CURAVIVA

Guide du travail d'intervision

Grâce à l'intervision vers davantage de professionnalisme dans le quotidien des soins et de prise en charge! Le quotidien des soins et de prise en charge de personnes atteintes de démence confronte fréquemment les collaborateurs·trices à des défis complexes. Particulièrement les symptômes dits comportementaux et psychologiques de la démence (BPSD)[1] peuvent compliquer la prise en charge des résident·es concerné·es.

1. Introduction

La supervision est un instrument établi visant la professionnalisation de l'action professionnelle, la clarification des rôles ainsi que le traitement de situations éprouvantes. Contrairement à la supervision, où des spécialistes externes accompagnent la réflexion, l'intervision repose sur une **consultation collégiale et autoorganisée au sein de l'équipe**. L'objectif est de réfléchir ensemble aux défis professionnels, de développer des solutions et d'apprendre les uns des autres. Ce guide offre un aperçu pratique de l'application de l'intervision dans le quotidien des soins et de prise en charge au sein des établissements médico-sociaux.
Les méthodes d'intervision présentées conviennent en principe à toute question liée au quotidien professionnel. L'accent de ce guide porte à **titre d'exemple sur l'application concrète dans le cadre de la prise en charge des BPSD**: À l'aide des recommandations dites «DemCare» (voir ci-dessous), il est montré comment l'intervision peut être utilisée spécifiquement pour réfléchir et faire évoluer la gestion des comportements difficiles chez les personnes atteintes de démence.
Ce guide s'adresse aux responsables et aux collaborateurs·trices souhaitant se familiariser avec l'intervision ou approfondir leurs compétences méthodologiques. Il constitue également une ressource utile pour les professionnel·les qui souhaitent promouvoir la mise en œuvre des recommandations DemCare via l'intervision dans leurs établissements. Celles et ceux qui souhaitent utiliser l'intervision de manière ciblée trouveront ici des impulsions, des méthodes et des instructions concrètes – pour plus de clarté, de sécurité d'action et de professionnalisme dans le quotidien des soins.

2. Les recommandations DemCare[2]

Les recommandations DemCare visent à soutenir le personnel des établissements médico-sociaux dans le développement continu de la qualité des soins et de la prise en charge des résident·es atteint·es d'une

[1] BPSD: Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Ceux-ci englobent des troubles du comportement et des symptômes psychiques tels que l'agressivité, l'anxiété, l'agitation ou la dépression.
[2] Les recommandations DemCare ont été élaborées par Alzheimer Suisse et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence: DemCare: Recommandations pour établissements médico-sociaux. La prise en soins de personnes atteintes de démence (2020/2024).

affection démentielle. Elles doivent encourager l'examen du potentiel existant et des structures en place, et le cas échéant, initier de nouveaux projets de développement. Elles peuvent ainsi être comprises comme un «réservoir d'idées» dans lequel puiser.
Les recommandations se divisent en principes fondamentaux généraux et en six domaines thématiques, pour lesquels des recommandations sont formulées concernant les soins et la prise en charge des résident·es atteints d'une affection démentielle, à savoir:

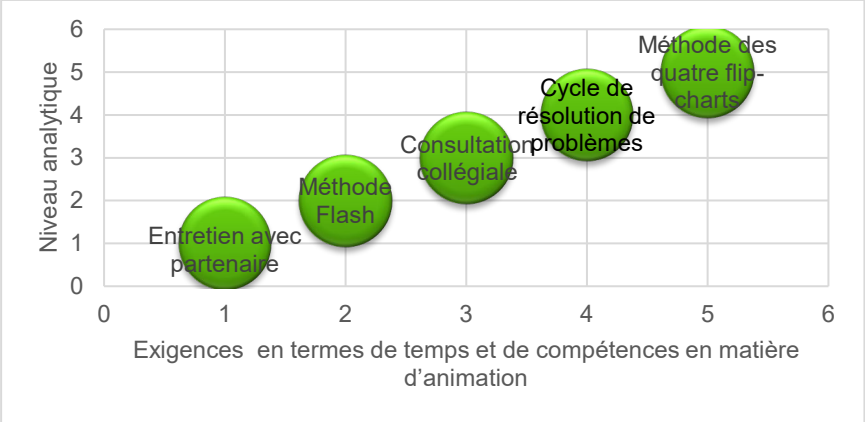
– la collaboration avec les proches,
– la collaboration interprofessionnelle,
– les Infrastructures,
– les ressources humaines,
– l'autodétermination,
– l'alimentation.

