

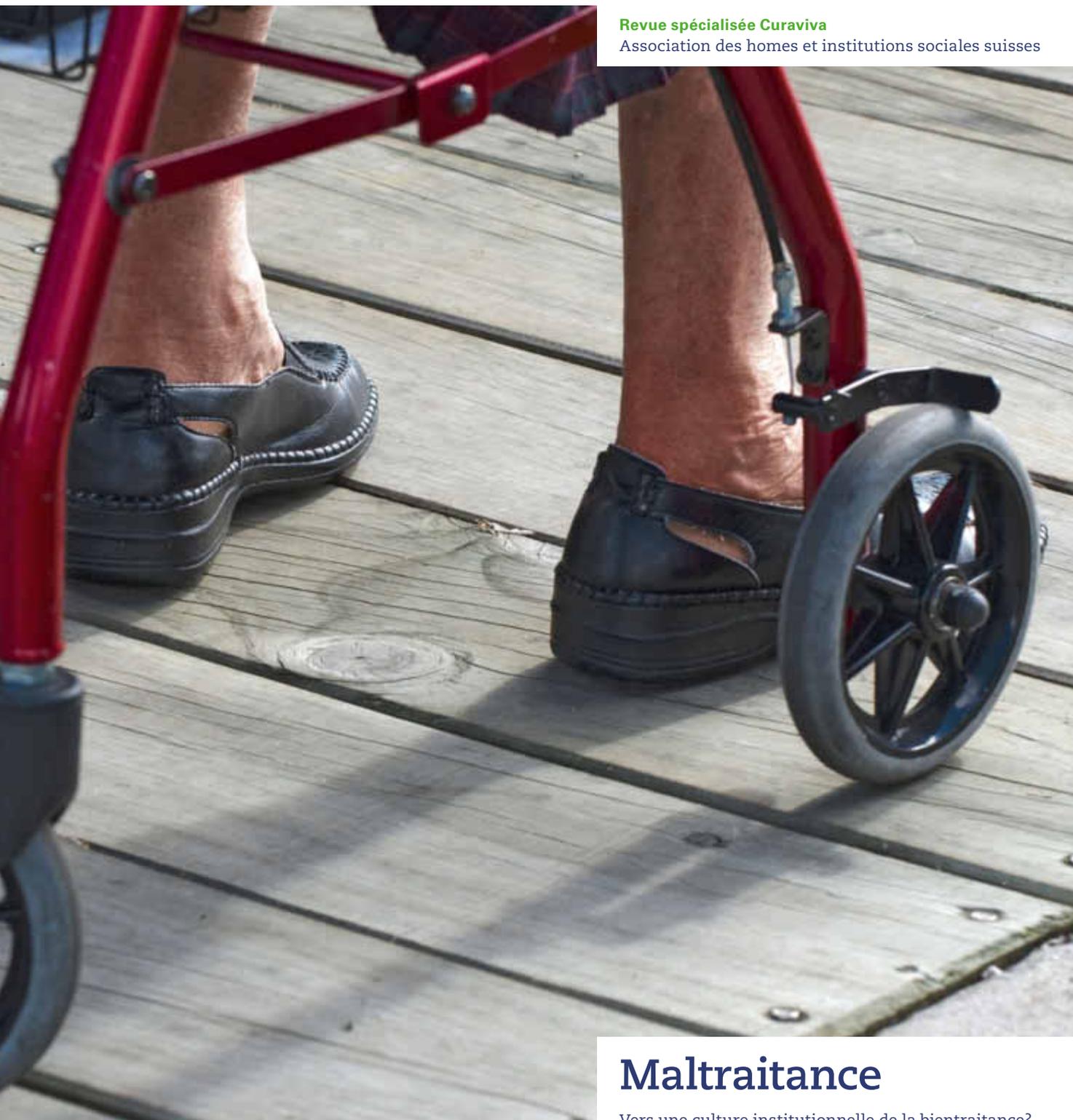
A la recherche du rire Duchenne

(page 26)

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Maltraitance

Vers une culture institutionnelle de la bientraitance?

EXHIBIT
& MORE

IFAS 2013 ROMANDIE

Plateforme commerciale romande du marché de la santé
Die Westschweizer Verkaufsplattform für den Gesundheitsmarkt

30 octobre – 1^{er} novembre 2013
Expo Beaulieu Lausanne



«Bientraitance ou maltraitance, au-delà des termes, il s'agit prendre en considération l'éventualité de la maltraitance.»



Anne-Marie Nicole

Rédactrice

Editorial

L'idée même de maltraitance envers les personnes âgées est violente et insupportable. Peut-être parce que le terme de maltraitance, à lui seul, recouvre une très – trop? – large série d'actes ou de mots, de commissions ou d'omissions, avec le risque de comparer ce qui ne l'est pas et de ne pas faire de différences en termes de gravité? Toujours est-il que les pays francophones ne semblent pas avoir trouvé, à ce jour, meilleur terme générique que celui de «maltraitance» pour désigner et regrouper, dans le domaine des soins et de l'accompagnement des personnes âgées, à domicile ou en institution, tous ces manquements: violence, agression, mauvais traitement, abus, défaillance, négligence, inertie, mépris, moquerie... Parfois aussi, à trop vouloir bien faire, les aidants ou les soignants adoptent involontairement des comportements inadéquats, qualifiés eux aussi de maltraitance. L'absence de définition univoque de la maltraitance des personnes âgées ajoute encore à la confusion.

Selon une récente enquête mandatée par l'association Alter Ego et réalisée en Suisse romande auprès des responsables des différentes structures d'accueil et de soins pour personnes âgées (lire en page 11), plus de la moitié des participants ont estimé que l'expression «maltraitance envers les personnes âgées» était la plus appropriée à utiliser dans le cadre d'actions de prévention. Pourtant, de plus en plus souvent, les professionnels préfèrent parler de «bientraitance» – quand bien même ce néologisme n'est pas le juste contraire de maltraitance. Pour la professeure Delphine Roulet Schwab, que nous avons rencontrée (lire en page 5), la bientraitance s'inscrirait dans une perspective relationnelle plus large, tandis que la maltraitance se traduit par des actes concrets. En d'autres termes, une approche bientraitante n'empêche malheureusement pas la survenance d'actes de maltraitance, dans une situation donnée, parce que les conditions sont soudain réunies.

Bientraitance ou maltraitance, au-delà des termes, il s'agit de rester vigilant et de prendre en considération l'éventualité de la maltraitance. Car même si les institutions s'inscrivent généralement aujourd'hui dans cette démarche volontaire de bientraitance et travaillent à cet art du prendre soin qui vise à la qualité de la prise en charge et, au final, à la qualité de vie de la personne âgée, aucune d'entre elles n'est à l'abri de dérapages. Et elles en sont bien conscientes, elles qui n'hésitent pas à développer des stratégies et mesures de prévention les plus diverses. ●



Fondation Hatt-Bucher

Ce sont souvent les petites choses, qui font la grande différence...

Nous nous laissons guider par le thème «Donner de la joie» et promouvons la qualité de la vie de tous les jours dans des maisons de retraite et de soins, en contribuant à des excursions, des concerts, des après-midis dansants, des fêtes, des représentations théâtrales et de cirque, des visites de clowns, des contacts avec des animaux, des vacances etc.

Vous trouverez des informations sur la collaboration avec notre fondation sur le site www.hatt-bucher-stiftung.ch

La prochaine date butoir pour le dépôt de demandes est le 21 octobre 2013.
Il est recommandé de déposer pour cette date des demandes relatives à l'ensemble de l'offre ou aux séries de manifestations en 2014.

Nous serons heureux de collaborer avec vous!

Schulthess-Wet-Clean: Le meilleur lavage pour tous les textiles



Outre l'eau, Schulthess-Wet-Clean recourt à des lessives liquides écologiques pour nettoyer les textiles avec le plus grand soin:

- uniformes
- vêtements de protection
- linge de lit
- coussins
- vêtements
- chiffons en microfibres



Contactez-nous, nous sommes là pour vous conseiller!

Schulthess Maschinen SA
CH-8633 Wolfhausen, info@schulthess.ch
Tél. 0844 880 880, www.schulthess.ch



SCHULTHESS

La lessive: Le savoir-faire



7



16



27

Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

Maltraitance – Bientraitance

Le risque zéro n'existe pas

Sensibiliser les institutions ne suffit pas pour sortir du silence la maltraitance envers les personnes âgées. Encore faut-il toucher l'opinion publique et changer les mentalités. Entretien avec la professeure Delphine Roulet Schwab. 7

Des millions de victimes en Europe

En l'absence de données statistiques, deux récentes études tentent de cerner le phénomène de la maltraitance envers les aînés. 11

La prévention passe par une vision commune des soins

Nombre d'institutions ont mis en place des stratégies et des mesures de prévention pour lutter contre les actes de maltraitance. 12

Quelques exemples en Suisse romande

Convention, label de bientraitance ou théâtre social: les EMS de Suisse romande ne manquent pas d'ambition et de créativité. 15

Restaurer le dialogue et la confiance

En cas de maltraitance ou de négligence à l'égard de leurs proches, des familles font parfois appel à la médiation. Les directions des établissements aussi. 16

Les limites du dépistage

Une quinzaine d'outils de dépistage ont été développés au niveau international. Ils peinent cependant à s'imposer. 21

Donner de la visibilité pour mieux prévenir

Un commentaire de Jean Martin. 24

Plaidoyer en faveur de la bientraitance

Un commentaire de Laurent Extermann. 25

Recherche

En quête du sourire Duchenne

Une étude menée par des psychologues zurichois l'atteste: le rire et la gaieté améliorent le bien-être des personnes souffrant de troubles cognitifs. 27

Actualités

30

Photo de couverture: Chameleons Eye, Shutterstock

Impressum



La *Revue spécialisée* CURAVIVA, publiée de manière trimestrielle, s'adresse aux EMS de Suisse romande, à leurs organes dirigeants et à leurs professionnels, aux décideurs et responsables politiques ainsi qu'aux nombreux partenaires du réseau santé-social qui oeuvrent en faveur des personnes âgées. Cette publication a pour objectifs de renforcer les liens au sein et autour du réseau des EMS au niveau romand, de donner une large audience aux actions, projets et initiatives des établissements, de valoriser les compétences et le dynamisme des professionnels, et d'informer les partenaires des préoccupations, activités et enjeux du secteur.

Editeur: CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses, 2013, 5^e année.
 Adresse: Siège CURAVIVA SUISSE, Zieglerstrasse 53, 3000 Berne 14, tél. 031 385 33 33, fax 031 385 33.
 Rédaction romande: Anne-Marie Nicole (amn), rédactrice responsable, case postale 10, 1231 Conches, redaction@curaviva.ch.
 A collaboré à ce numéro: Paola Mori
 Rédaction alémanique: Beat Leuenberger (leu), rédacteur en chef, Urs Tremp (ut), Natascha Gerisch (ng)
 Correction: Stephan Dumartheray
 Traduction: Anne-Marie Nicole, Translations Probst
 Annonces: Axel Springer Suisse S.A, Zurich, tél. 043 444 51 05, e-mail urs.keller@fachmedien.ch
 Graphisme et impression: AST & FISCHER AG (mise en page Lea Hari).
 Abonnements (non membres): abo@curaviva.ch; CHF 60.– par année, 4 parutions.
 Tirage: 1000 exemplaires
 ISSN 1663-6058

Nous sommes votre partenaire pour toutes les questions d'hygiène:

- Hygiène des mains
- Cours d'hygiène (www.hygienepass.ch)
- Audits
- Requalification de stérilisateurs



ALMEDICA
MEDICAL DIAGNOSTICS & HYGIENE

Almedica SA
Guglera 1
1735 Giffers
Tél. 026 672 90 90
office@almedica.ch
www.almedica.ch

Produits actuels et offres spéciales dans notre shop internet sous www.almedica.ch

Un seul et unique fournisseur

Du plus petit moule à la balance électronique, également des solutions insolites pour des cuisiniers créatifs. Plus de 4'000 articles en stock qui attendent vos appels – commandés aujourd'hui, livrés demain.

Contactez-nous, nous vous conseillons volontiers...

Pitec SA, Technique de boulangerie et gastronomie
Z.I. La Pierreire, 1029 Villars-Ste-Croix
Tel. 0844 845 855, Telefax 0844 845 856
info@pitec.ch, www.pitec.ch



Igeho

23-27 novembre 2013 | Bâle | www.igeho.ch

Salon international de l'hôtellerie, de la gastronomie et de la consommation hors domicile

SAVOIR-FAIRE POUR PROFESSIONNELS DU «HOSPITALITY & CARE»:

Vous trouverez ici des textiles, des solutions d'élimination des déchets et de nettoyage.

Journée romande
26.11.2013



Powered by



Partenaires médias officiels



Delphine Roulet Schwab souhaite une stratégie nationale contre la maltraitance

«Le risque zéro d'être maltraitant n'existe pas»

Les EMS entreprennent beaucoup en matière de prévention. Mais sensibiliser les institutions ne suffit pas pour sortir du tabou de la maltraitance, estime Delphine Roulet Schwab. Il faut toucher l'opinion publique pour changer les mentalités.

Propos recueillis par Anne-Marie Nicole

En Suisse, nous dites-vous, 300 000 personnes âgées de plus de 65 ans seraient victimes d'une forme ou d'une autre de maltraitance. C'est un chiffre inquiétant. D'où vient-il?

La Suisse ne possède pas de statistiques officielles sur la maltraitance envers les personnes âgées. Il s'agit d'une estimation sur la base d'un taux moyen de prévalence de 20% avancé par l'OMS Région Europe dans son rapport de 2011. La plupart des situations restent toutefois dans l'ombre et ne sont pas signalées. Seule la pointe émergée de l'iceberg est actuellement visible.



«Une coordination est nécessaire pour mettre les ressources disponibles en commun et améliorer la prévention.»

Delphine Roulet Schwab

Comment expliquer l'absence de statistiques à ce sujet?

En Suisse, il n'y a pas de programme national de prévention et ce thème n'est pas jugé prioritaire. Cependant, même en réalisant une étude nationale, ce serait très difficile d'obtenir des chiffres fiables. C'est un sujet tabou. Les victimes elles-mêmes ne s'identifient pas toujours comme telles ou n'osent pas dire qu'elles subissent des mauvais traitements. Par ailleurs, les actes de maltraitance ordinaire, comme les petites humiliations quotidiennes ou l'infantilisation, sont difficiles à objectiver et à comptabiliser.

