque injustifiée envers leur personne mais comme une conséquence des troubles cognitifs du résident.

Annexe 3 : liste des personnes interviewées

Dans l'établissement :

Nom	Fonction	Date de l'entretien
Mme A.	Animatrice	26 avril 2016
Mme B.	Cadre de santé	26 avril 2016
M. C.	Ergothérapeute	27 avril 2016
Mme D.	Médecin-coordonnateur	29 avril 2016
Mme E.	Psychologue	4 mai 2016
Mme F.	Aide-soignante	6 mai 2016
Mme G.	Art-thérapeute	24 mai 2016
Mme H.	Résidente	1 ^{er} juin 2016
Mme I.	Résidente	1 ^{er} juin 2016
Mme J.	Résidente	1 ^{er} juin 2016
Mme K.	Aide médico-psychologique	15 juin 2016

A l'externe :

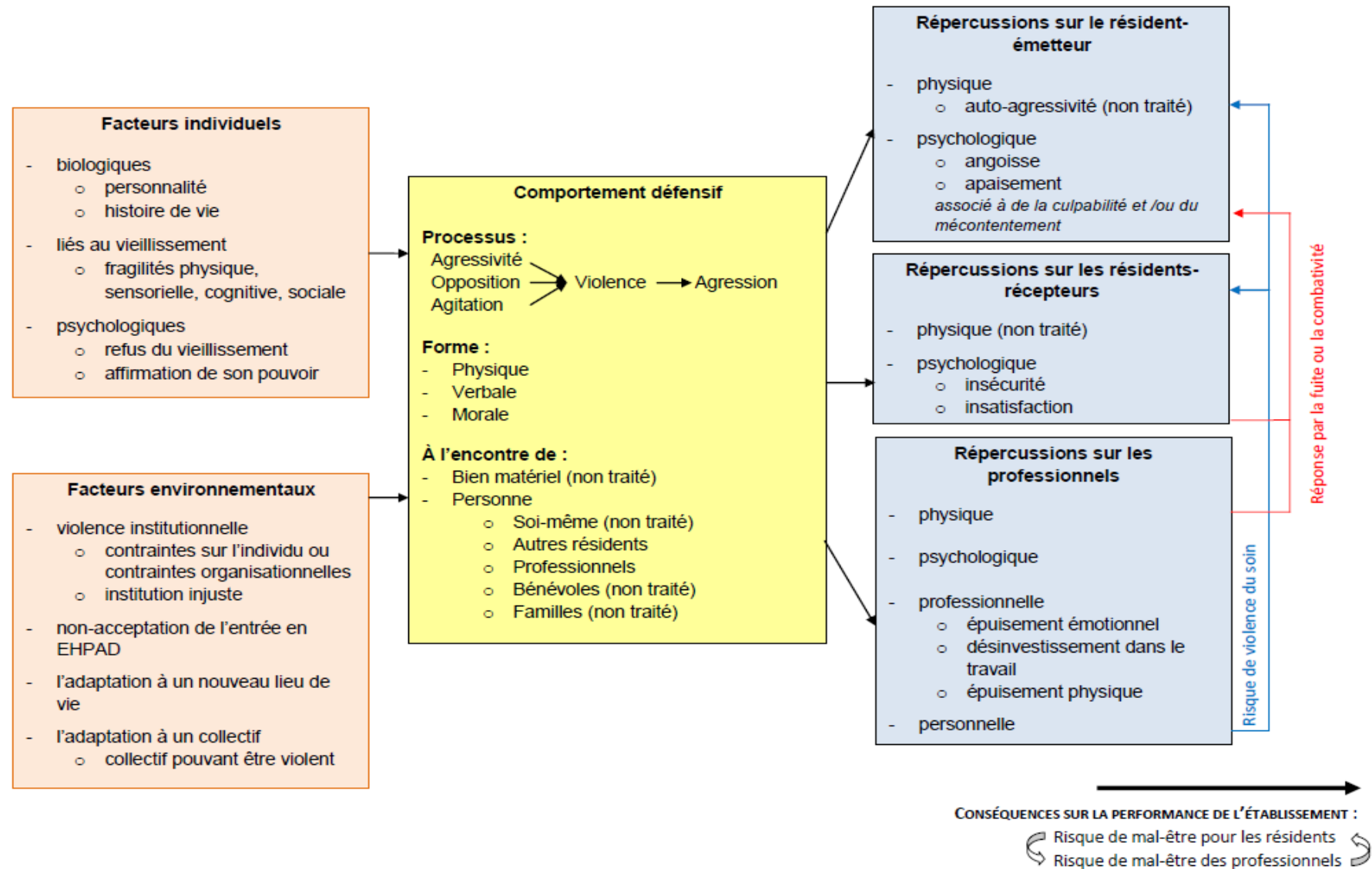
Mme L.	Directrice CH	4 mai 2016
M. M.	Formateur Humanitude	2 juin 2016
Mme N.	Formatrice Humanitude	6 juin 2016
M. O.	Directeur EHPAD	13 juin 2016
M. P. et Mme Q.	Médecin coordonnateur Infirmière diplômée d'État	13 juin 20016
Mme R.	Résidente	13 juin 2016
Mme S.	Médecin Gériatre	16 juin 2016