Dans le cadre des méthodes d'intervision présentées ici, un lien est établi avec ces six domaines thématiques. Ils peuvent être utilisés dans le travail d'intervision afin de vérifier si ces domaines thématiques centraux ont été pris en compte dans la recherche de solutions et de mesures.

3. Vue d'ensemble des méthodes d'intervision[3]

L'intervision repose sur des méthodes qui favorisent l'échange, la réflexion et l'apprentissage collectif au sein de l'équipe. Selon la question, la composition du groupe et le cadre temporel, certaines méthodes sont mieux adaptées que d'autres: alors que certaines méthodes conviennent surtout au travail approfondi sur les cas, d'autres se prêtent à de brefs moments de réflexion. Un point reste toutefois central: les méthodes ne sont pas des concepts rigides – elles peuvent être adaptées, combinées et développées. Il est important que l'équipe dispose de formes d'intervision pouvant être bien intégrées à son quotidien professionnel et permettant un véritable dialogue ainsi qu'un travail commun sur les solutions et mesures. Essayer en vaut toujours la peine!
Ce guide présente désormais cinq méthodes qui ont fait leurs preuves dans le quotidien des soins et de la prise en charge – en particulier face à des situations complexes comme les comportements difficiles liés à la démence (BPSD): la **consultation collégiale**, le **cycle de résolution de problèmes**, la **méthode Flash («Blitzlicht»)**, la **méthode des quatre flip-charts** et l'**entretien avec un partenaire**. Ces méthodes sont plus ou moins exigeantes sur le plan analytique, mais elles diffèrent également en termes de temps nécessaire et de compétences en matière d'animation requises. Schématiquement, on peut les caractériser comme suit:

[3] Pour de plus amples informations sur le travail de super-/intervision, voir Lippmann (2013). Intervision, Kollegiales Coaching professionell gestalten.



Le travail d'intervision est illustré ci-après à l'aide d'exemples tirés de la consultation collégiale et en référence aux recommandations DemCare. Les quatre autres méthodes sont présentées en annexe du guide.

3.1 La consultation collégiale – étape par étape à l'exemple de Mme S.

Situation de départ

Mme S. a 84 ans. Un diagnostic de démence modérée a été posé. Il y a deux mois, elle est passée d'un autre établissement de soins à l'institution actuelle afin de pouvoir être plus proche de ses proches. Mme S. a deux filles qui viennent fréquemment lui rendre visite à l'établissement. Mme S. a grandi en France, mais vit en Suisse depuis 50 ans. Dans l'institution actuelle, Mme S. présente de nets symptômes dépressifs, semble souvent triste et se retire par moments. Dans les situations de groupe, Mme S. adopte un comportement opposé: Elle domine les conversations, coupe la parole aux autres, sollicite beaucoup d'attention et perturbe la structure du groupe. Lors des repas avec les autres résident·es, elle interrompt leurs conversations et crée de l'agitation. Mme S. se plaint fréquemment de la nourriture, mais exprime également un avis négatif à l'égard de l'établissement ainsi que des autres résident·es: Elle ne devrait pas être ici; elle a, après tout, étudié à l'université. Mme S. s'intègre difficilement dans les processus existants, refuse souvent les propositions du personnel et réagit fréquemment avec irritation lorsqu'on lui adresse la parole. Ses filles ne sont pas au courant du comportement actuel de leur mère.

Préoccupations des collaborateurs·trices de l'équipe soignante

Les collaborateurs·trices sont déconcerté·es face à Mme S. Ils et elles souhaitent mieux comprendre son comportement et pouvoir y répondre de manière adéquate – pour le bien de Mme S., mais aussi pour protéger les autres résident·es et maintenir la structure du groupe. Il est également souhaitable que les collaborateurs·trices adoptent une attitude uniforme envers Mme S. **C'est maintenant l'occasion d'une consultation collégiale au sein de l'équipe soignante.**

Préparation

– Pour la consultation collégiale, une taille de groupe de cinq à huit personnes est recommandée.
– Au préalable, les rôles suivants sont attribués:
  - Présentateur·trice du cas: personne qui présente le problème, la situation ou la question.