La maltraitance envers les personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau.

On trouve des traces d'actes de violence à l'égard de personnes âgées dans des écrits datant du Moyen-âge et même de l'Antiquité. Il y a 50 ans, on tolérait des actes qui ne le sont plus du tout aujourd'hui. Si l'on songe aux mesures de contention dans les institutions, on estimait normal, il y a une vingtaine d'années encore, d'attacher une personne âgée à son fauteuil ou à son lit, car on privilégiait la sécurité plutôt que l'autonomie de la personne. Et ce n'est que depuis la fin des années 90 que l'on parle publiquement de cas de maltraitance envers des personnes âgées. Ce n'est pas si vieux que ça ...

«Le niveau de tolérance face à la maltraitance s'est considérablement réduit.»

Comment expliquer cette prise de conscience?

Elle s'inscrit dans un mouvement plus général. On a commencé par s'intéresser à la maltraitance envers les enfants, puis à la violence conjugale, enfin à la situation des personnes âgées et des personnes handicapées. Le niveau de tolérance face à la maltraitance et à la négligence s'est considérablement réduit.

>>

D'autre part, les conditions de vie évoluent et les standards de bonne qualité de vie sont plus élevés. On juge désormais les actes par rapport à ces nouvelles normes.

A partir de quel moment parle-t-on de maltraitance?

On parle de maltraitance à partir du moment où un acte porte atteinte à l'intégrité de la personne âgée et à ses droits fondamentaux. Il n'est pas nécessaire que cet acte soit répété ou intentionnel. Il peut y avoir des situations de maltraitance provoquées par les meilleures intentions du monde. On peut vouloir faire le bien d'une personne âgée sans se rendre compte que cela ne correspond pas du tout à ses attentes et à ses priorités de vie.

Quels sont les différents types de maltraitance?

On distingue généralement cinq types de maltraitance. La maltraitance psychologique, qui consiste à infliger des souffrances morales et qui porte atteinte à l'identité et à l'estime de soi. La maltraitance physique, lorsqu'on inflige des douleurs et des blessures et qui inclut aussi le recours aux moyens de contention physiques ou médicamenteux. La maltraitance sexuelle. La maltraitance financière qui se traduit par l'usage abusif ou illégal des ressources d'une personne âgée. Et enfin, la négligence, passive ou active, par exemple ne pas répondre aux besoins d'une personne âgée dépendante ou ne pas lui donner les soins requis.

On oppose souvent maltraitance à bientraitance.

Oui, et ce ne sont pourtant pas les deux faces d'une même médaille! Il ne suffit pas de ne pas maltraiter pour «bientraiter». La bientraitance s'inscrit dans une perspective relationnelle plus large, elle touche au sens de la relation. Naturellement, promouvoir la bientraitance contribue à lutter contre la maltraitance. Et il est évident que c'est plus facile de parler de bientraitance que de maltraitance...

Quand il est question de mauvais traitements envers les personnes âgées, on montre généralement les institutions du doigt. Mais qu'en est-il de la maltraitance à domicile?

On estime qu'environ les deux tiers des situations de maltraitance surviennent à domicile. Il ne faut pas oublier que la plupart des personnes âgées ne vivent pas en institution. De plus, dans le cadre familial, les dynamiques sont complexes. Il n'y a souvent pas de regard extérieur, pas de témoin. Les choses se passent à huis clos. Les institutions sont en principe davantage contrôlées.

Quels sont les facteurs de risque de maltraitance?

De manière générale, les femmes, très âgées, souffrant de troubles cognitifs, qui ont peu de contacts sociaux courent davantage de risques d'être victimes de mauvais traitements. Ensuite, la cohabitation avec l'aidant à domicile peut être une situation à risque, surtout quand il se sent démuni. Le stress du soignant est un autre facteur de risque, son sentiment d'impuissance et le manque de ressources pour affronter des situations de crise. Les professionnels peuvent aussi parfois se sentir agressés par des personnes qui souffrent de troubles du comportement, qui frappent, qui mordent, qui insultent ou qui tiennent des propos racistes. La tentation est grande de se

défendre physiquement ou verbalement. Souvent, il y a une conjugaison de facteurs de risque. Dans une situation donnée, les conditions sont soudain réunies pour qu'il y ait dérapage.

Les conditions de travail en institution peuvent donc aussi conduire à des situations de maltraitance.

En effet le manque de dotation en personnel, une mauvaise organisation du travail, la pénibilité des tâches, l'absence de reconnaissance et de valorisation des soins aux personnes âgées sont autant de facteurs de risque. Les responsables doivent être attentifs à leurs collaborateurs, aux signes d'épuisement et aux problèmes personnels qui réduisent leur capacité de résistance. Une équipe qui fonctionne en vase clos, qui s'installe dans une routine et qui communique mal a d'avantage de latitude pour développer des comportements inadéquats.

Le manque de formation est-il un facteur de risque?

Je dirai que la méconnaissance du processus de vieillissement et l'incompréhension des troubles du comportement qui accompagnent les différentes formes de démences augmentent certainement le risque d'être maltraitant. Mais la formation à elle seule ne suffit pas. Être infirmière diplômée avec plusieurs années d'expérience ne met pas entièrement à l'abri de gestes maltraitants. Le phénomène est plus complexe.

Est-ce que le multiculturalisme, bien réel dans les institutions, peut créer un terrain propice à la maltraitance?

Le multiculturalisme peut créer des tensions en raison de malentendus ou de sensibilités différentes. Selon les origines culturelles, les habitudes de communication et la façon d'être en relation sont autres. En soi, ce n'est ni bien, ni mal. Ce qui importe, c'est que les choses soient explicitées et que l'on n'impose pas une façon de faire aux résidents sans leur accord. On entend parfois des professionnels appeler des résidentes «ma petite chérie». Certaines de ces vieilles dames apprécieront, d'autres le vivront comme un manque de respect, voire une humiliation.

Définitions de référence

- Pour l'Organisation Mondiale de la Santé: «La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.»
- Pour l'association romande Alter Ego: «Tout acte – comportement ou attitude – commis ou omis envers une personne âgée au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne.»



«Les victimes elles-mêmes ne s'identifient pas toujours comme telles», constate Delphine Roulet Schwab.

Photo: Natalia Davydenko, Shutterstock

Quels sont les signes qui peuvent laisser penser qu'il y a un risque de maltraitance?

Le tout premier signe qui doit alerter, c'est un changement de comportement chez la personne âgée: par exemple, une personne habituellement joyeuse et sociable qui se replie sur elle-même, qui pleure facilement, qui sursaute quand quelqu'un s'approche, qui a peur. Du côté des collaborateurs, il y a aussi des signes auxquels être attentifs: le professionnel qui est distant ou qui ne s'implique pas, ou au contraire, celui qui s'implique trop, qui entretient une relation exclusive et fusionnelle avec la personne âgée. Un fort taux d'absentéisme du personnel ou d'hospitalisations des résidents peut aussi alerter.

Pour certains, la maltraitance d'une personne âgée dépendante commence par le placement en EMS...

Je ne serais pas aussi catégorique. Selon les circonstances, laisser quelqu'un à domicile peut aussi être considéré comme de la maltraitance. Et obliger une famille à devenir esclave d'une situation n'est pas correct non plus. Ce n'est pas le placement en EMS qui constitue en soi de la maltraitance, mais la manière dont la personne âgée a été intégrée au processus de décision ou non. Le placement en EMS est parfois la moins mauvaise solution.

Il semble que la maltraitance soit une notion toute en nuances. Ça n'est jamais blanc ou noir.

C'est en effet une question complexe, qui génère parfois de la frustration dans la pratique. Certains professionnels voudraient pouvoir disposer d'une grille et cocher une case pour dire s'il y a maltraitance. Ce n'est pas si simple. Un même acte n'aura pas les mêmes conséquences dans deux contextes différents. Et les comportements sont dictés par les perceptions individuelles qui peuvent diverger pour une même situation. Ce sont des notions très subjectives, in-

«La maltraitance, c'est aussi un abus de pouvoir.»

tersubjectives même! Il y a la subjectivité de la personne âgée avec ses attentes et ses priorités de vie, de la personne qui agit avec ses intentions et des personnes qui observent et interprètent la situation.

Comment dès lors dépasser ces décalages de représentations et de valeurs?

Ces différentes perceptions sont légitimes. Ce qui importe c'est de toujours mettre en balance la protection de la personne et le respect de son autonomie. On adopte parfois des attitudes paternalistes, avec la volonté de protéger des personnes âgées vues comme vulnérables. On veut bien faire, mais on oublie de prendre en compte l'avis de la personne âgée; son point de vue est complètement absent. La maltraitance, c'est aussi un abus de pouvoir.

Personne n'est donc à l'abri de commettre un acte de maltraitance.

Non. Et le risque zéro n'existe pas. Mais on peut se donner les moyens de réduire le risque au minimum.

Comment?

En commençant par informer et reconnaître que la maltraitance existe. En institution, l'équipe peut travailler sur les valeurs, explorer les représentations de chacun, pour améliorer la compréhension mutuelle et trouver une façon commune et cohérente de fonctionner. Les collaborateurs devraient aussi pouvoir disposer d'espaces de parole pour exprimer leurs émotions sans être jugés, pour demander de l'aide quand ils sentent que cela ne va plus, avant de devenir brusques ou agressifs. Il est important qu'ils se sentent soutenus par une équipe et qu'ils sachent comment agir en cas de doutes.

Selon votre étude récente (lire en page 11), plus de la moitié des responsables d'institutions affirment que des actions de prévention ont été menées dans leur institution.

>>

Oui, il faut souligner les efforts et les réflexions des EMS au cours de ces dernières années pour mettre en place des mesures de prévention. Cela passe par la formation continue et la sensibilisation à la maltraitance, mais aussi par le dialogue, une meilleure communication au sein des équipes, le recours à des spécialistes extérieurs, la présence des cadres sur le terrain pour mieux sentir les changements d'ambiance ou les tensions. C'est intéressant de voir également que certaines institutions ont revu leur fonctionnement pour mieux s'adapter aux besoins et aux habitudes des résidents.

Vous affirmez que toutes les institutions ne sont pas encore prêtes à instaurer des mesures de prévention.

Le problème de fond est lié au tabou de la maltraitance. Une institution qui forme une personne-ressource, qui sensibilise son personnel, admet en quelque sorte qu'il y a un risque de maltraitance. C'est une étape que toutes les institutions ne sont peut-être pas encore prêtes à franchir.

Que faire lorsqu'on est témoin d'une situation critique?

Il est important d'en parler. Certaines institutions disposent d'une procédure à suivre ou d'une personne-ressource à solliciter. Il faut toutefois être prudent avant d'accuser, car l'étiquette «maltraitance» est tenace et peut être violente. Il faut aussi garder à l'esprit que les gens qui ont des comportements inadéquats se sentent parfois impuissants et ne savent pas comment agir autrement. Il importe donc de privilégier une culture de l'erreur pour apprendre ensemble des situations et en tirer des leçons collectives.

Existe-t-il des outils pour détecter des situations à risques?

Une quinzaine d'outils sont répertoriés dans la littérature. La plupart sont en anglais, ce qui peut poser des problèmes de terminologie une fois traduits. La difficulté avec ces outils c'est qu'ils ne font généralement pas la différence entre des situations à risques et des situations de maltraitance avérée. Il faut donc les considérer davantage comme une aide pour l'évaluation que comme une baguette magique.

On parle beaucoup de maltraitance envers les personnes âgées, mais qu'en est-il de celle à l'égard des collaborateurs?

C'est une question importante et délicate, car elle pose la question de la capacité de discernement de la personne âgée. Le personnel a naturellement le droit de travailler dans de bonnes conditions et l'employeur doit lui garantir protection. Dans les faits cependant, c'est plus complexe. Si une dame de 90 ans, agressive ou insultante, n'a plus sa capacité de discernement, ce sera difficile d'agir pour faire reconnaître l'atteinte à l'intégrité du soignant.

La thématique est récurrente. Il semble cependant qu'elle suscite peu d'intérêt au niveau politique.

En 2010, la conseillère nationale Bea Heim a déposé un postulat demandant au Conseil fédéral d'établir un rapport sur la violence touchant les personnes âgées en Suisse et d'envisager la mise en place d'un plan de prévention avec les cantons. Le Conseil fédéral a estimé qu'il y avait dans les cantons déjà suffisamment de ressources et d'organisations privées qui se pré-

L'association Alter Ego

Créée en 2002 par des professionnels de la santé et du social, l'association Alter Ego vise la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées et la promotion de la dignité et le respect des aînés. Active en Suisse romande et au Tessin, Alter Ego privilégie l'action en réseau interdisciplinaire avec les institutions et associations. Elle soutient les personnes concernées, informe l'opinion publique et forme les professionnels. Ainsi, en une dizaine d'années, elle a formé quelque 10 000 professionnels des soins et de l'accompagnement en Suisse romande, notamment pour qu'ils deviennent des personnes-ressources dans leurs structures respectives.

www.alter-ego.ch

occupaient de la question. Il a rejeté le postulat, qui a été classé à fin 2012.

Comment expliquer que ces ressources soient si peu coordonnées sur le terrain?

Les besoins ne sont pas les mêmes en Suisse romande, en Suisse allemande et au Tessin, et les organisations fonctionnent différemment. Les lois sanitaires des cantons romands prévoient un certain nombre de mesures, comme les médiateurs de santé, les commissions de surveillance ou les instances des plaintes. C'est difficile d'avoir un modèle unique en Suisse.

Souhaiteriez-vous une stratégie nationale, comme celle relative aux soins palliatifs?

Clairement! Une coordination est nécessaire pour mettre les ressources disponibles en commun et améliorer la prévention. On va peut-être y arriver dans quelques années... Mais on en est encore assez loin. Il ne suffit pas de sensibiliser les institutions pour sortir du tabou, mais de toucher les politiques et la population par le biais de campagnes d'information et répéter les messages jusqu'à ce que la lutte contre la maltraitance devienne une évidence dans l'esprit des gens.

