

Oh! Mère-grand, comme vous avez de grandes dents!?!... Oh! Grandmother, what big teeth you have!

Marie-Josée Robitaille

Volume 10, numéro 2, novembre 1985

Santé mentale et travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030300ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030300ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Robitaille, M.-J. (1985). Oh! Mère-grand, comme vous avez de grandes dents!?!...
Santé mentale au Québec, 10(2), 131–139. <https://doi.org/10.7202/030300ar>

Résumé de l'article

L'association santé et sécurité au travail du secteur des Affaires sociales a tenté de déterminer l'existence, l'envergure, les causes et les solutions du problème de la violence dont peuvent être victimes les employés de centres d'accueil d'hébergement de la part des résidents dont ils ont soin. Il semble, d'après les informations recueillies, que le problème existe quoique le danger physique soit mineur. Cependant l'impact sur le moral des travailleurs peut être à considérer. Les causes, et par le fait même, les solutions impliquent la qualité des conditions de séjour des bénéficiaires et des conditions de production offertes aux travailleurs, les plans de services adaptés aux besoins des résidents, la formation, les compétences fonctionnelles ainsi que la capacité de l'établissement à diagnostiquer et à résoudre les problèmes de fonctionnement et d'agression qui lui sont posés.

Oh! Mère-grand, comme vous avez de grandes dents!?!...

Marie-Josée Robitaille*

L'association santé et sécurité au travail du secteur des Affaires sociales a tenté de déterminer l'existence, l'envergure, les causes et les solutions du problème de la violence dont peuvent être victimes les employés de centres d'accueil d'hébergement de la part des résidents dont ils ont soin. Il semble, d'après les informations recueillies, que le problème existe quoique le danger physique soit mineur. Cependant l'impact sur le moral des travailleurs peut être à considérer. Les causes, et par le fait même, les solutions impliquent la qualité des conditions de séjour des bénéficiaires et des conditions de production offertes aux travailleurs, les plans de services adaptés aux besoins des résidents, la formation, les compétences fonctionnelles ainsi que la capacité de l'établissement à diagnostiquer et à résoudre les problèmes de fonctionnement et d'agression qui lui sont posés.

«Mlle M... a 73 ans... Je me rends à la chambre de Mlle M., je l'avise que son bain aura lieu à 9h30 et je lui demande de bien vouloir enlever ses vêtements et passer une jaquette de bain; il est 9h00 à ce moment. À 9h30, je me présente dans la chambre de Mlle M..., elle n'avait pas bougé de l'endroit où elle était quand j'avais été la prévenir de l'heure de son bain. J'essaie de lui faire comprendre la nécessité de son bain (cheveux sales, cliente dégage odeur d'urine forte) Mlle M... ne veut rien comprendre: avec ma compagne, je l'amène au bain tourbillon (pièce isolée). On lui enlève ses vêtements, Mlle M... crie, s'agrippe à nos uniformes; tourne la tête vers ma compagne et lui crache au visage.

Voilà Mlle M... assise dans le bain, bras croisés sur l'abdomen, elle crie et agite les jambes. Je commence à lui laver la tête en lui donnant des explications sur les gestes que je pose pour son hygiène. Je lui tends une débarbouillette sèche pour placer devant ses yeux pendant que je lui lave les cheveux. Mlle M... mouille la débarbouillette et me frappe avec; je lui ouvre la main et lui enlève. Elle prend le boyau qui sert à laver les têtes et le dirige vers moi (je me fais arroser abondamment), après quelques secondes, j'arrive à fermer le robinet, à ce moment, Mlle M... crie des injures sur tout ce qui a rapport à l'établissement (employés, bénéficiaires)...

(Jeannette Jean, 1983).

En 1983, à la demande d'institutions de soins psychiatriques, l'Association santé et sécurité au travail du secteur des Affaires sociales (A.S.S.T.S.A.S.) a élaboré un guide de prévention et un service

d'assistance-conseil pour contrôler le problème des agressions dont peuvent être victimes les intervenants auprès de malades psychotiques. Or, à la suite de la parution de ce guide d'informations et de la disponibilité du service d'assistance, les demandes d'aide en provenance d'autres milieux, et particulièrement des centres gériatriques et de soins prolongés, se sont multipliées. Il semblait y avoir prise de conscience d'un éventuel problème de violence dans des catégories d'établissements qui avaient été jusque là fort discrets à ce sujet.