- Animateur·trice: personne qui conduit la consultation; il/elle peut participer aux discussions de contenu, mais il est essentiel qu'il/elle guide le processus de consultation et consigne par écrit les principaux résultats (p. ex. sur un flip-chart).
- Les autres participant·es font partie de l'équipe de consultation.

Phase	Contenu	Mise en œuvre exemplaire
Phase 1: Présentation du cas (sans interruption) Env. 10 min	Une personne de l'équipe (présentateur·trice du cas) décrit la situation: comment la situation se présente-t-elle? Quel est le défi?	Une collaboratrice des soins décrit le comportement de Mme S. à table, dans les groupes, son état émotionnel, les réactions des résident·es et de l'équipe.
Phase 2: Questions de clarification Env. 5 min	L'équipe pose des questions de compréhension (aucune solution n'est encore formulée).	Qu'est-ce qui est important pour Mme S.? Quels pourraient être les déclencheurs? Que disent les proches? Qu'aime faire Mme S.? Quels moments de la journée sont particulièrement difficiles? Qu'a-t-on déjà essayé? Existe-t-il certains déclencheurs?
Phase 3: Retours et formulation d'hypothèses Env. 10 min	Les collègues expriment leurs perceptions, donnent des interprétations et formulent des hypothèses (avec bienveillance!).	Hypothèses possibles: – Syndrome de stress, stress lié au changement de lieu (relocalisation) – Déficit d'attention – Période d'adaptation – Surcharge / sous-stimulation – Perte / tristesse / frustration – Faible estime de soi – Perte d'autonomie, perte de rôle – Les autres résident·es se sentent défavorisés – Le personnel soignant et les résident·es sont dépassés par la situation ☞ **Les recommandations DemCare constituent une aide, voir ci-dessous**
Phase 4: Collecte d'idées pour les mesures et solutions Env. 15 min	Sur la base des hypothèses, des solutions et mesures sont élaborées. Il convient de	Par ex. proposer des entretiens individuels, structurer les groupes et la journée, impliquer

	réfléchir aux possibilités et ressources existant au niveau des résident·es et au niveau de l'équipe.	Mme S. dans de petites tâches ciblées, repenser le plan de table au réfectoire ☞ **Les recommandations DemCare constituent une aide, voir ci-dessous**
Phase 5: Évaluation et hiérarchisation des mesures, choix des étapes concrètes Env. 10 min	Le présentateur ou la présentatrice du cas et l'équipe passent en revue toutes les solutions et décident de ce qui sera mis en œuvre.	Quelles sont les mesures mises en œuvre? Qui fait quoi, et pour quand? Établir un plan de soins: – Élaborer une structure journalière valable pour toutes et tous; – Définir des temps de retrait en chambre où des activités individuelles sont proposées (p. ex. peinture ou discussions sur les bateaux sur le lac); – Faire manger Mme S. à une table individuelle; – Placer Mme S. à proximité lors des activations de groupe afin qu'elle puisse observer; – Avec le/la spécialiste en activation, identifier des tâches réalisables pour Mme S., mais suffisamment stimulantes.
Phase 6: Évaluation, conclusion, feedback Env. 5 min	Comment s'est déroulé le processus de consultation collégiale? Qu'est-ce qui a été utile, que faut-il adapter pour l'avenir?	Les résultats de la consultation collégiale sont consignés et les étapes ultérieures de mise en œuvre sont planifiées. Tour de feedback des participant·es sur la qualité des échanges et l'atmosphère.

Discussion postérieure / évaluation.