Que proposez-vous pour briser le silence autour de la maltraitance envers les personnes âgées?

Oser en parler. Avec les personnes concernées. En équipe et dans les institutions. Auprès du grand public. Faire connaître les droits et les devoirs de chacun, et comment les garantir. Créer un réseau national pour mieux coordonner et optimiser la lutte contre la maltraitance. Enfin, rappeler la responsabilité collective de la société face à un phénomène qui nous concerne tous. ●

Portrait – Delphine Roulet Schwab est docteure en psychologie et professeure à la Haute Ecole de Santé La Source, à Lausanne. Elle est notamment membre du Conseil d'éthique de l'Avdems et de l'Association Alter Ego. La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées est l'un de ses domaines d'expertise.

Malgré l'absence de statistiques, les études tentent de cerner l'ampleur du problème

Des millions de victimes en Europe

Deux récentes études, l'une en Suisse romande, l'autre en Europe, avancent quelques estimations, à défaut de données chiffrées, et proposent des actions et des recommandations pour améliorer la prévention.

Anne-Marie Nicole

Qu'entend-t-on par «maltraitance»? Que font les institutions face à des situations de maltraitance envers des personnes âgées? Comment optimiser les mesures de prévention? Ces questions, et bien d'autres encore, ont été abordées dans le cadre d'une récente étude conduite sur les représentations de la maltraitance envers les personnes âgées et la gestion de la problématique chez des responsables d'institutions*. Mandatée par l'association Alter Ego et soutenue par la Fondation Leenaards, la recherche a été réalisée par la Haute Ecole de Santé La Source, sous la direction de la professeure Delphine Roulet Schwab. Elle visait, d'une part à faire un état des lieux en Suisse romande, d'autre part à formuler des recommandations pour améliorer la prévention. Il ressort de l'étude que plus de 75% des responsables d'institutions (EMS, soins à domicile, foyers de jour et services hospitaliers) ont déjà été confrontés à une situation de maltraitance envers une personne âgée, et 54% à une situation impliquant du personnel de leur institution. Ils sont également plus de la moitié à affirmer que des actions de prévention ont été menées dans leur institution.

Une analyse transversale des remarques formulées par les participants relève les difficultés rencontrées par les responsables pour identifier et gérer les situations de maltraitance: loi du silence, différences de représentations, manque de preuves, méconnaissance du cadre légal, volonté de l'institution de régler seule le problème, décalage entre les cas rapportés par les médias et la réalité du terrain... Beaucoup d'institutions ne semblent pas pour autant démunies de ressources: elles communiquent, analysent les situations en équipe, favorisent le soutien mutuel, impliquent les responsables dans l'encadrement des collaborateurs, veillent à la qualité des conditions de travail et valorisent les employés.

Enfin, l'équipe de recherche a mis en évidence des pistes d'optimisation de la prévention, suggérées par les participants à l'étude. Il s'agirait ainsi, notamment, de clarifier le concept trop flou de «négligence», de favoriser la distinction entre l'application des mesures de contraintes et la mal-

traitance, de porter à la connaissance de l'ensemble du personnel le cadre légal et les conditions de levée du secret professionnel. Parmi les pistes opérationnelles, certains proposent d'identifier et d'analyser les situations de maltraitance ou à risque en impliquant l'ensemble des collaborateurs de l'institution, et de mettre en place des mesures et des procédures institutionnelles.

4 millions de victimes en Europe

«La maltraitance des aînés est un phénomène très répandu dans la Région européenne», affirme pour sa part le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans un rapport de 2011 sur la prévention de la maltraitance envers les aînés**. Il regrette lui aussi l'absence de données chiffrées fiables et s'inquiète de l'aggravation possible du phénomène en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes exposées à un risque. Selon les estimations, chaque année, quelque 40 millions de personnes âgées seraient victimes de maltraitance, tous genres confondus. Pour la Suisse, Alter Ego a estimé à 300000 le nombre de personnes âgées victimes d'une forme ou d'une autre de maltraitance, soit environ 20% de la population de plus de 65 ans.

Le rapport de l'OMS passe en revue les facteurs de risques biologiques, sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui font que l'on est victime ou auteur de maltraitance, ainsi que les facteurs qui contribuent à la prévenir. Il propose une liste de mesures et recommandations en matière de prévention de la maltraitance à

l'intention des Etats membres, agences internationales, organisations, chercheurs, praticiens et autres défenseurs des intérêts des personnes âgées.

Les auteurs de la recherche constatent que les mesures de la prévalence de la maltraitance des personnes âgées varient selon la culture et le pays. Une standardisation des définitions, des outils et des méthodes s'avère dès lors nécessaire si l'on veut comparer les résultats des différentes recherches et mieux comprendre l'importance du problème au niveau international. Le Bureau de l'OMS semble confiant: «Les bases factuelles doivent encore être étoffées, mais les études montrent que le public et les décideurs se sentent déjà concernés par ce problème.» ●

«Les études montrent que le public et les décideurs commencent à se sentir concernés par le problème.»

* «Maltraitance des personnes âgées. Représentations et gestion de la problématique dans les institutions» www.ecolelasource.ch

** «Rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés» (en anglais), www.who.int

Des stratégies à mettre en place pour lutter contre les actes de maltraitance

Il faut en parler et adopter une approche commune

Des actes de maltraitance se produisent dans les soins de longue durée, et pour nombre d'institutions, c'est encore un sujet tabou. Des institutions ont mis en place avec succès des mesures de formation et de sensibilisation de leur personnel.

Natascha Gerisch

Situation quotidienne dans un établissement médico-social après le repas du soir: Susanne Lehmann*, une infirmière expérimentée, aide Monsieur Keller*, un résident souffrant de démence, à faire sa toilette du soir. Pour Susanne Lehmann, le temps presse. Avec l'aide d'un auxiliaire, elle s'occupe des 36 résidents. Il n'y a pas assez de personnel pour répondre à tous leurs besoins. Beaucoup d'entre eux veulent être accompagnés aux toilettes avant de se coucher ou doivent être installés dans leur lit. Ce sont des tâches qui prennent beaucoup de temps. Le fait que Max Keller ait besoin aujourd'hui de plus

de temps que d'habitude pour faire sa toilette bouleverse le programme serré de Susanne Lehmann. Pendant que l'infirmière assiste Monsieur Keller, d'autres résidents actionnent les sonnettes: ils ont eux aussi besoin d'aide. Susanne Lehmann ne peut cependant pas laisser seul Max Keller seul, qui risque de faire une chute. La professionnelle l'admet ouvertement: «Ce sont des moments pénibles et difficiles. Je deviens nerveuse. Je sais que je dois avancer, sinon je ne viendrai pas à bout de tout ce que je dois faire dans les délais.» Mais plus Max Keller ressent sa nervosité, moins il se laisse prodiguer les soins. «Ce sentiment d'impuissance me fait d'abord perdre patience puis je sens la colère monter en moi, à tel point que j'aimerais le tenir plus fermement pour que ça aille plus vite.»

Pour ne pas se laisser envahir par son sentiment d'impuissance et ne pas décharger sa colère sur Monsieur Keller, Susanne Lehmann a développé ses propres stratégies: «J'essaie de me libérer de mon stress et de ma mauvaise conscience par rapport aux autres résidents qui attendent en me concentrant sur l'instant présent avec Max Keller. Je me dis que je ne peux faire qu'une chose après l'autre et que je ne suis pas responsable du manque de personnel.»

Le professeur Dirk Richter est enseignant à la Haute école spécialisée de Santé de Berne. Il effectue des recherches, entre autres, sur les soins psychiatriques et la gestion

des actes de maltraitance. Dirk Richter a fait un exposé en mai 2013 lors du cours de formation continue de Curaviva Suisse sur «Le comportement agressif dans les soins de longue durée – comment le gérer?». Le cahier thématique à ce sujet peut être obtenu auprès de Curaviva Suisse.



Le thème n'est pas à l'ordre du jour

Même si Susanne Lehmann sait que ses collègues de travail sont également confrontés à des situations similaires, elle déplore de ne pas pouvoir échanger ouvertement sur cette question au sein de l'équipe et élaborer des approches communes. Elle aimerait bien connaître d'autres points de vue pour savoir comment se comporter dans une situation délicate. «Dans notre établissement médico-social, nous n'en discutons pas. Ce thème n'est pas à l'ordre du jour et la direction ne semble pas le considérer comme urgent», déclare-t-elle.

Professeur et chercheur à la Haute école spécialisée de santé de Berne, Dirk Richter connaît bien le problème. Spécialisé sur



Pour ne pas se laisser envahir par son sentiment d'impuissance et ne pas décharger sa colère sur les résidents, l'infirmière Susanne Lehmann a développé ses propres stratégies.

Photo: Robert Kneschke, Shutterstock

les questions de la gestion des agressions dans le domaine des soins de longue durée, il explique que les actes de maltraitance, bien présents dans les institutions médico-sociales, sont rarement abordés. «La fréquence des actes de maltraitance ou des paroles agressives contre des résidents en EMS est toujours élevée. Depuis quelques années, des recherches sont faites au niveau international, mais la Suisse ne dispose pas encore de chiffres fiables.» Dirk Richter explique cette situation par le fait qu'il est plutôt difficile de mener de telles enquêtes. «Tous les résidents concernés ne peuvent être interrogés à ce propos. Certains souffrent de troubles cognitifs et auront le plus souvent rapidement oublié l'incident.» Les chiffres disponibles se basent donc sur des déclarations du personnel soignant. Entre 10 et 50% de toutes les personnes interrogées reconnaissent que, dans l'année, elles ont eu un comportement inadéquat. «Plus fréquemment encore, le personnel soignant interrogé a été témoin de comportements maltraitants de la part de collègues de travail à l'encontre des résidents. Seule une petite proportion des incidents est signalée. Et cela va rarement jusqu'à la plainte», déclare Dirk Richter. Selon lui, les comportements agressifs sont toujours passés sous silence, «car ils ne sont absolument pas compatibles avec la déontologie de la profession. S'ils étaient révélés, leurs auteurs risqueraient de perdre leur poste».

«La fréquence des actes de maltraitance et des paroles agressives est toujours élevée.»

Comment gérer ce problème?

Conjointement avec Curaviva Suisse, Dirk Richter a élaboré un cahier thématique qui décrit différentes formes de comportement maltraitant dans le domaine des soins de longue durée: les comportements du personnel soignant vis-à-vis des résidents ou inversement, ainsi que les relations conflictuelles entre les familles et le personnel soignant. La brochure d'information détaillée doit aider le personnel soignant à identifier les actes agressifs, à les comprendre et à apprendre à réagir de manière appropriée.

Mais qu'entend-on au juste par «comportement maltraitant», et pourquoi ces comportements sont-ils si fréquents dans le domaine de la santé? Pour Dirk Richter, on a affaire à de la maltraitance «lorsqu'on porte atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique d'une personne ou si elle perçoit l'acte comme une menace ou une atteinte». La violence peut être physique –

tirer les cheveux, frapper, saisir brutalement –, non verbal – en passant par le langage corporel –, ou verbal, par des insultes et des menaces. Enfin, la négligence, en l'occurrence le refus de faire quelque chose, par exemple priver quelqu'un de dessert ou ne pas changer une personne qui se serait salie, est également considéré comme un acte de maltraitance. Dirk Richter poursuit: «Dans la plupart des cas, un comportement maltraitant se produit lorsque les auteurs sont dans l'urgence. Ils réa-

>>

gissent ainsi car ils ne savent plus comment faire autrement. En d'autres termes, on devient agressif dans une situation de vulnérabilité». L'infirmière Susanne Lehmann est confrontée à une situation d'urgence car elle est dépassée par le stress lié aux impératifs de temps et aux attentes.

Dirk Richter donne différentes explications au fait que le personnel soignant vit régulièrement de telles situations et que le sujet reste tabou malgré tout: la pénurie de personnel est, entre autres, un facteur, au même titre qu'une formation insuffisante, l'augmentation du nombre de résidents très âgés souffrant de troubles psychogériatriques et les exigences complexes liées au traitement de ces personnes. La situation s'aggrave lorsqu'il y a un manque de connaissances sur les pathologies psychiatriques et une loi du silence qui fait que les collaborateurs conviennent tacitement de ne dénoncer personne.

Dirk Richter souligne par ailleurs que dans les établissements de soins, à la différence des autres institutions du domaine de la santé, comme les cliniques psychiatriques par exemple, la culture de l'échange et de l'entraide entre collègues semble moins développée. Pour empêcher les situations de surmenage telles que celle qu'a vécue Susanne Lehmann, Dirk Richter recommande aux directeurs d'institution de faire des propositions adéquates aux professionnels au sein des établissements: des cours de formation continue pour se familiariser avec la thématique et affiner leur propre perception. Les institutions doivent organiser régulièrement des séances d'analyse de la pratique avec discussion de cas, des réunions d'équipe ou des heures de supervision sur ce thème. Ils devraient encourager l'échange pour savoir comment le travail se passe pour chacun, ce qui ne fonctionne pas bien et quelles attitudes et stratégies sont nécessaires pour améliorer la situation.

On a réussi à faire évoluer les mentalités

L'exemple positif de l'EMS Clenia Bergheim à Uetikon, sur les bords du lac de Zurich, mérite d'être mentionné. Il y a quatre ans déjà, les responsables ont effectué des ajustements pour remédier aux actes de maltraitance. La direction du home souhaite ainsi que tous les professionnels travaillant au sein de l'établissement soient sensibilisés au thème et en parlent ouvertement. Tous les collaborateurs ont donc dû d'abord suivre un cours dans le cadre de la formation continue. Des directives ont ensuite été établies sur la manière de gérer les agressions et la violence.

À l'automne dernier, la direction a notamment mis en place une directive selon laquelle tous les collaborateurs doivent signer une convention sur le thème de la maltraitance. Elle stipule que l'établissement n'accepte aucune violence et exige une tolérance zéro en la matière. Les collaborateurs sont également informés que toute situation de violence dans laquelle ils sont eux-mêmes impliqués ou qu'ils constatent chez des collègues doit être abordée ou signalée dans des rapports ou lors de réunions d'équipe. Par ailleurs, ils s'engagent à décrire précisément ces situations par écrit et à en informer leurs supé-

rieurs hiérarchiques. Ces derniers évaluent les rapports et prennent le cas échéant les mesures nécessaires, par exemple le recours à l'Office indépendant de plainte pour personnes âgées (OIPA, UBA en allemand) ou un dépôt de plainte. Les collaborateurs s'engagent à participer aux cours de formation continue organisés chaque année sur la maltraitance et la violence.