Après une première réaction d'incrédulité, les syndicats et les associations d'employeurs qui composent l'A.S.S.T.S.A.S., ont décidé d'un commun accord qu'il était important d'explorer le phénomène et de fournir au milieu d'hébergement une analyse et des conseils appropriés si cela s'avérait nécessaire.

Quelques études aux États-Unis et une au Québec (Association québécoise de gérontologie, 1981) ont été consacrées au problème des mauvais traitements subis par les résidents des centres gériatriques, mais il n'existe pas de données scientifiquement valides sur la violence que ces personnes peuvent manifester à l'égard de ceux qui en ont soin.

L'A.S.S.T.S.A.S. n'a pas eu ici la prétention de combler cette lacune, mais seulement de soulever des hypothèses sur l'ampleur du problème, et de suggérer des explications et des solutions pertinentes.

La cueillette de renseignements sur l'importance et les manifestations du problème s'est faite de fa-

* L'auteure est conseillère en Santé et sécurité au travail pour la région de Montréal.

çon éclectique. On a recueilli principalement les expériences vécues par les intervenants à l'occasion de demandes d'intervention d'assistance, à l'occasion de sessions d'information destinées au milieu psychiatrique mais où des participants des milieux d'hébergement se présentaient quand même et où ils témoignaient de leurs difficultés, à l'occasion de demandes de conseil sur un problème d'agression particulier, à l'occasion de sessions de formation à la prévention des maux de dos pour le personnel soignant des centres d'accueil, et où le problème de l'agression était considéré comme une embûche à l'application de principes de sécurité lors de l'assistance aux déplacements de certains résidents (ex.: rapprocher au maximum le corps du patient pour obtenir un contact physique étroit).

Pour augmenter les sources de renseignements, le comité consultatif des centres d'hébergement de l'Association des centres d'accueil du Québec a offert son concours pour réaliser un petit sondage de type «pré-enquête», afin de connaître la proportion des bénéficiaires violents dans les institutions, l'attitude et les modes d'intervention du personnel auprès de ce genre de clients. Il a donc réussi à contacter par téléphone, par courrier ou à l'occasion de rencontres régionales les directeurs généraux ou les directrices des soins de soixante-quinze établissements d'hébergement situés dans sept régions différentes du Québec¹.

La recherche d'information sur les facteurs explicatifs et sur les solutions possibles s'est réalisée par un examen des études pertinentes et par des consultations avec les spécialistes du domaine de la gériatrie qui ont gracieusement accepté de collaborer au projet.

Le présent article résume les informations recueillies sur l'ampleur du problème et ses facteurs explicatifs, et il aborde très brièvement les solutions à envisager.

LE PROBLÈME EST-IL RÉEL?

En examinant les statistiques sur les lésions professionnelles de la Commission de la santé et sécurité au travail (C.S.S.T.)², on constate une moyenne de 20,8 accidents seulement par année pour l'ensemble des employés de centres d'accueil d'hébergement et dont la cause serait attribuable à un acte de vio-

lence. Le problème semble donc très marginal si l'on tient compte qu'il y a environ 10 000 travailleurs à l'emploi de ces établissements. Or, il ne s'agit ici que d'*accidents compensables*, c'est-à-dire d'événements ayant entraîné une blessure physique exigeant un traitement médical et une absence du travail supérieure à une journée. Les accidents mineurs, de même que les incidents sans conséquence physique pour le travailleur, ne figurent pas dans ces données. La simple égratignure, la gifle, le coup sans commotion grave n'y sont pas inclus, pas plus que les menaces, le harcèlement et les tentatives d'assaut ratées.

Or, selon les témoignages, les événements violents qui provoquent douleurs, malaises et peurs chez le personnel peuvent se produire assez régulièrement, mais ils ne font pas, pour la plupart, l'objet d'un recensement systématique, ni d'une déclaration d'accident ou d'incident de la part du travailleur.

Ce phénomène pourrait s'expliquer, comme nous le verrons par la suite, par le fait que le résident hostile n'arrive pas à blesser physiquement le travailleur (ce dernier ne voit donc pas la nécessité de rapporter l'incident), mais aussi, plus probablement, par le sentiment de culpabilité, d'impuissance et d'incompétence qui peut envahir la victime de l'agression.

Le petit sondage de l'A.C.A.Q. révèle, pour sa part, que la quasi-totalité des centres interrogés (qu'ils soient grands ou petits) hébergeraient *au moins un bénéficiaire* qui commet des agressions verbales ou de la violence physique.

QUELLES FORMES PRENNENT LES AGRESSIONS?