Après la mise en œuvre des solutions/mesures décidées et priorisées, l'équipe de consultation se réunit à nouveau (p. ex. après deux à trois semaines):

Phase	Contenu	Mise en œuvre exemplaire
Évaluation Env. 20 min	La situation initiale, le problème ou le défi ont-ils évolué? Si oui, quelles solutions/mesures ont vraisemblablement contribué à l'amélioration de la situation? Si non: les solutions/mesures non encore mises en œuvre de l'étape 5 sont réexaminées et une nouvelle mise en œuvre est planifiée. Cette dernière étape peut être répétée plusieurs fois.	Les rapports d'évolution sont examinés et la planification des soins est adaptée: – La situation au réfectoire a été adaptée – Aller se promener avec Mme S., si possible à l'extérieur avec un déambulateur, monter les escaliers – cela la calme – Elle s'habitue de mieux en mieux à l'établissement – Ne pas proposer de jeux de réflexion, cela la perturbe

3.2 Les recommandations DemCare comme aide pour les étapes 3 et 4

En particulier dans le cas des BPSD, il faut garder à l'esprit que ce comportement a toujours un déclencheur. Chez les personnes aux capacités cognitives limitées, comme dans le cas d'une démence avancée, l'expression verbale est restreinte. La recherche des causes du comportement difficile est une tâche centrale dans le cadre de soins et d'un accompagnement de haute qualité. Par la formulation d'hypothèses, on tente de se rapprocher des causes possibles. Dans ce sens, il est recommandé, pour les réflexions de l'étape 3 (formulation d'hypothèses), de porter le regard sur les recommandations DemCare et les six domaines thématiques centraux: existe-t-il des dimensions ou facteurs que nous n'avons pas encore pris en compte?

1. Collaboration avec les proches
2. Collaboration interprofessionnelle
3. Infrastructure
4. Ressources humaines
5. Autodétermination
6. Alimentation

La formulation d'hypothèses est étroitement liée à la planification des solutions/mesures. Dans ce sens, les recommandations DemCare peuvent également apporter un soutien à l'étape 4 (collecte d'idées pour des mesures et solutions).

En lien avec l'exemple de Mme S.:

Lors de l'activation en groupe, Mme S. devient souvent bruyante et agressive. La recommandation DemCare 2.1 pourrait être utilisée pour la formulation d'une hypothèse: *«L'organisation de la journée transmet un sentiment de sécurité et de bien-être. Elle est orientée vers les besoins individuels, le groupe d'âge, la biographie et les ressources de la personne atteinte de démence».* Il est concevable que Mme S. ne se

sente pas encore en sécurité dans le nouvel environnement institutionnel et que des activités qui lui sont familières lui manquent. Comme solution/mesure correspondante, il faudrait veiller à ce que Mme S. dispose d'offres individuelles qui lui sont familières et lui procurent du plaisir (p. ex. peinture, conversations sur les bateaux).

Un deuxième exemple d'application concernant la situation de Mme S.:

Le comportement de Mme S. pendant le repas commun entraîne agitation et conflits parmi les autres résident·es. La recommandation DemCare 6.1 peut être utile pour la formulation d'hypothèses: *«Une ambiance de repas conviviale et familiale est favorisée, et l'expérience commune du repas est encouragée par des rituels et l'implication dans les activités. Les souhaits sont pris en compte spontanément et les habitudes (p. ex. préférer manger seule) sont respectées. Les personnes de soutien attribuées permettent une ambiance et un accompagnement individualisés et adaptés à la situation. Elles motivent, guident, accompagnent et, au besoin, prennent en charge l'alimentation adaptée individuellement».* Comme hypothèse, on pourrait supposer que Mme S. aime manger seule parce qu'elle y est habituée. La mesure correspondante consiste à placer Mme S. à une table individuelle. Mais il serait également possible de proposer des spécialités françaises, que Mme S. connaît de son enfance en France.

3.3 Utilité et conclusion de la méthode de consultation collégiale dans le cas de Mme S.

- L'équipe développe une compréhension commune du comportement de Mme S.
- Les charges émotionnelles sont exprimées et partagées.
- Des possibilités d'action émergent au sein de l'équipe – avec une plus grande acceptation.
- Les mesures sont planifiées et évaluées sur la base du processus de soins.
- Les principes DemCare (centré sur la personne, réfléchi, coordonné) sont ancrés dans la pratique.