Echanger pour mieux sensibiliser

Verena Zwicker, cheffe de service à l'EMS Clenia Bergheim, explique qu'elle a mis en place une culture de l'échange pour renforcer la sensibilisation de chaque membre de l'équipe. Elle souhaite que chaque personne parvienne à connaître ses limites et que l'équipe développe une approche commune. «La maltraitance existe dans le domaine des soins, c'est un fait avéré. Il est donc d'autant plus urgent que nous puissions en parler. C'est pourquoi nous indiquons dans chaque rapport si des situations de maltraitance se sont produites, quelles en ont été les causes, comment le personnel soignant a réagi, quelle solution a été proposée, qu'est-ce

qui a bien ou moins bien fonctionné et comment se portent à présent les personnes impliquées.» Pour Verena Zwicker, il est important que tous en parlent de manière naturelle. «En adoptant une communication ouverte au sein de l'équipe, nous pouvons déculpabiliser celui qui aurait le sentiment de devoir trahir quelqu'un. Comme nous en discutons tous dans le cadre du rapport, ce genre d'impression n'a plus lieu d'être.»

L'argument invoqué par de nombreuses institutions, selon lequel il n'y a pas de temps pour de telles discussions, n'est pas défendable pour Verena Zwicker. «On trouve toujours le temps. Parfois il suffit de fixer différemment les priorités, par exemple ne pas forcer une personne qui ne veut pas se doucher. Avec le risque tout à fait tolérable que, pour une fois, elle ne sentira pas bon.» Bien entendu, il y aura toujours des situations dans lesquelles le personnel soignant utilisera le pouvoir ou la force. Ce peut être le cas lorsque l'état du résident devient critique et que le personnel doit décider à sa place, ou lorsqu'il faut forcer une personne qui boit trop peu en période de forte chaleur.

«Nous sommes obligés d'intervenir dans de telles situations. Mais tout doit être documenté de manière très précise et les représentants légaux ou la famille doivent en être informés.»

Verena Zwicker sait que ce concept fonctionne parce que tous adoptent la même approche et que l'ensemble de la direction tire à la même corde. Susanne Lehmann pourrait, elle aussi,

envisager une telle solution dans son établissement. Elle serait heureuse de pouvoir développer une approche commune avec ses collègues de travail. ●

*Noms d'emprunt

Texte traduit de l'allemand.

«Un comportement maltraitant se produit lorsque les auteurs sont dans l'urgence.»

«L'argument du manque de temps n'est pas défendable.»

Convention, label de bientraitance ou théâtre social

Les EMS sont actifs et créatifs

Promotion de la bientraitance ou prévention de la maltraitance: les EMS de Suisse romande ne manquent pas de projets pour traiter de la question. Quelques exemples à Fribourg, Neuchâtel et Genève.

Anne-Marie Nicole

«Chaque personne s'engage à lutter contre toute forme de maltraitance ou de négligence. Celle qui en est témoin est tenue d'intervenir en faveur du résident (...).» C'est ce à quoi s'engagent les collaborateurs des EMS du canton de Fribourg en signant le document «Respect et protection de l'intégrité et des droits des résidents», qui fait partie de leur contrat de travail. Elaborée conjointement par l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA) et le Service du médecin cantonal, la première version de ce document d'une page remonte à 1999 déjà. Le texte était alors centré sur la prévention des actes de maltraitance et le devoir, pour celui qui en serait le témoin, d'intervenir ou de les annoncer. «Le document constituait une entrée en matière un peu rude pour un nouveau collaborateur qui vient généralement travailler avec de bonnes intentions!», admet Daniel Pugin, directeur de l'EMS Les Epinettes à Marly, et qui a contribué à la rédaction d'une nouvelle mouture 2013. Cette nouvelle édition comporte aussi désormais les informations sur les droits des résidents et sur l'application des mesures de contrainte selon le nouveau droit de protection de l'adulte. Si le document est généralement bien accueilli par les établissements, Daniel Pugin estime qu'il est important de prendre le temps d'en expliquer le contenu au personnel, car au-delà de son caractère préventif, la démarche vise aussi à responsabiliser les professionnels. Difficile aujourd'hui d'évaluer l'efficacité de l'initiative fribourgeoise. Daniel Pugin précise que cette mesure n'est pas isolée mais s'accompagne d'autres moyens préventifs comme la garantie faite par l'Etat aux institutions de disposer d'une dotation en personnel suffisante, l'existence de directives et d'un protocole d'application des mesures de contrainte et, plus généralement, «la culture de la bientraitance pratiquée au sein de nos établissements».

Un label de bientraitance

A l'Escale, un home en ville de La Chaux-de-Fonds, on s'interroge également sur la maltraitance. «Parfois, inconsciemment, nous avons des comportements inadéquats, notam-

ment en matière de communication», reconnaît le directeur, Jean Messerli. Ainsi, après deux ans de travaux de rénovation destinés à moderniser l'architecture des lieux, le directeur a initié, en début d'année, un nouveau projet visant cette fois à améliorer le fonctionnement de l'équipe et la qualité de l'accompagnement. Il s'est associé les compétences de Nathalie Galli, infirmière formatrice à l'origine de l'Association Sonate et du label du même nom, qui vise à promouvoir la bientraitance en institution selon une démarche institutionnelle permanente. C'est justement cette approche par la bientraitance qui a séduit Jean Messerli. Le processus proposé par Sonate fait le point sur la situation dans l'institution en matière de bientraitance, notamment au moyen de questionnaires différenciés adressés aux cadres, au personnel, aux résidents et à leurs proches, et relève les points qui méritent réflexion et attention. Sur cette base, des plans d'actions et de mesures sont définis. Pour l'EMS L'Escale, cela se traduit par des formations individuelles ou collectives, des sensibilisations au langage et à la communication non violente, le recueil systématique des histoires de vie pour

une meilleure compréhension des besoins des résidents, l'amélioration des procédures d'accueil du résident et de ses proches, etc. Dans le courant de l'automne, le home L'Escale ainsi qu'un autre établissement seront les premiers à obtenir le label Sonate.

Les discussions autour de la maltraitance et de la bientraitance reviennent aussi ré-

gulièrement au sein des équipes de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex, l'un des trois plus grands EMS du canton de Genève. Sous l'impulsion des professionnels des soins, un projet «Bientraitance-Maltraitance» a vu le jour, dont l'un des temps forts fut un théâtre-forum présenté à l'interne en mars dernier. Le spectacle a mis en scène six situations de soins et d'accompagnement imaginées et jouées par une dizaine de collaborateurs issus de tous les secteurs d'activité et dirigés par un professionnel du théâtre social, à partir de leur pratique quotidienne. «Le théâtre-forum a permis de parler de la maltraitance avec une certaine distance, sans crispation», explique Didier Bürgli. Autre avantage à ses yeux: pouvoir partager et travailler ensemble, en interdisciplinarité, sur des situations particulières propres à l'institution. Prévu sur trois ans, le projet «Bientraitance-Maltraitance» comporte d'autres axes d'intervention en parallèle: un travail, au sein de chaque équipe, d'analyse de la pratique et de promotion de la bientraitance, un concours d'affiches réalisées par les différents services, ainsi que la production d'un document de référence énonçant les valeurs communes qui doivent fonder une culture institutionnelle de la bientraitance. ●

«Parfois, inconsciemment, nous avons des comportements inadéquats.»

La médiation est un mode de résolution des conflits qui favorise le dialogue

Objectif: restaurer la confiance

En cas de négligence ou de maltraitance de leur proche, des familles font parfois appel à un médiateur pour trouver des solutions à l'amiable et rétablir le dialogue avec les professionnels mis en cause.

Paola Mori

Rudoiments, brusqueries, isolement, infantilisation, tutoiement inapproprié, débranchement de la sonnette, aide insuffisante au moment du lever, de la toilette ou des repas, manque d'écoute vis-à-vis du résident, manque d'attention par rapport à la température ambiante, thérapeutique excessive ou au contraire absence de traitement: autant de griefs envers les établissements médico-sociaux (EMS) parfois rapportés par les résidents et leurs familles. Si certaines situations d'abus, de négligence ou de maltraitance graves sont à dénoncer auprès d'organes de recours adaptés, d'autres peuvent être réglées à l'amiable, notamment par le biais de la médiation. Ce mode de résolution des conflits vise, grâce à l'intervention d'un tiers neutre et indépendant appelé médiateur, à faciliter le dialogue, à trouver des solutions aux problèmes ainsi qu'à restaurer les relations et nouer des liens de confiance entre les parties en litige. Il n'est pas rare que les EMS eux-mêmes fassent appel à une structure de médiation lors de conflits avec un résident et/ou ses proches.

Un bureau de médiation dans le canton de Vaud

Dans le Canton de Vaud, le Bureau cantonal de médiation des patients, des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs traite les plaintes relatives à une violation des droits des patients. Ces droits sont définis dans la Loi sur la santé publique (LSP) et concernent: le droit à

l'information, le droit au consentement libre et éclairé, le droit de rédiger des directives anticipées et de désigner un représentant thérapeutique, le droit au libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire, l'interdiction des mesures de contrainte, le droit d'accès au dossier, le droit au secret professionnel, le droit d'être accompagné, le droit de donner ses organes à des fins d'assistance. Les plaintes de nature financière et celles touchant à l'art médical sont dirigées vers les instances de recours ad hoc. Il en est de même des plaintes concernant les abus sexuels, les litiges avec les assurances ou encore les vols et spoliations de biens.

Rattachée administrativement au Département de la santé et de l'action sociale dont elle est indépendante, cette structure, située au centre ville de Lausanne, est placée sous la responsabilité de Nadia Gaillet et de Chantal Thouverez. Formée en soins infirmiers, cette dernière est également titulaire d'un doctorat en sciences de gestion, ainsi que d'un diplôme universitaire en médiation. Elle rappelle l'historique du bureau: «Dans les années nonante, différents scandales vinrent ternir l'image du secteur des EMS vaudois.

Des problèmes de maltraitance ainsi que des irrégularités en matière de gestion furent dénoncés dans la presse. Une commission d'enquête parlementaire nommée par le gouvernement vaudois émit, après une analyse approfondie et un rapport critique, une série de recommandations afin de protéger la dignité des personnes, de prodiguer des soins humanisés et de maintenir les liens entre patients, respectivement résidents, et proches durant les séjours en établissement sanitaire. Conséquence: la LSP a été révisée en 2002 et de nouveaux droits ont été accordés aux

**«Les usagers
cherchent quelqu'un
qui puisse
les entendre et
les comprendre.»**

bénéficiaires de soins. C'est dans cette mouvance qu'a été créé le Bureau de médiation.»

Gratuité, confidentialité et indépendance

En 2012, sur 29 médiations directes effectuées, 6 ont concerné une situation de maltraitance en EMS. «De façon générale, on notait une indifférence de la part du personnel, qui risquait de conduire à un inconfort du résident ainsi qu'à une maltraitance psychologique», précise la médiatrice. Garantissant confidentialité, gratuité et indépendance, le service peut être joint par téléphone, mail ou courrier. Un entretien est alors fixé au plaignant. Cette première étape permet d'identifier les problèmes, de vérifier les objectifs recherchés, de préciser l'esprit et les caractéristiques de la médiation, de clarifier les règles à observer tout au long du processus et d'évaluer si les personnes sont capables de respecter les critères de médiation. Chantal Thouverez explique: «Les usagers arrivent souvent en état de souffrance et désemparés. Ils expriment des sentiments de colère et d'inquiétude pour leur proche, pour sa santé et son confort. Ils cherchent quelqu'un qui puisse les entendre et les comprendre. Leur venue résonne comme un appel au secours.» Et d'ajouter: «Ils sont dans l'émotion, je les aide à structurer leur récit de manière chronologique. Le fait de reconnaître leur souffrance les soulage. L'acte de parole, en lui-même, permet déjà un certain apaisement.»

Hiérarchie interne informée

Dès le lendemain, la médiatrice contacte par courrier la hiérarchie de l'établissement concerné, soit en principe le directeur et le responsable des soins infirmiers, voire le médecin référent et la ou les personnes mises en cause afin de les inviter à un entretien préalable à la médiation. «La hiérarchie in-

terne de l'établissement doit être avertie lorsqu'un ou plusieurs membres du personnel sont mis en cause. Les directions sont juridiquement responsables de l'application de la LSP et doivent promouvoir certaines valeurs éthiques. Il est donc normal qu'elles soient tenues au courant des problèmes et dysfonctionnements existants et qu'elles prennent une part active dans la recherche de solutions à court et long terme, et ce pour le bien-être de toute la communauté», précise la médiatrice. L'entretien dit de prémédiation permet d'entendre la version des professionnels mis en cause et de leur expliquer les règles de médiation, à savoir échanger avec authenticité dans un climat de respect mutuel et de coopération.

Une démarche volontaire

La médiation étant une démarche volontaire, l'accord des deux parties est indispensable pour pouvoir entamer le processus. En cas d'acceptation, une date est fixée pour une séance de médiation. Généralement, une séance unique de trois heures suffit pour permettre aux parties de s'expliquer, de confronter leurs points de vue respectifs, de se comprendre, puis de se réconcilier. Chantal Thouverez explique: «La médiation donne aux personnes l'occasion d'entendre le vécu et la logique respective de chacun, ce qui favorise la compréhension mutuelle. Elle permet de lever les non-dits, de dissiper les malentendus et de recréer un lien de confiance». Et de souligner: «La médiatrice n'est ni arbitre, ni l'avocate de personne. Au service des uns et des autres, elle a pour mission de faire circuler l'information, de faciliter le dialogue et de susciter un esprit d'analyse. De nombreuses personnes préfèrent une explication les yeux dans les yeux à une longue procédure judiciaire.» Pour arriver à restaurer les liens entre les parties en conflit, la médiatrice observe un déroulement de séance identique à



«Les usagers arrivent souvent en état de souffrance et désemparés. Ils expriment des sentiments de colère et d'inquiétude pour leur proche, pour sa santé et son confort», explique la médiatrice Chantal Thouverez.