Lors de tentatives d'agressions physiques, les résidents manquent souvent leur coup, n'arrivent pas à atteindre leur victime ou lorsque le coup porte, il n'a pas assez de force pour être véritablement dangereux pour le personnel. S'il y a blessure, elle n'est pas grave habituellement mais l'acte n'en demeure pas moins brutal, surprenant, douloureux, désagréable et parfois très insultant.

Les clients violents physiquement tentent surtout de griffer, de tordre les doigts du personnel, de frapper à main ouverte le visage, les bras, les mains ou les épaules ou de donner un coup de poing ou de

coude au visage ou au corps: ce qui peut avoir pour conséquence des bris de lunettes ou de dents, des contusions, des douleurs abdominales ou intercostales, ou des lèvres coupées. Certains résidants peuvent aussi tirer les cheveux des soignants, mordre ou donner des coups de pieds. Certains lancent des verres d'eau ou crachent au visage.

Il est rare qu'un bénéficiaire agressif utilise une arme ou un objet autre que sa canne (à l'occasion) pour frapper.

L'agression verbale semble beaucoup plus fréquente que l'agression physique. Il arrive que des clients soient grossiers avec le personnel, qu'ils lancent des blâmes, des accusations, ou tiennent des propos haineux ou méprisants.

Des clients peuvent aussi tout à coup présenter, sans raison apparente, des comportements de rejet du type:

«Toi, touches-moi pas»; «va-t-en»; «je ne veux pas te voir», et ce, même avec un intervenant avec qui ils ont habituellement un bon rapport.

La violence verbale a un effet négatif sur le moral et la motivation du personnel.

«Quand tu rentres travailler et que la première chose que fait le client c'est de t'accueillir avec une poignée de bêtises, t'as juste le goût de t'en retourner chez vous.» (intervenante, Montréal)

QUI SONT LES CLIENTS AGRESSIFS?

Les patients confus sont-ils plus agressifs que les autres? Plusieurs intervenants s'entendent pour dire que, selon leur expérience, les clients confus ne seraient pas plus agressifs. Le bénéficiaire violent serait le plus souvent quelqu'un de sexe masculin, lucide, qui a été agressif toute sa vie, qui se révolte contre sa condition, qui peut présenter des antécédents psychiatriques ou des problèmes de personnalité.

Quant aux personnes confuses, il en existe de très douces mais les quelques-unes qui manifestent de l'agressivité sont d'habitude mieux excusées par le personnel en raison de leur état (lorsque celui-ci est pris en considération).

Selon certains intervenants interrogés, les clients gueulards, jamais satisfaits, grossiers avec le personnel, proviendraient souvent de milieux sociaux où cette façon de s'exprimer a cours normalement.

Ils auraient eu aussi, pour la plupart, une vie difficile sur le plan matériel. Ils exigeraient de l'institution tout ce qu'ils n'ont pas pu obtenir par eux-mêmes au cours de leur existence.

QUAND LES AGRESSIONS SE PRODUISENT-ELLES?

Le personnel serait la cible d'actes agressifs surtout lorsqu'il est en train de dispenser des soins médicaux ou des soins de base. Le plus souvent cela survient lors de l'assistance à l'alimentation, lors du bain ou des soins d'hygiène, lors de l'installation au lit, au fauteuil ou à la toilette ou encore à l'occasion de l'habillage. Il arrive aussi que le résidant devienne hostile quand on lui donne un traitement, quand on veut lui faire prendre ses médicaments ou faire un contrôle diagnostique (pression artérielle, prise de sang, température...). Il peut alors mettre sa propre sécurité en danger: par exemple, la bénéficiaire qui frappe la main de l'infirmière alors qu'elle est en train de lui faire une prise de sang...

De même, lors de manoeuvres de déplacement (l'installation dans la baignoire, par exemple), le résidant qui frappe ou griffe les soignants risque d'une part qu'on l'échappe et d'autre part, il peut provoquer des mouvements qui causent des maux de dos aux membres du personnel.

Toutefois il semble exceptionnel qu'un bénéficiaire se déplace spécialement pour aller assaillir un intervenant.

Quant aux agressions verbales, elles peuvent survenir à toute heure de la journée. Il s'agit la plupart du temps d'une caractéristique personnelle du résidant, et elles peuvent ou non être accompagnées de gestes violents, selon l'occasion. Certains résidants ont leurs bons jours et leurs mauvais jours, d'autres ont une période fixe quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle; certains sont colériques tout le temps et, enfin, certains autres semblent tout à fait d'humeur imprévisible.