Annexe: Description de cinq méthodes d'intervision[4]

1. L'entretien avec un partenaire

Cette méthode se prête à une **première approche d'un besoin ou d'une question** qui apparaît au départ comme diffuse. Dans le cadre de l'entretien, il n'est pas encore nécessaire de discuter des solutions. En ce sens, cette méthode peut servir de préparation à une analyse plus approfondie de la situation, du problème ou du défi (p. ex. dans le cadre de la consultation collégiale). Le temps nécessaire, mais aussi les compétences requises en matière d'animation sont faibles dans le cas d'un entretien avec un partenaire, mais les résultats ont peu de profondeur analytique.

Objectif	Réflexion approfondie dans le cadre d'un entretien à deux
Déroulement	Deux personnes s'interrogent mutuellement sur un cas ou une question, p. ex. pendant deux fois 10 à 15 minutes. Des questions directrices peuvent être proposées ou choisies librement. Schulz von Thun (1999) appelle également cette méthode «l'entretien de sage-femme»: La tâche de la «sage-femme» est d'explorer le mélange souvent diffus et désordonné d'images, de situations, d'émotions et de représentations de l'interlocuteur·trice. La sage-femme aide, dans le cadre de l'entretien, son ou sa partenaire à focaliser la situation et à dégager le véritable besoin ainsi que les questions pertinentes. La personne qui mène l'entretien utilise la technique de l'écoute active (par ex. rechercher le contact visuel, reformuler – c'est-à-dire résumer ce qui a été entendu avec ses propres mots, poser des questions de clarification).
Particularité	La méthode favorise l'écoute intense, la prise de perspective et le travail dans un cadre protégé. Particulièrement utile lorsque les sujets ne doivent pas être discutés d'emblée en grand groupe.

2. La méthode Flash (Blitzlicht)

Cette méthode peut servir de prise instantanée pour découvrir comment les différent·es collaborateurs·trices perçoivent une situation. Les flashs peuvent servir à révéler un problème ou un défi qui, sans cela, ne serait peut-être pas identifié comme tel.

Objectif	Retour spontané ou brève état des lieux au sein de l'équipe	
Déroulement	L'animateur·trice accueille le groupe, explique la situation de départ et guide l'exercice: Comment vivez-vous la situation? Qu'est-ce qui vous traverse l'esprit? Chaque personne s'exprime sur la situation	Env. 15 min

[4] Les méthodes d'intervision sont décrites en s'appuyant sur Lippmann, E. (2013). Intervision, Kollegiales Coaching professionell gestalten.

	actuelle, ses perceptions et ses ressentis, etc. Important: ces prises de parole ne sont pas commentées par les collègues.	
	Dans une discussion suivante, menée par l'animateur·trice, les aspects principaux sont résumés et traités, par exemple: ces thèmes seront discutés lors de la consultation collégiale, aborder la question de la douleur avec le médecin traitant, prendre contact avec les proches, etc.	Env. 5 min

Particularité Cette méthode convient particulièrement bien en début ou en fin de séance. Elle donne une voix à chacun·e, favorise la participation et permet d'avoir rapidement un aperçu des ambiances et besoins au sein de l'équipe.
Le temps requis, ainsi que les compétences en matière d'animation, sont faibles pour la méthode flash. Les résultats présentent en revanche une profondeur analytique plus limitée, car il s'agit ici avant tout d'examiner une situation sous différents angles et, le cas échéant, de mettre en évidence les problèmes et les défis.

3. La consultation collégiale

Réflexion structurée et en plusieurs étapes autour d'un cas concret ou d'un problème du quotidien professionnel.
Dans la consultation collégiale, les collègues de l'équipe se réunissent pour discuter ensemble d'une situation, d'un problème ou d'un défi.

Objectif Ensemble, ils et elles élaborent des solutions ou mesures potentielles visant à améliorer la situation.

Déroulement En plusieurs phases clairement définies:

Phase 1: Présentation du cas	10 min
Phase 2: Questions de clarification	Env. 5 min
Phase 3: Retours et formulation d'hypothèses	10 min
Phase 4: Collecte d'idées et de mesures	15 min
Phase 5: Évaluation et priorisation des mesures, choix d'étapes concrètes	10 min
Phase 6: Évaluation, conclusion, feedback	5 min

Après env. deux à trois semaines: Évaluation des mesures prises et planification des prochaines étapes.