Photo: Shutterstock

>>

chaque fois. Dans un premier temps, la partie plaignante dispose d'une vingtaine de minutes pour évoquer les faits litigieux et exprimer son vécu. La partie mise en cause est ensuite conviée à donner des explications et des réponses aux questions posées. S'ensuit un temps de débat entre plaignant et mis en cause dans un esprit constructif. Puis l'élaboration d'un accord à l'amiable est réalisée. Cette dernière étape s'achève par la rédaction d'un constat d'accord que chacun signe. Les engagements pris portent souvent sur une modification de comportement, un changement d'organisation ou encore des améliorations de la qualité des prestations. «La médiation permet aux personnes d'être acteurs et responsables dans la recherche de solutions mais aussi dans l'évolution de la qualité de leurs relations», souligne Chantal Thouverez. Trois ou six mois après la séance, les parties sont invitées à une deuxième séance afin d'évaluer si les accords de médiation ont bien été appliqués. Chantal Thouverez observe une certaine réussite puisque 90% des médiations aboutissent. En cas d'échec, le plaignant peut être orienté vers les commissions d'examen des plaintes ou un autre organe de recours.

Exemple de cas

Pour illustrer le processus, prenons le cas de Mme C. venue exprimer des doléances à propos de l'EMS où réside sa mère. Pour la troisième fois en un mois, l'appareil acoustique de cette dernière est resté introuvable. Par ailleurs, la sonnette se trouve hors de portée, d'où une défaillance au niveau de la sécurité. Suite à la énième disparition de l'appareil acoustique, Mme C. a essayé à plusieurs reprises de parler avec le personnel. Elle dit n'avoir reçu que des réponses inadéquates comme «On va bien finir par le retrouver» ou au contraire «Il a dû finir à la blanchisserie et est sans doute perdu». Ces remarques lui ont donné l'impression, qu'outre un manque de précaution par rapport à l'appareil, on minimisait le problème et son impact sur

la qualité de vie de sa mère malentendante. Lors de la séance de médiation, Mme C. a pu exprimer en toute franchise ses griefs ainsi que son sentiment de colère face à ce qui apparaissait à ses yeux comme de la négligence, voire de la maltraitance à l'égard de sa mère. La direction de l'EMS a pu entendre ses reproches et s'est engagée à repenser le protocole de rangement des prothèses, à répéter les règles liées aux sonnettes ainsi qu'à intensifier la formation du personnel et à améliorer l'encadrement des nouveaux collaborateurs. En partant de la séance, Mme C. se sentait soulagée et rassurée. Un lien de confiance avait pu être recréé. «Les accords de cette médiation vont servir à l'ensemble des résidents. Lors de la séance, la direction a pu entamer une réflexion sur les dysfonctionnements évoqués et trouver des solutions concrètes pour améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la communauté. La médiation contribue à parfaire le fonctionnement des structures grâce à son volet pédagogique», souligne Chantal Thouverez.

Et de poursuivre: «Les professionnels ont beaucoup à gagner dans cette démarche qui s'appuie sur les sciences humaines et l'éthique et qui exige authenticité, esprit d'ouverture et capacité à se remettre en question.»

Dans le canton de Vaud toujours, l'association UNIGER-Interventions peut également être sollicitée comme instance de médiation, en particulier dans le champ des EMS. Emanation en 2009 de l'Unité de recherche et d'intervention en gérontologie, cette plateforme d'expertise en gérontologie psychosociale vise à promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes d'aide et de soins. Ailleurs, en Suisse romande, si tous les cantons ne disposent pas de structures à l'image du Bureau cantonal de médiation vaudois, d'autres instances sont à disposition des patients et résidents et de leurs familles, pour la plupart prévues par les lois cantonales sur la santé: les commissions de surveillance, les services du médecin cantonal, les autorités de conciliation... Les conseils et commissions éthiques peuvent aussi parfois être saisies, pour des avis ou des recommandations.

L'ombudsman alémanique

En Suisse alémanique, l'Office indépendant de plainte pour personnes âgées (OIPA ou UBA, en allemand, pour «Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter») intervient notamment en cas de conflits avec les EMS. En cas de plainte, les institutions mises en cause sont généralement jointes par un spécialiste disposant d'une expérience professionnelle similaire afin de créer une base de discussion commune. Il s'agit de seniors bénévoles qualifiés (médecins, juristes, travailleurs sociaux, soignants, ...). Entre 2010 et 2012, 897 cas ont été soumis à cet organisme, dont 161 pour maltraitance et 101 pour négligence.

L'OIPA est né en 1999, d'un projet pilote conduit dans le canton de Zurich. Aujourd'hui, L'OIPA Suisse regroupe les cantons de Zurich et Schaffhouse ainsi que des cantons de Suisse centrale et Suisse orientale. L'office collabore également avec l'association Alter Ego, présente en Suisse romande et au Tessin (lire en page ...). L'OIPA Suisse bénéficie notamment du soutien de Pro Senectute, de Curaviva Suisse, de la Croix-Rouge et de l'association suisse des services d'aide et de soins à domicile.

Du côté de Genève

A Genève, les résidents ou les proches souhaitant exprimer leurs doléances peuvent le faire, notamment, auprès de l'APAF, une association d'aide et d'accompagnement des personnes âgées en EMS et de leurs familles. Créée en 1992 par une dizaine de personnes qui avaient un parent en EMS et qui étaient en désaccord avec les pratiques de prise en charge, cette structure s'appelait alors «Association pour la défense des personnes âgées en EMS et de leurs familles». Les rapports tendus des débuts ont bien évolué et, depuis quelques années, les membres de l'association travaillent en partenariat avec les établissements. Signe de ce changement: la nouvelle terminologie à l'esprit plus constructif dans le nom de l'association, qui parle désormais d'«accompagnement» et non plus de «défense».

Présidée par Marguerite Birchler, cette structure est reconnue par le département de la solidarité et de l'emploi. Elle a pour mission de promouvoir la qualité de vie des résidents en hébergement de longue durée et de favoriser le respect de leur intégrité, de leur sphère privée, de leur sécurité, de leur autonomie et de leur liberté de choix. L'accompagnement, effectué par des bénévoles, est gratuit. Vice-présidente, Marie-Rose Charvoz

relève: « Le plus souvent ce sont des proches qui nous contactent. Ils arrivent souvent en nous disant «ça ne va plus du tout, on ne sait plus quoi faire»».

Les griefs les plus fréquents concernent la nourriture – «quand les plats arrivent, ils sont déjà froids», «on n'aide pas mon père à manger, la nourriture refroidit et le plateau repart à peine consommé», «on alimente ma femme de force et trop rapidement». Mais aussi les habits et la tenue vestimentaire avec des plaintes liées principalement au manque d'intérêt porté à l'image corporelle – «j'ai trouvé ma mère dans un training informe qui n'est même pas le sien», «mon mari avait son pull tout souillé» – ou encore la toilette – «on la frotte beaucoup trop fort lors de la toilette», «les ongles sont coupés trop courts» –, sans oublier la médication – «on assomme ma mère avec des médicaments pour qu'elle ne dérange pas».

Recréer des liens

Un premier entretien avec le ou les plaignants dans les locaux de l'APAF permet d'écouter les trajectoires de vie. «On souhaite que les proches restent acteurs et on les invite à s'adresser directement aux personnes référentes car ce sont avec elles qu'ils seront amenés à collaborer et à construire le projet de vie du résident. Quand le dialogue est complètement rompu, nous téléphonons nous-mêmes devant la personne à un référent professionnel de l'EMS. Toujours en accord avec les proches, on

va aussi voir le résident en EMS afin de nous rendre compte par nous-mêmes de la situation et entendre son point de vue s'il est capable de l'exprimer», explique Marguerite Birchler. Une séance de bilan est ensuite agendée avec les proches. Puis une table ronde réunissant tous les partenaires (équipe pluridisciplinaire, résident, famille, médecin traitant, APAF) est organisée pour que tous réfléchissent ensemble au projet de vie du résident. «Nous ne faisons pas de médiation proprement dite. Nous essayons de créer une alliance thérapeutique, de nouer des liens entre les proches, le résident et l'EMS en favorisant les échanges et le dialogue. Le résident reste toujours au centre de nos préoccupations», souligne Marie-Rose Charvoz.

Avoir un proche en EMS est souvent vécu douloureusement. Si confier un être cher à des professionnels peut apporter un soulagement quand la charge devient trop lourde, cela signifie aussi perdre en partie le contrôle sur ce qui se passe. «Cela peut générer de nombreuses tensions. Les familles sont dans l'émotionnel et ont besoin d'être écoutées. On a aussi un volet pédagogique car on leur explique le cadre institutionnel, la loi sur les EMS ainsi que les droits et devoirs de chacun», explique Marie-Rose Charvoz. ●

www.vd.ch/mediation-sante

www.apaf.ch

Annonce

La nouvelle série PT
Économies garanties



winterhalter



www.winterhalter.biz/pt-scout

Performances optimales: brillant, rapide, efficace



socialdesign
votre métier, notre expertise.

Et si le temps était votre allié ?

socialdesign est un bureau d'étude et de conseil Suisse qui propose des services sur mesures pour des fondations, des associations et des organisations à but non lucratif ainsi que pour les responsables politiques et administratifs.

- Recevoir un soutien qualifié
- Définir la stratégie
- Identifier le potentiel de votre équipe
- Clarifier les processus internes
- Piloter les processus de changement

case postale 1416 · 1001 Lausanne · T +41 21 510 20 80
www.socialdesign.ch · info@socialdesign.ch



COMUNITAS

Comunitas
Fondation de prévoyance
Bernastrasse 8
3000 Berne 6
Téléphone 031 350 59 59
www.comunitas.ch



Nous cultivons la confiance.
Avec expérience et clairvoyance.



SRS



SERVICES REHABILITATION SUISSE

SCHWEIZERISCHE REHABILITATIONSDIENSTLEISTUNGEN



SRS SA ZI le Trési 6c • 1028 Préverenges • 021 801 46 61
 Location & Vente ————— info@srssa.ch • www.srssa.ch

Les outils de détection d'actes de maltraitance sont des aides à la décision

Dépister ou ne pas dépister? Telle est la question

Si la maltraitance envers les aînés ne connaît pas de frontières, les outils de dépistage peinent à s'inscrire dans une universalité et se heurtent à divers obstacles, le premier étant leur acceptabilité par les publics concernés.

Anne-Marie Nicole

Désia, pour dépistage des sévices infligés aux aînés, Erma, pour évaluation des risques de maltraitance chez les aînés, Dacan, pour dépistage de l'abus chez les aidants naturels, Lisa, pour liste des indices de situations abusives... Des acronymes qui résonnent comme de jolis prénoms pour désigner des outils d'évaluation et grilles de dépistage de la maltraitance envers les personnes âgées. A cette liste, on peut ajouter des abréviations à la sonorité moins mélodieuse, comme H-S/EAST pour «elder abuse screening test» précédé des initiales des noms de ses deux auteurs Hwalek et Sengstock, ou EAI pour «elder assessment instrument», ou encore EASI pour «elder abuse suspicion index». Il existe des outils servant exclusivement à la détection des abus d'ordre financier, d'autres ont été spécialement élaborés pour questionner des personnes âgées qui ont de la peine à communiquer verbalement mais qui disposent de leurs capacités cognitives, d'autres enfin se présentent sous la forme d'applications pour Smartphone et tablettes.

Entre quinze et vingt instruments de détection de la maltraitance envers les aînés ont ainsi été développés, pour la plupart en Amérique du Nord. Au final, ils sont peu nombreux à jouir d'une large application en contexte clinique. Sans même parler de validation, ils peinent à passer la rampe des recommandations des diverses commissions nationales de dépistage,

que ce soit aux Etats-Unis, au Canada ou en Angleterre. «Ces comités considèrent généralement que les outils manquent de précision, qu'ils ne sont pas suffisamment pertinents et fiables, qu'ils n'apportent pas assez de preuves tangibles pour avérer une situation», explique Silvia Perel-Levin, aujourd'hui consultante indépendante dans le domaine de la communication en santé. «On attend de ces outils qu'ils aient une valeur scientifique, qu'ils se basent sur le modèle de la médecine fondée sur les faits», constate-t-elle. «Or la maltraitance ne se détecte pas par une prise de sang, comme on pourrait le faire pour une maladie.»

Les aînés eux-mêmes réclament des outils

Silvia Perel-Levin a beaucoup travaillé sur les questions de dépistage de la maltraitance envers les personnes âgées, principalement dans le contexte des soins de premier recours. Alors qu'elle était chargée de projets au sein de l'Organisation mondiale de la santé, elle coordonne, en 2002, la première étude jamais réalisée sur le sujet au niveau international, intitulée «Missing Voices», qui s'intéresse à la perception que les personnes âgées et les professionnels des soins de premier recours ont de la maltraitance. Dans le cadre de cette étude, ce sont

les personnes âgées elles-mêmes qui réclament alors la création d'outils pour détecter et évaluer la maltraitance à leur égard. En 2008, Silvia Perel-Levin participe à une autre étude conjointe de l'OMS et du Centre interfacultaire de gérontologie de l'Université de Genève, dont l'un des objectifs est de créer et valider, sur la base de l'outil EASI, «un instrument fiable, applicable aux différents contextes géographiques et culturels visant à améliorer la sensibilisation des agents de soins primaires de santé à la maltraitance des personnes âgées». Les auteurs de l'étude se rendent pourtant vite compte de la difficulté à vouloir

«La maltraitance ne se détecte pas par une prise de sang.»