ATTITUDES DU PERSONNEL LORS D'UNE AGRESSION

Les réactions émotives du personnel et sa façon de composer avec la violence semblent varier selon les individus et les établissements. Cependant, il est

entendu que le premier défi du soignant est de maîtriser ses propres émotions.

Certains intervenants ont peur du résidant hostile et tentent de fuir son contact. D'autres restent calmes, alors que certains n'y parviennent pas toujours «... on tente d'abaisser notre propre taux d'adrénaline, mais des fois on s'échappe...»

(intervenante, Lac Saint-Jean)

Ils passent alors eux aussi à la colère, aux mouvements d'humeur, aux menaces.

Une attitude de fermeté bienveillante semble souhaitable et recherchée quoique, là encore, elle peut être difficile à atteindre et à maintenir. Elle peut verser dans l'autoritarisme, l'attitude moralisatrice ou l'insistance excessive.

Souvent le personnel peut éprouver de la peine, de la tristesse, de la culpabilité, de l'anxiété ou de l'injustice car il a tendance à comprendre la violence ou la colère du bénéficiaire comme adressée à lui personnellement. Il a de la difficulté à maintenir la distance psychologique, le détachement nécessaire pour intervenir adéquatement.

L'acceptation de l'agressivité par le personnel peut aussi varier en fonction du résidant. Certains toléreront des comportements perturbateurs chez le bénéficiaire confus et réagiront avec douceur alors qu'ils accepteront mal les mêmes gestes venant d'une personne lucide et auront tendance à être plus expéditifs dans leurs interventions. D'autres seront capables d'interagir positivement avec une personne lucide en colère alors qu'ils démissionneront face aux incohérences des résidants confus.

Dans certains centres on a noté que les équipes de soir et de nuit étaient plus «stressées» que les autres par l'éventualité d'une crise chez un bénéficiaire. Cela semble venir du fait qu'ils doivent calmer rapidement la personne en question pour que le sommeil des autres résidants ne soit pas perturbé. Il y a une pression exercée sur les intervenants pour qu'ils réagissent vite et «neutralisent» le bénéficiaire agité ou agressif.

Enfin, il arrive que le personnel se plaigne d'un bénéficiaire, juge qu'il n'est pas à sa place dans le centre, que son admission a été une erreur. Il ne comprend pas pourquoi la personne continue à séjourner au centre, pourquoi elle n'est pas orientée vers une autre institution.

INTERVENTIONS DU PERSONNEL LORS D'UNE AGRESSION

Les façons d'intervenir en usage actuellement dans les centres sont nombreuses.

Souvent on essaie d'apaiser le résidant par une forme de relation d'aide après avoir laissé passer le gros de la crise. Souvent aussi, on laisse le bénéficiaire seul pour qu'il réfléchisse. On le dirigera, quelques fois, vers une personne en qui le résidant a confiance et avec qui il entretient des rapports harmonieux. On a recours à l'autorité du directeur ou de la directrice du nursing ou de l'infirmière-chef, pour faire entendre raison au bénéficiaire ou pour recueillir ses doléances lorsque le personnel est dépassé par la situation.

D'autres stratégies en usage consistent à ignorer le bénéficiaire, à l'isoler dans sa chambre, à le maîtriser physiquement pour l'empêcher de donner des coups, à faire appel à la famille, à se tenir hors d'atteinte des coups, à travailler à deux auprès de ce bénéficiaire, à éviter de le placer dans des situations qui stimuleraient son comportement d'agression, à administrer une médication calmante, à référer en psychiatrie, à rassurer et réorienter le bénéficiaire s'il est confus, à chercher ce qui fait problème et à réviser le plan de soins en conséquence, à menacer le bénéficiaire d'un transfert, à consulter un psychologue ou à faire voir le résidant par le psychologue ou encore à demander le transfert du résidant vers une autre institution mieux équipée pour le recevoir.

Cependant, ces dernières solutions ne sont guère envisageables pour les institutions situées hors des grands centres urbains. La rareté des ressources spécialisées, de même que les distances entre les établissements y rendent le problème plus complexe. Or, 50% des centres d'accueil d'hébergement se trouvent en milieu rural et, dans certaines régions, il est même difficile d'assurer un suivi médical approprié aux personnes âgées.