Annexe 4 : Grilles d'entretiens

Grille d'entretiens des professionnels	PROFESSIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT	FORMATEURS	PROFESSIONNELS EXERÇANT EN CH OU EHPAD
COMPOTEMENT DÉFENSIF			
Typologie des comportements			
Évolution de cette typologie			
Exemple : celui qui vous a le plus marqué			
CAUSES			
Profils des résidents défensifs			
Autres causes			
Comment remontez-vous l'information ?			
Comment avez-vous l'information ?			
CONSÉQUENCES CONSTATÉES			
Sur votre travail			
Sur le travail de vos collègues			
Sur les équipes			
Personnellement			
Sur les autres résidents			
Sur les familles			
Sur les bénévoles			
LEVIERS D'ACTIONS			
Réponses individuelles apportées			
Réponses collectives apportées			
Rôle de la direction selon vous			
Facteurs facilitant l'apaisement du résident			
Rôle des formations			
FORMATION			
Le sujet de défense est-il régulièrement abordé ?			
Apports de l'Humanitude			

Grille d'entretiens des résidents	RÉSIDENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	RÉSIDENTS D'AUTRES ÉTABLIS- SEMENTS
ENTRÉE À L'EHPAD		
Pourquoi être venu en EHPAD ?		
Pourquoi dans cet EHPAD ?		
Ressenti à cette arrivée		
Déroulé de l'accueil		
ENVIRONNEMENT		
Moments préférés / moments moins appréciés		
Comment l'exprimez-vous ?		
Avez-vous le sentiment d'avoir des contraintes ?		
Vie en collectivité, relations avec les autres résidents		
Repas		
Chambre		
Famille		
Locaux		
ACCOMPAGNEMENT		
Soins		
Activités		
Professionnels		
Humeur		
Les professionnels vous écoutent-ils ? Discutez-vous avec eux ?		
Vous arrive-t-il d'attendre ?		
Avez-vous un référent ? Avis.		

Annexe 5 : Le cycle écologique du comportement défensif



Annexe 6 : Tableau des motifs de défense au niveau de l'établissement

Au niveau de l'établissement :

Motif invoqué	Défense physique	Défense verbale
Hygiène (toilette, douche, bain) :	46% <i>dont 5% lors du rasage</i>	24%
Transfert :	16%, <i>dont 11% lors du coucher</i>	16%, <i>dont 7% pour le coucher</i>
Désorientation :	11%	10%
Habillage/déshabillage :	10%, <i>dont 7% pour l'habillage</i>	4%
Alimentation et repas :	5%	10%
Attente :	2%	4%
TOTAL d'actes défensifs	241	241

Au niveau du pôle Alzheimer :

	Alizés 22 places	Floralies 14 places
Professionnels dédiés (ETP)		
Soignants (AS, AMP, ASH, IDE)	14,4	9
Non soignants	4,4	3,9
Type de défense		
Physique	46 %	54 %
Orale	39 %	39 %
Physique et verbale	15 %	7 %
Motifs		
Hygiène (toilette, douche, bain) <i>dont rasage</i>	19 % /	64 % 10 %
Désorientation	27 %	/
Transferts	15 %	11 %
Habillage/déshabillage	10 %	9 %
<i>Aucun motif évoqué</i>	9 %	8 %
Moment		
Matin	34 %	59 %
Soir	32 %	20 %
Après-midi	24 %	9 %
Nuit	7 %	7 %
Lieu		
Chambre	63 %	92 %
Couloirs	13 %	/
Salle-à-manger	8 %	/
Agent «récepteur»		
AS	91 %	87 %
ASH	/	11 %
TOTAL d'actes défensifs	215	155