>>

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI) – (version française)

Questions de l'EASI

Q1-Q5 doivent être posées au patient ; le médecin répond à la Q6

Au cours des 12 derniers mois:

1)	Avez-vous dépendu de quelqu'un pour une des activités suivantes: Prendre votre bain ou douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires, ou vos repas?	OUI	NON	N'a pas répondu
2)	Est-ce que quelqu'un vous a empêché(e) de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale, ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir?	OUI	NON	N'a pas répondu
3)	Avez-vous été dérangé(e) par les paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux(se) ou menacé(e)?	OUI	NON	N'a pas répondu
4)	Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté?	OUI	NON	N'a pas répondu
5)	Est-ce que quelqu'un vous a fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas, ou vous a fait mal physiquement?	OUI	NON	N'a pas répondu
6)	L'abus envers une personne âgée peut être associé à des manifestations telles que: de la difficulté à maintenir un contact visuel, une nature retirée, de la malnutrition, des problèmes d'hygiène, des coupures, des ecchymoses, des vêtements inappropriés, ou des problèmes d'adhérence aux ordonnances. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois?	OUI	NON	Incertain

L'outil EASI a été validé pour être utilisé par les médecins de famille de personnes âgées sans troubles cognitifs. Il permet au médecin de confirmer, en six questions, un éventuel soupçon d'abus envers un patient âgé, puis, le cas échéant de proposer une évaluation plus détaillée.

Source: Elder Abuse Suspicion Index ©

construire un outil universel car «la justesse de son contenu et sa formulation varient selon le contexte considéré».

Les obstacles au dépistage

«Un même outil ne sera pas nécessairement accepté par toutes les parties prenantes, c'est-à-dire les personnes âgées, les soignants et les aidants, surtout si elles n'ont pas participé aux étapes de développement de l'outil», confirme Silvia Perel-Levin, se référant aux travaux de recherche qu'elle a menés auprès de professionnels des soins et dans la littérature scientifique. Et de poursuivre : «De façon générale, les obstacles, conscients ou non, au dépistage de la maltraitance sont multiples.» Du côté des professionnels, elle mentionne ainsi la tyrannie du temps, le manque de connaissances et de formation, l'absence d'interventions efficaces et de suivi, le manque de soutien et de communication interdisciplinaire, les décalages culturels, linguistiques et générationnels. Quant aux personnes âgées, et pour autant qu'elles disposent de leur faculté de discernement, leur réticence à parler s'expliquerait par la crainte des représailles, un manque de confiance et la volonté de préserver leur intimité. Elle reconnaît aussi que la grande diversité des outils disponibles et des objectifs qu'ils poursuivent peuvent constituer un obstacle.

En effet, les outils existants, validés ou non, visent des objectifs différents. Ils sont orientés tantôt vers le dépistage (screening), l'évaluation (assessment). Ainsi, par exemple, l'outil EASI (elder abuse suspicion index), validé par les instances canadiennes, permet au médecin de famille – qui joue un rôle central dans le dépistage – de détecter une éventuelle situation de maltraitance en posant cinq questions à la personne âgée et en répondant lui-même à une sixième question d'observation. Si ses soupçons se confirment, il peut proposer une évaluation plus poussée qui sera effectuée par des professionnels compétents. Dans la pratique, cependant, la distinction entre dépis-

tage et évaluation n'est pas toujours bien comprise et ajoutée à la confusion autour de l'utilisation des instruments.

D'autre part, les outils adoptent des approches différentes. Ils peuvent se présenter sous forme de questionnaire qui s'adresse directement à la personne âgée, ou de grille d'évaluation avec laquelle les professionnels cherchent à repérer les signes de maltraitance ou à évaluer les indicateurs de risques. Il faut cependant manier ces outils avec prudence, avertit Silvia Perel-Levin, car les conclusions ne sont pas forcément celles que l'on croit. Il y a les «faux positifs» et les «faux négatifs», comme elle les appelle: l'outil peut affirmer qu'il y a maltraitance alors que dans la réalité il n'y en a pas, et inversement.

La remise en question

Dès lors, face à la complexité des situations, les professionnels des soins s'interrogent: faut-il dépister ou non? Une question légitime qui s'accompagne de considérations éthiques sur des aspects tels que la confidentialité et l'anonymat des données, la sécurité et la fiabilité des résultats, la dénonciation de situations non avérées, etc. «Entre dépister systématiquement ou fermer les yeux, il y a de nombreuses possibilités d'action», argumente Silvia Perel-Levin. Elle estime que les outils qui sont les plus efficaces sont ceux qui naissent d'une démarche interdisciplinaire et participative: «Plus il y a de métiers représentés et de personnes âgées impliquées dès le début de la conception de l'outil, plus il a de chances d'être accepté par les professionnels et les patients.»

Delphine Roulet Schwab, professeure à la Haute Ecole de Santé La Source, à Lausanne, dirige actuellement deux travaux de Master en sciences infirmières portant sur la traduction en français suisse romand de l'outil EAI (elder assessment instrument) et son adaptation sémantique et culturelle. «C'est un outil qui se base sur la recherche de signes possibles de maltraitance. Il s'adapte à tous les contextes de soins cliniques, ne

demande que 15 minutes de passation et peut aussi s'adresser à des personnes souffrant de troubles cognitifs», explique-t-elle. Le questionnaire porte sur cinq groupes de questions : une évaluation globale de l'intégrité physique de la personne, les signes possibles de maltraitance physique, de négligence, d'abus financiers ou matériels et de démission du proche aidant. Une synthèse des réponses permet de déterminer les suites à donner à l'évaluation et si un signalement est nécessaire.

Une adaptation en trois temps

Dans un premier temps, un étudiant (C. Nakamura) a traduit et adapté le questionnaire au contexte et à la sensibilité culturelle romande. Une première version a été testée auprès d'infirmières des soins à domicile de la ville de Lausanne, interrogées sur la base de leur dernière situation de soins. «L'objectif de ce test était de vérifier l'adaptabilité de l'outil, sa pertinence, la terminologie utilisée et la clarté des consignes. Au final, les gens devront s'approprier l'outil. Il s'agit donc de s'assurer de son acceptabilité.»

Une deuxième étudiante (A. Lambelet) va prendre le relais et poursuivre le projet avec la formation des infirmières à l'outil et le recueil de données sur les signes potentiels de maltraitance à partir d'une centaine de situations de personnes âgées. Ces signes seront ensuite mis en corrélation avec les facteurs de

risques identifiés dans la littérature scientifique. En 2014, un troisième étudiant renouvellera cette étape afin de disposer de suffisamment de données. Commencée en 2011, la démarche devrait prendre fin en 2015. L'outil sera lors soumis à une validation psychométrique, soit une procédure visant à confirmer que l'outil mesure bien ce qu'il est sensé mesurer. «Un tel outil devrait permettre aux professionnels des soins de tirer quelques statistiques et comparaisons, de partager leurs pratiques et expériences. Cet outil reste cependant une aide à l'évaluation et à l'objectivation d'une situation. Le résultat ne doit pas être pris comme la vérité absolue, mais comme une base pour décider des pistes à suivre pour agir.»

Même si elle affirme que l'on n'a pas besoin d'un outil pour demander à un patient comment il va et s'inquiéter de sa perte de poids ou de son mal de tête, même si elle estime que toutes les réponses ne se trouvent pas dans la science, mais dans l'humanité de chacun, Silvia Perel-Levin encourage vivement à poursuivre les recherches et le développement d'outils de dépistage, simplement déjà pour maintenir une prise de conscience chez les professionnels des soins. Les auteurs de l'étude genevoise concluaient eux aussi que, malgré la difficulté, il était «essentiel que les agents de soins primaires de santé disposent d'un questionnaire leur servant de point de départ pour les sensibiliser à la maltraitance». ●

Annonce

PUBLIREPORTAGE

Les derniers lave-vaisselle à passage manuel de la série PT : brillance, rapidité et économies.

Avec les lave-vaisselle à capot de la nouvelle série PT, le spécialiste du lave-vaisselle Winterhalter introduit une nouvelle référence sur le marché. Des fonctions innovantes garantissent une performance au top dans les catégories résultat de lavage, vitesse et rentabilité.

Configuration individualisée

Winterhalter propose divers formats pour les machines de la nouvelle série PT. Grâce à ces différentes dimensions, le lavage de la vaisselle, des assiettes à pizza, des plateaux ainsi que des bacs GN 2/1 ou des casiers euronorm s'effectue sans aucun problème. Winterhalter propose pour la première fois des lave-vaisselle à capot avec sélection du programme de lavage. Pour les utilisations vaisselle, bistro, verres ou couverts, des programmes de lavages spécialement configurés permettent un résultat de lavage parfait.

Tout simplement brillant – performances au top dans la catégorie résultat de lavage

La série PT offre des résultats brillants à l'hygiène irréprochable. Le réglage variable de pression VarioPower adapte la pression de lavage de manière optimale à la vaisselle et au degré de salissure. La vaisselle peu sale est lavée à faible pression et la vaisselle très sale est lavée à haute pression. La nouvelle filtration de flux complet dirige la totalité de l'eau à travers un système de filtrage à fines mailles hautement efficace. Avec le concours du Médiamat qui sépare les plus fines particules en suspension, on arrive à des résultats de lavage exceptionnels.

Vitesse supérieure – performances au top dans la catégorie vitesse

La série PT atteint des résultats de lavage excellents en un temps record. Pour la

première fois, les lave-vaisselle à passage manuel sont équipés d'une gestion active de l'énergie. Celle-ci distribue l'énergie de manière optimale afin de rendre l'appareil rapidement disponible et de raccourcir la durée de chaque cycle de lavage. Le temps de lavage de la gamme PT est ainsi inférieur jusqu'à 28 % à celui généralement constaté dans le secteur avec des résultats de lavage brillants.



Economie absolue – performances au top dans la catégorie rentabilité

La gamme PT reprend le rôle de pionnier en matière d'efficacité énergétique. L'échangeur thermique d'eaux usées de série EnergyLight économise à chaque cycle de lavage l'énergie précieuse et réduit ainsi les coûts d'exploitation jusqu'à 10 %. Les appareils de la série PT sont également disponibles en option en version EnergyPlus. Combiné à un récupérateur de buées supplémentaire, EnergyPlus permet une rentabilité sans pareille pour la laverie et diminue la sortie de humidité et contribue à l'amélioration de la qualité de l'air ambiant.

Pour plus de renseignements :
www.winterhalter.biz/pt-scout
info@winterhalter.ch

Donner de la visibilité pour mieux prévenir

Il est bon que l'éventualité et parfois la réalité de mauvais traitements infligés aux personnes âgées, notamment vulnérables, affaiblies et dépendantes, retiennent l'attention, que des mesures appropriées soient prises à cet égard par les établissements et que les autorités sanitaires mettent en œuvre des modalités de surveillance adéquates.

Souvent, les effets de la médiatisation d'un tel sujet peuvent être positifs ou... moins positifs. La presse fait son métier quand elle met le doigt sur un souci réel. Par ailleurs, un fait divers particulier peut donner à penser, à tort, que le phénomène est courant, suscitant frustration et sentiment d'injustice chez celles et ceux qui œuvrent au mieux pour le bien-être des seniors – en EMS, à domicile ou ailleurs.

Circonstances atténuantes?

Les aidants professionnels ou non qui manifestent de la violence peuvent avoir des circonstances atténuantes, parce qu'eux-mêmes victimes de gestes ou de paroles inacceptables de la part de personnes âgées – ça n'excuse rien mais c'est un élément d'explication à prendre en considération.

En tous les cas, il importe de ne pas banaliser les actes de maltraitance. Il faut rester vigilant, sensibiliser chacun à la problématique, savoir poser un regard critique sur la pratique quotidienne, souligner le caractère inacceptable de paroles ou gestes méprisants ou brutaux et des diverses formes de négligence.

Au sein des EMS, la question de possibles mauvais traitements, volontaires ou non, par commission ou omission, doit être abordée dans les colloques et cours de perfectionnement. Des modalités de dialogue et de supervision devraient être instaurées, tout comme le recours possible à un expert externe auquel confier les préoccupations. Le but premier est de motiver et (surtout) de former l'ensemble des professionnels.

A ce propos, l'ancien que je suis relève les grands progrès enregistrés au cours des dernières décennies dans la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées, ainsi que dans la qualité et le confort des infrastructures.

Les évolutions sociales

Aujourd'hui, plusieurs facteurs concourent à une certaine prévalence de la maltraitance, mais aussi à sa plus grande visibilité. D'abord les changements sociaux: les familles élargies de la société rurale d'antan disparaissent, les gens sont de plus en plus mobiles, les enfants vivent souvent loin de leurs parents âgés. Les liens se distendent, les habitudes de convivialité et de solidarité informelles diminuent, tout comme les formes locales de respon-



«Développer une culture de l'erreur.»

Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois, membre de la Commission nationale d'éthique

Photo: m2d

sabilité et de solidarité vis-à-vis de son prochain ou de son voisin.

En même temps, il y a aussi une évolution des sensibilités: par le passé, on était plus «rude» dans les relations humaines, physiquement et psychologiquement. Des gestes qui étaient tolérés par le passé ne le sont plus aujourd'hui. De leur côté, les soignants et les aidants professionnels ou informels sont stressés, surchargés, tendus, moins disponibles.

Enfin, un autre facteur important est la connaissance et reconnaissance des droits individuels, en particulier des droits des patients. Les personnes savent mieux qu'elles ont le droit de poser des questions et, le cas échéant, celui de se plaindre.

Des réticences à dénoncer les cas

Pour conclure, j'aimerais souligner un enjeu d'importance s'agissant de la prévention de la maltraitance et un certain «antagonisme» entre les mesures dites de contrôle et celles à visée pédagogique. En effet, pour sanctionner les situations qui doivent l'être, encore faut-il en avoir connaissance. Or, les collaborateurs sont réticents à annoncer les cas critiques qui les concerneraient ou dont ils

seraient témoins. Si les cas graves doivent être signalés et sanctionnés, il importe, plus généralement, de faire preuve de bon sens. Développer et faire comprendre une culture de l'erreur qui permette d'apprendre, de corriger les situations et de prendre les mesures de prévention nécessaires en termes de formation, de sensibilisation, d'organisation du travail et de fonctionnement de l'institution. ●

«Des gestes qui étaient tolérés par le passé ne le sont plus aujourd'hui.»

Plaidoyer en faveur de la «bientraitance» en institution

Le néologisme de «maltraitance» a envahi l'espace public depuis quelques années. Il est notamment utilisé pour désigner les sévices que subiraient quotidiennement les résidents de nos EMS.

En effet, ce vocable s'est répandu à la suite de révélations par la presse de mauvais traitements infligés à des personnes âgées sans défense; ces scandales ont amené les autorités à renforcer la surveillance de ces institutions pour prévenir de tels manquements, d'autant plus choquants qu'ils restaient exceptionnels.