FACTEURS EXPLICATIFS DES MANIFESTATIONS AGRESSIVES

L'acte d'agression doit habituellement être compris comme l'expression d'émotions intenses de peur ou de colère. Les tensions accumulées, les frustrations aiguës ou répétitives, la perception de mena-

ces réelles ou illusoire ou le sentiment d'impuissance peut amener une personne à se «débattre» vigoureusement pour obtenir réponse à ses besoins ou pour écarter un danger. Si les moyens socialement acceptables pour régler ses problèmes sont jugés inefficaces, sont hors de sa portée ou encore lui sont inconnus, l'individu est acculé à adopter des comportements vindicatifs et violents pour obtenir satisfaction et ce, au détriment des personnes qui l'entourent.

La recherche des facteurs explicatifs nous a amené à examiner l'ensemble de la situation d'hébergement, afin de détecter les sources de peur et de colère pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie mais aussi pour le personnel.

LES CONDITIONS ET PRATIQUES INSTITUTIONNELLES

Une partie des tensions et des frustrations vécues par les aînés peut être liée à l'organisation même des institutions qui les accueillent. Plusieurs auteurs et organismes québécois (Chèvrefils, Association de gérontologie, Dutrisac, Lanctôt, etc.) ont dénoncé le manque de pertinence de certains aménagements, de certaines règles et procédures administratives, du statut attribué aux résidents, de certaines pratiques dites «thérapeutiques» imposées aux aînés.

Parmi les problèmes les plus courants, on note le manque d'intimité, une discipline et des horaires rigides de type «pensionnat», le surdosage, la dépossession des biens personnels, le manque d'activités, des approches infantilisantes, des aménagements dépersonnalisés et non adaptés aux déficiences sensorielles qui sont propres aux personnes âgées.

On doit souligner cependant les efforts fournis par plusieurs centres pour développer des milieux de vie satisfaisants pour les résidents. Ces établissements ont corrigé ou tenté d'éviter les pièges de l'institutionnalisation et ont eu le souci de développer des consignes claires à l'intention de leur personnel, ainsi que de favoriser l'acquisition de nouvelles méthodes pour assister la personne âgée dont la santé et les forces déclinent.

MODIFICATIONS DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES

Mais le problème s'accroît ou peut ressurgir lorsque la clientèle augmente. Si l'employé est ca-

pable de lier des relations chaleureuses et respectueuses avec un bénéficiaire sociable et lucide, il peut être, par contre, complètement désorienté lorsque l'aîné présente des comportements déviants ou des déficiences cognitives importantes.

Actuellement la formation disponible pour les travailleurs non spécialisés (ex.: «Vieillir c'est vivre» de Télé-Université), de même que les méthodes de supervision des responsables de centre ne tiennent pas compte du vieux caractériel malicieux, dont la principale source de satisfaction est d'intimider son entourage, de la personne âgée ayant des problèmes de santé mentale chroniques et qui fait des crises, du résident souffrant de détérioration cérébrale et qui panique à tout moment, de l'aîné en dépression nerveuse qui fait montre de négativisme et d'hostilité...

«C'est plus comme avant, on accueille plus de touristes.» (intervenant de la région de Québec)

Les bénéficiaires ayant des problèmes de comportement et de mésadaptation sociale tendent à se multiplier, sans pour autant que les établissements ne reconsidèrent leurs orientations et ne veillent à développer des modes d'intervention et des compétences nouvelles.

La majorité des centres d'hébergement, sauf évidemment ceux qui sont désignés comme «centres pilotes à unité spécifique» et des quelques centres privés qui s'étaient déjà donné une vocation spécialisée, vivent cette situation dans le silence et officieusement. Les travailleurs ont de plus en plus de difficultés à définir leur rôles. Les sentiments d'impuissance et de déception s'accroissent.

LES MALENTENDUS DANS LES RAPPORTS CLIENTS-TRAVAILLEURS

La relation entre le bénéficiaire âgé et l'intervenant adulte peut être l'objet de plusieurs malentendus qui trouvent leur origine dans des différences culturelles, des conflits de valeurs, des problèmes de perceptions réciproques, ou des modes différents de transactions interpersonnelles.

Le problème du «bébéisme» ou la croyance que le vieillissement normal conduit irrémédiablement à la sénilité et à la régression a été dénoncé par plusieurs spécialistes en gérontologie comme source d'infantilisation des approches. On attribue princi-

palement ces croyances à l'intervenant; cependant, elles sont souvent aussi enracinées chez la personne âgée elle-même. Cela peut amener d'une manière ou d'une autre de sérieux malentendus sur les attentes réciproques entre l'intervenant et le résidant.