Particularité Cette méthode convient particulièrement aux questions complexes. Elle favorise une compréhension partagée du problème, stimule la réflexion analytique, renforce le savoir collectif de l'équipe et repose sur le principe d'un conseil mutuel d'égal à égal. Le temps requis ainsi que les exigences en matière de compétences d'animation sont

élevés. En contrepartie, les résultats de la consultation présentent une profondeur analytique relativement importante.

4. Le cycle de résolution de problèmes

Le cycle de résolution de problèmes repose sur un processus répétitif: Un problème est identifié, analysé et résolu. La solution trouvée conduit à une amélioration de la situation. Cette approche aide à décrire plus clairement un problème.

Objectif Traitement systématique d'un problème en plusieurs étapes de réflexion et d'action

Déroulement La taille de groupe recommandée est de deux à dix personnes. En règle générale, plus le groupe est grand, plus le cycle de résolution des problèmes prend du temps. Au préalable, le rôle de l'animateur·trice est attribué (il/elle peut contribuer au contenu, mais doit diriger activement le processus).

1. Analyse de la situation: comprendre et appréhender la situation/le cas/le défi: de quoi s'agit-il dans la situation perçue comme problématique?	10 min
2. Formulation des objectifs; définition de l'état souhaité	5 min
3. Définition du problème; problème réel = surmonter l'écart entre l'état souhaité et l'état actuel	5 min
4. Analyse du champ de solutions; clarifier les conditions cadres pour les solutions possibles	5 min
5. Développement d'alternatives; discuter des pistes de solution, rechercher des approches créatives	10 min
6. Planification et mise en œuvre des mesures; planifier les étapes de réalisation	5 min

Il n'est pas nécessaire de traiter toutes les phases du cycle; des formes abrégées sont possibles, par exemple en ne traitant que les phases 1, 2, 5 et 6.

Particularité Cette méthode favorise la pensée analytique en équipe et aide à ne pas seulement discuter des problèmes, mais à les aborder activement. Elle est particulièrement adaptée aux problèmes complexes, car le cycle peut être répété plusieurs fois. Le cycle de résolution de problèmes peut être aisément combiné avec la consultation collégiale.

5. La méthode des quatre flip-charts

Avec cette méthode, l'analyse de la situation, du problème ou du défi se fait à partir de quatre champs (feuilles). Elle est particulièrement adaptée lorsque le temps est limité, mais qu'une certaine profondeur

analytique est recherchée. De plus, cette méthode garantit l'implication de toutes les personnes présentes – quel que soit leur rôle ou leur expérience professionnelle.

Objectif Réflexion structurée selon quatre perspectives différentes.

Déroulement La taille de groupe recommandée est de quatre à huit personnes.
Au préalable, les rôles suivants sont attribués:
Présentateur·trice de cas: une personne qui présente le problème, la situation ou la question.
L'animateur·trice: une personne qui guide les étapes et veille au respect du temps; il ou elle peut aussi participer à l'élaboration des solutions/mesures.

1. Objectif de la rencontre	10 min
2. Décrire le problème/la situation	10 min
3. Questions de clarification	10 min
4. Par écrit, sur quatre flip-charts (toutes les personnes présentes, sauf le ou la présentateur·trice du cas, inscrivent leurs pensées sur les feuilles) → Qu'est-ce que je vois? Faits → Qu'est-ce que je ressens? Émotions → Qu'est-ce que je suppose? Causes → Qu'est-ce que je veux faire? Options d'action	15 min
5. Questions et commentaires sur les quatre feuilles	10 min
6. Prises de position, feedback → Quelles enseignements en tirer?	5 min

Particularité Cette méthode est particulièrement adaptée aux brèves réflexions en équipe ou comme introduction à une analyse de cas plus approfondie. Elle permet d'accueillir les émotions tout en développant des pistes concrètes d'action.

Éditeur
CURAVIVA, l'association de branche d'ARTISET
Zieglerstrasse 53, 3007 Berne

Mode de citation
CURAVIVA (2025), Guide du travail d'intervision
En ligne: curaviva.ch

Renseignements/informations
info@curaviva.ch

© CURAVIVA, l'association de branche d'ARTISET, 2025