De là une prise de conscience de la situation problématique dans laquelle se trouvent de nombreux résidents, accablés de solitude, coupés du monde, et donc très vulnérables, et devant bénéficier d'une protection renforcée: qui oserait décrier une démarche si légitime?

Mais, comme il arrive souvent dans ce type de situations, cet intérêt si nécessaire s'est peu à peu dégradé en suspicion généralisée de mauvais traitements à l'égard de toute personne isolée vivant en EMS, ce qui est à la fois contraire à la réalité et fort dommageable pour l'image de ces institutions.

Le bien-être des résidents, une préoccupation constante

Or, j'ose affirmer que dans la très grande majorité de nos EMS, tous les résidents sont bien traités, et que ce souci de leur bien-être constitue désormais une préoccupation constante de tous, personnel soignant et direction.

Aussi voudrais-je témoigner ici de la lassitude, voire de l'accablement des responsables de ces institutions devant le procès d'intention larvé qui continue à leur être fait: en parlant continûment de maltraitance en EMS, on sous-entend que tel est le lot actuel du résident et qu'il convient enfin d'y instaurer la qualité de vie à laquelle il a droit...

J'exagère? A peine. J'ai encore en mémoire la réponse que me fit cette jeune infirmière, qui venait de refuser un poste en institution: «Je ne veux pas travailler dans un mouiroir où les patients sont malmenés!» Force m'est de reconnaître que l'air du temps était pour beaucoup dans cette juvénile arrogance: comment voulez-vous motiver de jeunes diplômés à s'engager dans une institution pour personnes âgées, alors que partout il n'est question que de maltraitance, et des remèdes à apporter d'urgence à un fléau qui sévirait toujours massivement dans le secteur?

Certes, je n'ignore pas que les responsables de nombreux colloques et séminaires sur la «maltraitance» sont mus par le réel souci du bien-être du résident et le désir sincère d'améliorer sa situation; mais à ne se focaliser que sur l'aspect négatif des choses (la maltraitance postulée comme état de fait), on en vient à ignorer (ou à passer sous silence, ce qui revient au même) les efforts considérables qui ont déjà été entrepris, et avec succès dans la plupart des institutions,



«Des efforts considérables ont déjà été entrepris avec succès.»

Laurent Extermann, juriste et enseignant, membre du comité de la Fegems, juriste-conseil de la section genevoise de l'ASI

Photo: mäd

pour rendre digne et stimulante cette ultime étape de la vie. Des remèdes à cette situation? J'en vois deux, l'un théorique, l'autre pratique.

- D'abord, que l'on cesse d'employer à tort et à travers ce pseudo-concept de «maltraitance», que chacun définit à sa convenance: en effet, peut-on ranger indistinctement sous le même vocable une lésion corporelle par négligence, relevant des atteintes à la vie et à l'intégrité corporelle, sanctionnée par le droit pénal, et simultanément le manque d'égards dus à une personne confiée à vos soins, ce qui relève de votre savoir-être? A l'évidence non, sauf à verser dans le confusionnisme le plus stérile. Il appartient donc aux éthiciens de cerner le concept de maltraitance et d'en faire reconnaître la définition, afin d'en réserver l'emploi pour des situations et des actes rigoureusement délimités. Il y a là une tâche urgente pour les comités d'éthique.
- Dans la pratique ensuite, il convient de replacer toute la réflexion sous un angle positif, c'est-à-dire de la recherche d'une «bientraitance». Ce nouvel éclairage est bien plus qu'un changement d'étiquette: il traduirait un changement d'attitude. Le but proclamé ne serait donc plus la lutte contre le pire (maltraitance), mais la promotion d'un mieux (bientraitance): et toute la réflexion pourrait alors s'inscrire dans une dynamique positive, dont les retombées profiteraient à tous – résidents, public et familles concernées, EMS et personnel soignant. Voulons-nous ensemble relever ce défi? ●

Electricité: bénéficiez de prix avantageux!

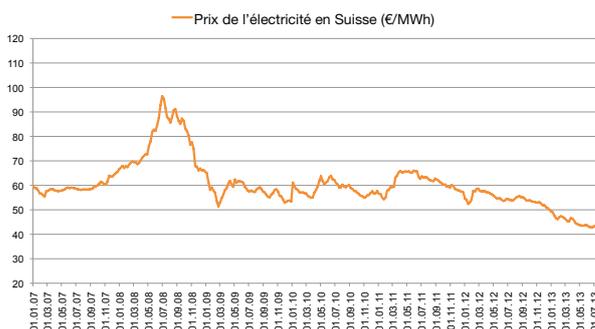
L'électricité, nous nous en servons tous au quotidien – mais nous ne savons pas forcément où cette électricité est achetée, à quel prix, et comment il est possible de s'assurer le meilleur prix sur le marché.

Le négoce de l'électricité

L'électricité vendue en Suisse est négociée à la bourse allemande de l'énergie, l'«European Energy Exchange (EEX)». Sur cette bourse, les prix évoluent constamment, un peu comme pour les bourses d'actions classiques.

Le prix de l'électricité

Le prix de l'électricité se compose du **cours en bourse actuel** et d'un **supplément pour le transport transfrontalier de l'électricité** (entre l'Allemagne et la Suisse). Le **taux de change EUR/CHF** influe considérablement sur le prix du courant livré en Suisse.



L'électricité n'a jamais été aussi bon marché.

L'excédent de production issu des centrales conventionnelles et la diminution du prix des combustibles ont induit une baisse du prix de l'électricité. Les énergies renouvelables subventionnées (solaire, éolien) exercent une pression supplémentaire. Leur part sur le réseau allant croissant, elles tendent à se substituer aux autres types de production.

Le marché de l'électricité

Jusqu'au 31 décembre 2008, tous les clients – particuliers et entreprises – étaient desservis par les fournisseurs locaux d'électricité (approvisionnement de base, système régulé). Le marché de l'électricité a été ouvert le 1^{er} janvier 2009 pour les clients dont la consommation annuelle est supérieure à 100 000 kWh. Ces clients sont désormais libres de choisir leur fournisseur. Selon le principe «une fois libre, toujours libre», ils ne peuvent plus revenir vers le système régulé.

AVANTAGES DU MARCHÉ LIBRE

- Concurrence entre les différents fournisseurs d'énergie: vous bénéficiez de prix de marché intéressants et optimisez votre facture d'électricité
- Des prix de marché transparents
- Des coûts d'électricité planifiables sur 3 ans
- Une procédure simple pour changer de fournisseur
- Changement de fournisseur gratuit (si courbe de charge disponible; sinon, coûts annuels de 600 à 900 CHF)

Changement de fournisseur et libre accès au réseau

Si vous souhaitez changer de fournisseur, vous devez faire une **demande d'entrée sur le marché libre** d'ici au 31 octobre. Vous avez deux possibilités:

1. Adresser votre demande par écrit à votre fournisseur actuel et vous charger vous-même de la suite de la procédure. Ou (option recommandée):
2. Donner procuration au nouveau fournisseur afin qu'il effectue toutes les démarches nécessaires.

N'attendez plus!

En tant que **partenaire énergétique** de CURAVIVA, BKW est heureuse de vous soutenir dans un contexte économique exigeant. BKW est l'un des principaux fournisseurs d'électricité de Suisse. Les **conditions du marché** étant **actuellement attrayantes**, nous sommes en mesure de vous soumettre une offre intéressante. Demandez-nous dès maintenant une **offre de fourniture d'électricité sans engagement**.



Contact

Patrice André Maurer,
manager Secteur
patrice.andre.maurer@bkw.ch
058 477 43 79

Une étude l'atteste: la gaieté améliore le bien-être des personnes souffrant de démence

A la recherche du rire Duchenne

Les interventions des clowns font la joie des personnes souffrant de troubles cognitifs. C'est ce que démontre une étude en première mondiale, réalisée en EMS par des psychologues de l'Université de Zurich. Ils préconisent de manier plus souvent l'humour comme approche thérapeutique.

Beat Leuenberger

Vers neuf heures, les premiers visiteurs pénètrent dans la salle de spectacle en poussant leurs rollators et prennent place sur les chaises installées en demi-cercle. C'est jeudi matin. Comme tous les quinze jours, le clown Wieni intervient dans l'EMS Moosmatt, à Reigoldswil, dans la campagne bâloise.

Déjà, il apparaît derrière la porte, salue de la main, muet. Une femme fredonne «quelle journée, quelle magnifique journée aujourd'hui». Deux autres s'assoupissent déjà. Une quatrième ne cesse de murmurer à part soi «Dieu du ciel, je ne me souviens plus très bien de tout». Des soignants accompagnent de nouvelles résidentes en fauteuil roulant dans la salle. Neuf femmes et deux hommes souffrant à des degrés divers de troubles cognitifs sont assis les uns à côté des autres, manifestant plus ou moins d'enthousiasme.

Deux caméras vidéo, que de jeunes chercheurs venus de Zurich ont installées plus tôt dans la matinée, tournent déjà. Avec une troisième caméra mobile, une assistante filme les gros plans. La représentation du clown peut démarrer. Naturellement, les résidents ont donné leur autorisation pour les prises de vues, et pour ceux qui n'ont plus leur capacité de discernement, leurs proches l'ont fait pour eux. Sous la direction de Jennifer Hofmann, de l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich, c'est

la première étude au monde qui se joue ici, pour analyser l'impact de l'intervention du clown, et la gaieté qu'il déclenche, sur le bien-être des personnes souffrant de démence. «Il existe certes les clowns thérapeutiques et quelques expériences qui ont démontré leur effet positif», reconnaît Jennifer Hofmann. «Mais, à ce jour, il n'existe encore aucune étude systématique qui permette de comprendre ce que déclenchent les numéros de clown chez des personnes désorientées, quel est l'effet et l'influence de leurs interventions sur l'humeur et la santé.»

Le clown Wieni intervient depuis plusieurs années déjà dans les EMS. Il sait quel humour et quelles techniques clownesques manier pour ce public. «Les personnes qui souffrent de troubles cognitifs ne comprennent plus les blagues et n'apprécient plus non plus les tours de magie», constate-t-il. «En revanche, ils aiment les jeux où l'on peut se toucher, où il y a des couleurs et des sons, des poupées, des ballons et des balles.»

Ce jeudi matin, il serre la main des invités qui arrivent. Il agite son haut-de-forme coloré et enlève sa veste rose, laissant apparaître un T-shirt jaune vif. Portant une poupée au large sourire, il fait le tour de la salle. Il rit, rayonne et chante. Ceux qui se seraient endormis se réveillent, certains rayonnent et rient à leur tour, d'autres entament un brin de causette avec Wieni, fredonnent et chantent lorsqu'ils reconnaissent une mélodie.

Distinguer le vrai rire du faux

Les chercheurs zurichois le savent bien: tous les rires et sourires qui se dessinent sur les visages des personnes âgées ne sont pas forcément des rires de joie. Afin de pouvoir présenter des résultats concluants, ils doivent donc distinguer les vrais des faux rires. «Comme nous ne pouvons pas directement demander aux personnes souffrant de troubles cognitifs si elles ont apprécié la prestation du clown et comment elles se sentent

Tous les rires
et sourires ne sont
pas forcément gais
ni joyeux.

>>

après ça, nous avons développé une autre approche pour le savoir», explique la psychologue. Une démarche qui s'articule autour de deux axes:

Le premier, ce sont les séquences filmées: l'équipe de recherche de l'Université de Zurich a filmé les personnes durant l'intervention du clown, avant d'analyser l'expression corporelle et les mimiques. «Dans toutes les cultures humaines, ainsi que chez certaines espèces de singes, les émotions de base, que l'on identifie aux mimiques selon des marqueurs spécifiques précis et objectifs, sont connues», affirme Jennifer Hofmann. «L'expression faciale de ces émotions de base ne se modifie pratiquement pas, malgré l'avancée en âge, et malgré aussi la progression d'une forme ou d'une autre de démence, même jusqu'à un stade avancé.»

Celui qui rit avec joie a des pattes-d'oise

Les psychologues zurichois ont l'intention de découvrir sur les visages des personnes âgées les signes de joie sincère et authentique. Ça n'est pas si simple, car les recherches menées sur le rire font état de 18 façons de sourire qui se différencient toutes les unes des autres dans leurs expressions faciales. Et seul un de ces sourires ou rires est lié au sentiment de joie et de bonheur. Les autres formes expriment l'attention ou la peine, la politesse ou la reconnaissance, l'encouragement ou la sérénité, ou alors elles cachent des sentiments négatifs comme le dégoût et le rejet. L'expression faciale du vrai sourire de bonheur, que les chercheurs nomment le sourire Duchenne, ne se retrouve dans aucune des 17 autres formes de rire. C'est le seul rire humain authentique qui n'est pas un rire social. Les personnes qui affichent sur leur visage un sourire Duchenne tirent les commissures de la bouche vers le haut et l'arrière par une contraction musculaire. De petites rides se forment alors aux coins extérieurs des yeux, les pattes-d'oise. Les deux mouvements sont synchronisés et symétriques de chaque côté du visage, selon un enchaînement fluide. «Simuler un tel sourire est pratiquement impossible pour quelqu'un qui n'est pas entraîné», affirme Jennifer Hofmann. Le système d'analyse des expressions faciales que l'équipe de psychologues de l'Université de Zurich a utilisé identifie donc avec certitude le sourire Duchenne parmi toutes les autres formes de rire.

Des questions tous azimuts

Un questionnaire pour évaluer l'interaction et l'état de santé constitue le deuxième axe de la démarche. Les chercheurs ont voulu savoir si les interventions du clown avaient une influence sur l'humeur et le comportement de personnes souffrant de troubles cognitifs – une influence qui dure un certain temps, même après que les spectateurs ont oublié qu'ils ont assisté à une représentation de clown.