La notion de rôles et de besoins peut aussi être une source de malentendus. On convient maintenant que la personne âgée a des besoins affectifs au moins aussi importants que quiconque et que parfois c'est sur le personnel que repose la charge de les combler (lorsque la personne âgée est isolée, sans famille ou abandonnée par ses proches...). Or, qu'arrive-t-il si le résidant veut aborder un point délicat avec un intervenant, ou seulement être écouté, avoir de l'attention et que l'intervenant lui répond: «Je n'ai pas le temps!...»? La plupart du temps, la tâche du personnel est définie comme une série d'opérations techniques (faire les lits, passer les repas, couper les ongles...) et la rapidité d'exécution y est considérée comme synonyme d'efficacité par les structures administratives.

Dans la mesure où la performance du travailleur n'est évaluée officiellement qu'avec des critères matériels et quantitatifs, on l'encourage à maintenir un rythme de travail effréné où il y a peu de place pour la dimension sociale et humaine dans ses contacts avec les résidants (surtout lorsque ces résidants ne sont déjà pas faciles à aborder et à considérer de façon positive).

Il peut s'ensuivre un sentiment d'aliénation tant pour le résidant en besoin que pour le travailleur en conflit de rôle. Exaspération et hostilité en découlent: pour le résidant, le personnel devient froid et inhumain; pour le personnel, le résidant est accaparant et exigeant.

Certains malentendus entre soignants et résidants pourraient aussi s'expliquer par les modes de communication utilisés et la communication non verbale.

Des chercheurs américains ont, depuis les années cinquante, étudié avec beaucoup d'attention la *communication interpersonnelle* à travers une approche multidisciplinaire (anthropologie, psychiatrie, sociologie, linguistique, cybernétique...). Certains d'entre eux (Bateson, Bridghill, Hall) ont exploré le rôle et la structure des «distances interpersonnelles» lors de transactions à deux et les différentes cultures de «distances interpersonnelles» aussi appelées «proxémique». Elle s'avèrent être un véritable «lan-

gage de l'espace», un code de communication spécifique.

Or une recherche a été effectuée par De Long (1970) sur les distances corporelles qui s'établissent entre les membres du personnel et les résidants âgés à l'occasion de relations à deux.

D'abord, les délimitations de la zone intime, de la zone personnelle, de la zone sociale et de la zone publique, chez le vieillard souffrant de confusion, ne sont pas les mêmes que chez l'adulte plus jeune et bien portant (cf. Tableau I).

On constate que la personne âgée confuse réduit considérablement la dimension de ses zones, la diminution de l'acuité de certains sens expliquant en partie ce phénomène. S'introduire directement dans la zone intime-personnelle du vieillard confus, sans avoir passé par les deux autres zones successivement pour se faire reconnaître, le désorientera ou provoquera sa colère.

Très fréquemment, le soignant doit entrer dans cette zone pour dispenser des soins à la personne. Il ne veut pas nécessairement s'engager à chaque fois dans un échange intime, il adopte alors une attitude professionnelle qui peut être interprétée comme de la froideur par le résidant. D'autre part, lorsque le soignant veut établir un rapport personnel avec le résidant, il le fait dans sa propre «zone personnelle» proche (18 à 30 po.) ou distante (30 à 48 po.) qui équivaut pour la personne âgée à sa zone sociale, où l'implication se veut faible, ou encore à sa zone publique, espace du bref salut de passage, du retrait et parfois de la manifestation d'hostilité. Le résidant pourra, selon son code à lui, interrompre la communication rapidement ou pourra adopter un comportement vindicatif s'il craint que le soignant, en demeurant à cette distance, se prépare plutôt à l'attaquer.

Les facteurs explicatifs de l'agression sont nombreux. Qu'il s'agisse de problèmes d'orientation de service, d'organisation du séjour des bénéficiaires ou du travail des employés, des problèmes de compétence ou de communication, de ressources ou de clientèle, la violence en milieu d'hébergement est le symptôme d'un sérieux malaise.

Les conséquences pour l'employé peuvent aller de l'inconfort au vague sentiment d'aliénation et à l'ambivalence jusqu'à la colère et au conflit de travail, en passant par l'insatisfaction, la démotivation et le

retrait personnel par l'absentéisme. Ces conséquences se manifesteront de façon plus aiguë à l'occasion d'une agression perpétrée par le bénéficiaire à son endroit ou à celui d'un collègue.

DES SOLUTIONS À PERFECTIONNER

Les centres d'accueil ne pourront pas contrôler le problème des agressions sans passer par l'amélioration

des conditions d'admission et de séjour des bénéficiaires, par l'augmentation de la qualité des conditions de travail et des compétences du personnel, ainsi que par le développement de plans de services et de programmes adaptés aux nouveaux types de clientèle (programme d'orientation, de socialisation, de modification de comportement, etc.).