Au niveau du pôle Maison de Retraite

	Oiseaux 42 lits	Verger RDC 22 lits	Verger étage 21 lits
Professionnels dédiés (ETP)			
Soignants (AS, AMP, ASH, IDE)	11,5	11,4	11,4
Non-soignants	5	5	5
Type de défense			
Physique	14 %	14 %	48 %
Parlée	82 %	74 %	35 %
Physique et verbale	4 %	12 %	17 %
Motifs			
Hygiène (toilette, douche, bain)	19 %	11 %	40 %
Transferts	8 %	10 %	29 %
Devoir attendre	6 %	12 %	/
Repas	17 %	/	7 %
Professionnel	8 %	/	/
Linge	6 %	/	/
Médicaments	6 %	/	/
Désorientation / confusion / hal- lucinations	/	10 %	/
Contraintes institutionnelles		7 %	
Aucun motif évoqué	4 %	14 %	8 %
Moment			
Matin	52 %	22 %	46 %
Soir	22 %	38 %	39 %
Après-midi	16 %	16 %	/
Lieu			
Chambre	51 %	60 %	96 %
Salle-à-manger	24 %	22 %	/
Extérieur	6 %	/	/
Agent «récepteur»			
AS	40 %	76 %	79 %
ASH	17 %	10 %	18 %
Animatrice	11 %	12 %	/
AMP	21 %	/	/
TOTAL d'actes défensifs	109	69	131

Annexe 7 : Pyramide de Maslow



Annexe 8 : Calendrier des leviers d'action proposés

Mesures	Lieu
Une place d'hébergement temporaire pour la pré-admission	Établissement
Résident-référent	Oiseaux et Verger RDC
Hall d'entrée à réaménager	Bâtiment Verger
Espaces d'attente près des ascenseurs	Pôle Maison de retraite
Mesures sensorielles (luminosité, contraste de couleurs, absorbants sonores)	Établissement
Sectorisation	Oiseaux
Chariots d'animation	Pôle Maison de retraite
Formation communicationnelle	Établissement
Formation sur les pathologies psychiatriques	Oiseaux et Verger RDC
Information à l'embauche	Établissement
Espace de réflexion éthique	Établissement
Transmissions ciblées	Établissement
Évaluation par l'échelle de Cohen-Mansfield	Établissement
Enquête «Bien-être au travail»	Établissement
Participation des familles via l'activité	Pôle Maison de retraite
Participation des médecins généralistes grâce à la commission de coordination gériatrique et à la cadre de santé	Établissement
Partenariats (à étudier)	Établissement

Annexe 9 : échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir
	2-Déchire les affaires
	3-Mange des produits non comestibles
	4-Fait des avances sexuelles physiques
	5-Déambule
	6-Se déshabille, se rhabille
	7-Attitudes répétitives
	8-Essaie d'aller ailleurs
	9-Manipulation non conforme d'objets
	10-Agitation généralisée
	11-Recherche constante d'attention
	12-Cache des objets
	13-Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases
	15-Se plaint
	16-Émet des bruits bizarres
	17-Fait des avances sexuelles verbales
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups
	19-Bouscule
	20-Mord
	21-Crache
	22-Donne des coups de pied
	23-Griffe
	24-Se blesse, blesse les autres
	25-Tombe volontairement
Agitation et agressivité verbales	26-Lance les objets
	27-Jure
	28-Est opposant
	29-Pousse des hurlements

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

BUTAUT	Anne-Laure	Décembre 2016
DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL Promotion 2015 – 2016		
LES ENJEUX DES COMPORTEMENTS DÉFENSIFS DES RÉSIDENTS POUR LA QUALITÉ DE VIE EN EHPAD Mieux comprendre pour prévenir et agir		
Résumé : Attentats, manifestations, destructions matérielles, etc. Des crises violentes se produisent actuellement dans la société française. Le secteur de la santé compte également des phénomènes de violence, provenant de l'institution comme des usagers. Notre étude s'attachera à analyser ceux qui émanent des résidents, en nous focalisant sur l'EHPAD. Nous les considérerons sous l'angle d'une « défense », résultant de multiples facteurs et affectant la qualité de vie en EHPAD ; tant celle des résidents que celle des professionnels. L'EHPAD Les Jardins du Castel a déjà mis en place des actions en faveur de la prévention et la gestion des comportements défensifs. Certaines sont transverses à l'établissement, d'autres spécifiques à chaque service. Pour autant, certaines attitudes de défense perdurent. Notre étude proposera une réponse environnementale protéiforme face à ce phénomène complexe et pourtant quotidien en EHPAD. C'est une réponse également en faveur du bien-être, celui des résidents comme des professionnels.		
Mots clés : Personne âgée ; comportement ; violence ; agressivité ; EHPAD ; relation soignant soigné ; vulnérabilité ; placement institution ; stress ; sécurité ; risque professionnel ; santé environnementale ; qualité vie		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		