Des soignants spécialement formés ont rempli le formulaire trois fois durant la journée: le matin avant l'arrivée du clown, avant le repas de midi et le soir. Afin de pouvoir faire une comparaison avec le même jour de la semaine mais sans la visite du clown, les soignants ont reconduit les interviews le jeudi suivant. Ce questionnaire comportait une large palette de questions les plus diverses, qui avaient peu à voir avec la prestation du clown, mais avec le quotidien des personnes: ont-elles besoin d'aide pour s'habiller, faire leur toilette, manger (ce qui se

conçoit plus ou moins facilement selon l'état de santé)? Sont-elles bavardes ou plutôt renfermées, agressives ou tranquilles, anxieuses ou insouciantes? Comment gèrent-elles la douleur? Chutent-elles souvent? Leur est-il facile ou difficile de rester assises? Se sentent-elles mieux lorsqu'elles font davantage de mouvement? Les questions renseignent aussi les facultés de mémoire et d'orientation.

Outre l'établissement de Moosmatt, les psychologues zurichois ont également mené leurs recherches autour du clown dans une autre institution du canton de Bâle-Campagne. Au final, ils ont ainsi recueilli des séquences filmées et des données de 23 participants, pour chacun sur les quatre journées d'intervention du clown et les quatre journées de contrôle. Ce sont donc 552 questionnaires qui ont atterris sur le bureau des psychologues de l'Institut de l'Université de Zurich.

Après un travail minutieux de dépouillement et d'évaluation des données, l'équipe de Jennifer Hofmann peut en attester, statistiques à l'appui: le clown a procuré une joie sincère. Les personnes ont surtout souri et ri lorsqu'il jouait de la musique et qu'elles pouvaient chanter avec lui les vieilles chansons, et lorsqu'il commettait gaffes et maladresses. «Parmi tous les rires et sourires que nous avons codifiés, trois quarts exprimaient la joie, la gaieté et les bonnes sensations», explique Jennifer Hofmann. «Nous avons enregistré vingt pour cent de rires sociaux, par exemple chez des personnes qui voulaient en complimenter d'autres au sein du groupe pour avoir bien réagi à une bouffonnerie du clown. Nous avons également identifié, bien que plus rares, des rires masqués qui devaient dissimuler la désapprobation, le mépris, voire le dégoût.» Les chercheurs ont également constaté des différences dans les réactions face au clown selon le degré de gravité des troubles cognitifs. Dans les premiers stades de la maladie, ils ont reconnu de nombreux rires et sourires et des réactions mimiques très variées. Aux stades avancés, les expressions faciales étaient plus grossières, que les psychologues n'ont pas pu qualifier de joyeuses, mais interpréter comme des réactions aux stimuli du clown – bulles de savon, balles en tissu, poupées parlantes.

Par ailleurs, l'équipe de recherche a constaté chez toutes les personnes qui avaient participé à la représentation du clown un regain d'activité, «du moins chez chaque personne individuellement», précise Jennifer Hofmann. Et de détailler: «Une dame en fauteuil roulant, qui montrait peu de réaction et gardait les yeux fermés, les a ouverts à la fin de la représentation

Humour et santé

L'étude consacrée aux interventions des clowns auprès des personnes souffrant de troubles cognitifs s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large sur l'humour comme facteur positif dans les institutions de soins de longue durée, les établissements hospitaliers et à la place de travail. La psychologue Jennifer Hofmann a coordonné l'étude, tandis que la responsabilité pour l'ensemble du projet incombe à Willibald Ruch, professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich, Groupe en psychologie de la personnalité et diagnostic.



Un seul parmi les nombreux sourires exprime la joie sincère. La psychologue Jennifer Hofmann en fait la démonstration: visage neutre, sourire social, sourire Duchenne (en haut, de gauche à droite); rire Duchenne, rire masqué, sourire Duchenne (en bas, de gauche à droite).

et s'est mise à chanter lorsque Wiener a joué de la clarinette. D'autres ont très vite lié conversation entre eux ainsi qu'avec Wiener, ils ont parlé, rigolé et participé aux jeux animés par le clown.

Des impulsions négatives moins fortes

Les différents types de démence semblent avoir pour conséquence une détérioration rapide de l'humeur de la personne au cours de la journée. «Notre étude a démontré que les impulsions négatives étaient moins fortes durant les journées où le clown était présent que durant les journées de contrôle, c'est-à-dire sans le clown», expose Jennifer Hofmann. «Selon les évaluations réalisées le soir, cette tendance est persistante, sans toutefois qu'on puisse la confirmer statistiquement.» Elle estime malgré tout que l'impact des interventions du clown est «formidable si l'on songe à la brièveté des sentiments et des souvenirs chez les personnes souffrant de troubles cognitifs». Jennifer Hofmann tire le bilan: «Notre étude a démontré, pour la première fois, qu'une prestation de clown dans un EMS pouvait déclencher la joie chez les personnes souffrant de démence et avait un impact positif sur leur comportement, contribuant ainsi à leur qualité de vie. Peut-être que ce résultat incitera les

responsables d'institution à considérer l'humour comme une approche thérapeutique à pratiquer avec des personnes qui sont à un stade avancé de la maladie et pour lesquelles aucune guérison n'est possible.»

Une heure plus tard, ce jeudi matin dans l'EMS de Moosmatt, la représentation du clown tire à sa fin. «Merci. Ça coûte un franc. Ça fait du bien de rire franchement», lance une résidente. Une autre renchérit: «Oui, et c'est pour ça que tu restes si jeune. C'est vrai, hein, on a eu du plaisir.» En guise d'au revoir, chacun reçoit une fleur que Wiener a façonnée avec des ballons. Le clown chante « Au revoir... ». Les résidents entonnent après lui, tout en se dirigeant vers la sortie en agitant la rose à la main. ●

www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/perspsy.htm
(site en allemand)

Texte traduit de l'allemand

Actualités

Suisse

Au service des professions soignantes

L'OdASanté est l'Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé. A ce titre, elle représente les intérêts du secteur de la santé pour les questions de formation dans l'ensemble de la Suisse et intervient comme principal interlocuteur de la Confédération. Elle est active au sein de diverses commissions, développe des profils professionnels conformes aux besoins et assure la perméabilité entre les professions et les degrés de formation. Actuellement, l'OdASanté travaille sur divers projets particulièrement importants pour les institutions accueillant des personnes âgées, à savoir:

- Examen professionnel Soins de longue durée et accompagnement : un projet de règlement d'examen a été soumis à la Confédération pour examen et sera adapté en fonction de sa réponse.
- Examen professionnel supérieur d'expert en soins qui prévoit, notamment, la possibilité de spécialisation en gériatrie-psycho-gériatrie et en soins palliatifs.
- Collaboration au Masterplan «Formation aux professions de la santé» de la Confédération, dont l'objectif est d'augmenter, d'ici 2015, le nombre de diplômes délivrés dans les professions de la santé.
- Swiss Skills 2014: en collaboration avec les OrTra's cantonales, un premier championnat suisse des métiers pour les ASSC sera organisé.

L'OdASanté assure un marketing des professions au niveau national pour l'ensemble de la branche. L'organisation participe à l'élaboration du matériel d'information destiné aux centres d'orientation professionnelle.

Les organisations membres de l'OdA-

Santé sont Curaviva Suisse, H+ Les Hôpitaux, l'Association suisse de l'aide et des soins à domicile, la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé, les OrTra's cantonales santé et social, l'Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques de la santé et Spitex privée Suisse.

(Information Curaviva Suisse)

Suisse romande

Brochure sur les droits des patients

Offrir une bonne information sur les droits des patients permet de renforcer la relation qui lie le patient aux professionnels de la santé, affirme la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) dans un récent communiqué à l'occasion de la réédition de la brochure «L'essentiel sur les droits des patients», initiée par le Canton de Vaud il y a une dizaine d'années. Pour présenter cette nouvelle édition, les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud se sont désormais alliés. Les Suisses rencontrent leur médecin trois fois par an en moyenne, sans parler des soins dentaires, hospitaliers ou à domicile. Si les relations avec les professionnels de la santé sont fréquentes, les lois qui les régissent et qui reconnaissent des droits au patient sont souvent peu connues. Bien informé, un patient est pourtant mieux à même d'évaluer sa situation et de faire valoir son point de vue. Outre leurs droits qu'il convient de mieux faire connaître, les patients ont aussi, dans leur propre intérêt, des responsabilités. En fin de cahier, chaque canton présente les adresses des organismes qui délivrent des informations complémentaires ou des conseils, de même que les voies de médiation ou de recours à disposition. Le fascicule de 27 pages est disponible dans tous les

hôpitaux et cabinets médicaux depuis fin août.

(Source: communiqué CLASS)

Curaviva

Matinée de réflexion autour de l'ASE

Quelle est la place de l'assistant socio-éducatif (ASE) en EMS ou dans les structures intermédiaires? Quel est son rôle au sein de quelle équipe? Quelles sont ses responsabilités? Et ses perspectives de formation et de carrière? Pour débattre de ces questions, le Département formation professionnelle de Curaviva Suisse et la Commission romande de formation et RH organisent une matinée de réflexion, le 4 novembre prochain à Fribourg. A cette occasion, trois institutions présenteront leur mode d'organisation du travail et d'intégration des ASE dans l'accompagnement de leurs résidents. Ces interventions seront suivies d'ateliers d'échanges. La matinée se veut informative et interactive. Elle offre l'opportunité d'ouvrir de nouvelles perspectives dans la composition d'équipes variées en fonction des missions attribuées aux EMS et aux structures intermédiaires, et de l'ajustement des compétences professionnelles à l'évolution des résidents aujourd'hui et dans les années à venir. Pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées en institution ou dans les services d'accueil temporaire, l'engagement d'ASE est une possibilité qui sera donc explorée au cours de cette rencontre, avec les cadres et les employés concernés des institutions.

«La place des ASE en EMS et structures intermédiaires». Matinée de réflexion le 4 novembre 2013, de 9h30 à 13h00, Université de Fribourg, Site Miséricorde, Fribourg. Le programme et le bulletin d'inscription sont disponibles sur www.curaviva.ch

Informations DS personnes âgées

Stratégie nationale en matière de démence: la Confédération et les cantons s'activent

En 2009, Jean-François Steiert et Reto Wehrli ont chacun déposé une motion (09.3509, respectivement 09.3510) relative au pilotage de la politique en matière de démence. Le 12 mars 2012, le Conseil national et le Conseil des Etats ont adopté les deux motions à une large majorité et chargé le Conseil fédéral de développer des mesures de soutien, en collaboration avec les directions cantonales de la santé et les acteurs concernés par la prise en charge de la démence.

Le 25 octobre 2012, la plate-forme commune de la Confédération et des cantons «Dialogue de la politique nationale de la santé» a donné mandat à l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) et à la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), d'élaborer et de mettre en œuvre les demandes formulées dans les deux motions relatives à une stratégie nationale en matière de démence.

Entre-temps, les divers travaux entrepris ont permis de dégager les axes prioritaires et de définir neuf objectifs et 18 projets dans quatre champs d'action. De nombreux experts et acteurs du domaine de la prise en charge de la démence ont été associés aux travaux. Les champs d'action sont les suivants:

- Compétence sanitaire / Information / Participation
- Offres de prestations adaptées aux besoins
- Qualité et compétence professionnelle
- Données et transfert des savoirs

Les principaux enjeux de la prise en charge institutionnelle sont abordés dans les projets spécifiques. Il s'agit par exemple

d'adapter l'infrastructure existante aux besoins (organisation, déroulement, gestion du personnel, aménagement des espaces) ainsi que le processus des soins (traitement, accompagnement et soins) aux résidentes et résidents toujours plus nombreux à souffrir d'une forme de démence. Un autre projet se propose d'examiner si les prestations de soins prévues à l'art.7 OPAS peuvent également être appliquées et remboursées dans les situations de prise en charge de la démence. Dans le cas contraire, le système de financement actuel devrait être étendu.

Une large consultation écrite informelle a eu lieu dans le courant de l'été. La stratégie nationale en matière de démence doit être adoptée le 25 octobre 2013 et mise en œuvre pour la période 2014–2017.

CURAVIVA Suisse a activement contribué à l'élaboration des documents de base servant aux actions, aussi bien en faveur des personnes âgées que des adultes avec handicaps. Dans ce cadre, les résultats d'un sondage en ligne de QUALIS Evaluation sur l'état actuel de la prise en charge institutionnelle de la démence ont été utilisés. L'enquête montre par exemple que plus de 60% des personnes souffrant d'une forme de démence vivent dans des unités mixtes. Les responsables des institutions estiment que leurs principaux défis pour les années à venir sont, d'une part un financement suffisant des prestations de soins et d'accompagnement, d'autre part un personnel soignant et accompagnant en nombre suffisant apte à prendre en charge des situations psychiatriques individuelles complexes.

Des informations sur le thème de la démence sont disponibles en ligne, dans le dossier thématique «Démence». (www.curaviva.ch → Informations spécialisées)



Markus Leser
Responsable DS personnes âgées

Actualité

Manifestations

Congès européen de l'E.D.E.

«Le recours aux technologies dans les services de soins»
26.–28. septembre 2013 à Tallinn
www.ede-congress.eu

Congrès national de la SGG SSG

«vivre les transitions, les préparer, les accompagner»
30.–31. Janvier 2014 à Fribourg
www.sgg-ssg.ch

Divers

Nouvelles informations en continu

Etudes – études achevées sur des thèmes divers
www.curaviva.ch/etudes

Dossiers – informations de fond sur des thèmes spécialisés et d'actualité politique
www.curaviva.ch/dossiers

Instruments de travail – Aide et documentation pour le travail quotidien
www.curaviva.ch → Instruments de travail

Descriptifs des projets du Domaine spécialisé personnes âgées
www.curaviva.ch/projets

FELICITATIONS!

Nadine Wymann, assistante en soins et santé communautaire (ASSC), a pris part aux WorldSkills 2013 à Leipzig, dans la catégorie des métiers de la santé et décroché une magnifique 4^e place. Nous félicitons chaleureusement Nadine Wymann pour cet excellent résultat et lui souhaitons encore plein succès pour la suite de son parcours professionnel.



tout pour la cuisine

En un mot, Pistor.

Les chefs de cuisine des hôtels, restaurants et de la gastronomie collective dépendent d'un assortiment complet de produits de marques et apprécient de l'obtenir tout en un. Et faites nous confiance, chez Pistor vous obtiendrez la meilleure qualité au meilleur prix.

Pistor fournit les restaurants et les hôtels de toute la Suisse avec une fiabilité hors pair. Pistor, une valeur sûre dans un univers exigeant.