Il s'agit ici évidemment d'interventions globales,

TABLEAU 1

Zones et types de transactions humaines¹

Adulte nord-américain	Personne âgée et confuse
1° <i>Zone intime</i> distance: 0 à 18 pouces. Pour des rapports intimes dans certaines circonstances spécifiques	1° <i>Zone intime et personnelle</i> distance: 0 à 18 pouces. Pour les rapports intimes et privés. Fusion de deux zones. Tous les rapports personnels se font à distance limitée.
2° <i>Zone personnelle proche</i> distance: 18 à 30 pouces. Pour les amis et les entretiens privés	2° <i>Zone sociale</i> distance: 18 à 30 pouces. Pour un rapport fonctionnel bref. Implication personnelle faible. La transaction peut prendre fin brusquement.
3° <i>Zone personnelle distante</i> distance: 30 à 48 pouces. Pour une discussion personnelle mais de nature privée, plus générale.	3° <i>Zone publique</i> distance: 30 pouces et plus. Pour un signal de reconnaissance, une salutation de passage, une perception de possibilité de fuite, une prévision de danger. <i>La plupart des agressions se construisent dans cette zone.</i>
4° <i>Zone sociale</i> distance: 4 à 12 pieds. Pour des relations d'affaires impersonnelles. Pour jauger, voir venir l'autre.	
5° <i>Zone publique</i> distance: 12 pieds et plus. Pour des messages officiels, des salutations de passage et des signes de reconnaissance. Zone de retrait, possibilité de fuite si danger.	

1. Traduction libre des modèles de Hall, 1966, et de De Long, 1970.

dont les bénéficiaires ne se feront pas seulement sentir en ce qui concerne le problème de violence mais aussi dans le fonctionnement de l'établissement.

Parmi les solutions ou interventions qui ont retenu l'attention de certains centres, on note l'élaboration de politiques d'institution claires sur le statut du résidant et ses droits et obligations. Un établissement a même articulé une «Charte des droits des résidents» en collaboration avec le comité des bénéficiaires.

Il y aurait aussi intérêt à développer davantage la pratique de consulter les travailleurs et les bénéficiaires.

Au point de vue clinique, certains établissements se sont dotés de programmes pour faciliter l'adaptation et l'intégration du résidant à son nouveau milieu de vie, et pour aider la famille et les proches dans leurs rapports avec la personne âgée.

Les approches individualisées présentent aussi beaucoup d'avantages parce qu'elles parviennent à un meilleur diagnostic des besoins du résidant, et à une meilleure définition de son implication quand arrive le moment de déterminer le plan de service qui lui conviendrait le mieux.

Enfin, les programmes «spéciaux» pour résidents en «difficulté» peuvent s'avérer très efficace pour améliorer la qualité de vie de l'ainé tout en fournissant un cadre mieux défini d'intervention et de rôles pour le personnel. À ce chapitre, soulignons les programmes de réorientation dans le temps, dans l'espace et dans les personnes³ pour les résidents «confus», les programmes de relaxation, les programmes de réapprentissage aux activités de la vie quotidienne pour les résidents sous-stimulés et ayant perdu beaucoup d'autonomie.

L'aménagement physique pourrait aussi être plus approprié. Des études démontrent qu'un aménagement en chambres individuelles diminue les agressions et fait augmenter la coopération et les comportements sociaux souhaitables entre les résidents. Si, dans les constructions anciennes, il est impossible d'accorder une chambre à chaque résidant, on peut recourir, comme dans certains établissements américains, à des systèmes de divisions amovibles dans les chambres doubles en évaluant la compatibilité des personnes qui doivent partager un même espace.

De même on cherchera, par des auxiliaires physiques, à rendre la personne âgée la moins dépendante possible de la présence et de la disponibilité du personnel, pour ses déplacements, pour ses faits et gestes, et pour ses activités récréatives.

Les interventions continues en vue de l'amélioration générale du climat et du fonctionnement, quoique peu utilisées au Québec, peuvent être très intéressantes: rencontres régulières entre le personnel et les bénéficiaires d'une unité pour évaluer le fonctionnement, discussion des problèmes de la vie quotidienne et recherches de solutions, rencontres d'entraide entre les intervenants de centres similaires, etc.

Enfin, chaque problème de violence doit faire l'objet d'une attention particulière pour déterminer les causes, le contexte, le mode de résolution afin de définir une façon de se comporter avec le résidant et une façon de l'aider. On pourra par la suite soit intervenir sur l'état de santé physique de la personne, prendre des précautions lorsque des situations anxieuses menacent de se présenter, envisager des psychothérapies ou des interventions visant la modification du comportement ou tout simplement modifier le type d'interaction qu'on a avec cette personne.

Il ne s'agit pas de «recettes miracles». L'établissement qui veut minimiser son problème de violence doit d'abord en admettre l'existence et l'analyser, développer l'esprit, la motivation, l'encadrement et les compétences nécessaires pour le choix et l'implantation des solutions.

L'intervention auprès du résidant perturbé requiert de la méthode mais aussi une grande capacité d'adaptation, de la psychologie, du tact, de la patience et de la confiance en soi. Toutes ces qualités ne sont habituellement pas innées, elles exigent un entraînement judicieux. De même, elles ne peuvent s'exercer constamment à leur pleine mesure dans n'importe quelle condition. Le travailleur a besoin d'informations pertinentes, de la solidarité de ses collègues, d'une supervision et de conseils éclairés. Il doit aussi avoir la possibilité de libérer ses émotions et d'obtenir des renforcements positifs du milieu pour maintenir sa motivation au travail.

La qualité des communications fonctionnelles, la solidarité, l'entraide et des objectifs univoques et communs sont et demeurent les instruments de base,

par lesquels une approche positive et efficace des résidents agressifs peut se réaliser.

NOTES

1. Cet échantillon ne comprend pas les centres d'hébergement à vocation psychiatrique, rattachés aux hôpitaux psychiatriques, ni les centres à «unités spécifiques» de la région de Montréal.
2. Période de référence: 1979 à 1983 inclusivement.
3. Les personnes qui ont une détérioration cérébrale peuvent avoir des problèmes de temporalité, espace.

RÉFÉRENCES

- Association santé et sécurité du travail, secteur des Affaires sociale (A.S.S.T.S.A.S.) 1984, *Statistiques des lésions professionnelles survenues dans le secteur des Affaires sociales*, mai.
- A.S.S.T.S.A.S., 1985, *Agressions en centres d'accueil d'hébergement*, mai, 114 p.
- BATESON, G. BRIDWHISTELL, R. *et al.*, 1981, *La nouvelle communication*, Scuil, coll. Points, 375 p.
- BÉLANGER, L. *et al.*, 1981, *Violence et personnes âgées*, Les cahiers de l'association québécoise de gérontologie, vol. I.
- CHÉVREFILS, A., 1984, Les recherches de l'autonomie, Dossier «Les troubles mentaux chez la personne âgée», *Carrefour des Affaires Sociales*, 6, n° 2.
- DELISLE, I., 1983, L'ainé face aux agressions thérapeutiques, *Infirmière canadienne*, décembre.
- DEL LONG, A.J., 1970, Micro-spatial structure of older person: some implications of planning the social and spatial environment, in Pastalan, LI, Carson, D., eds, *Spatial Behavior of Older People*, University of Michigan, Ann Arbor, 68-87.

- DUTRISAC, C., 1984, Vieillir, *La Presse Plus*, Montréal.
- HALL, E., 1966, *The Hidden Dimension*, Anchor Books, Double Day et Co Inc., New York, 195 p.
- JEAN, J., 1983 (sans titre), travail produit dans le cadre du cours «Intervention en santé et personnes âgées», SIN-17293, Université Laval, inédit, 15 p.
- LANCOTOT, L., La vie en institution chez le client âgé, *Nursing Québec*, 1, n° 6, 8-9.
- WEINER, M.B., 1983, *Reflection on the hard-to-manage elderly*, in Aronson, M.K., et al., eds, *Acting Out Elderly: Advance Model and Practice in Aged Care*, The Howarth Press, New York, 79-84.

SUMMARY

The Association of Health and Security at Work, as part of the Social Affairs' Sector, has tried to define the existence, the scope, causes and solutions of the problem of violence that afflicts the employees of the reception centers at the hands of the residents that they care for. According to information obtained, it seems that the problem exists eventhough the physical danger is minimal. However, the impact on the workers' morale should be considered. The causes and therefore the solutions are concerned with the beneficiaries' living conditions and the working conditions offered to employees. Other factors include the service plans adapted to the residents' needs, the training, the abilities and the organization of the personnel, the quality of the functional communications as well as the ability of the establishment to diagnose and resolve the problems of administration and aggression that arise.