



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**MALTRAITANCE ET COORDINATION
GERONTOLOGIQUE**

– thème n° 9 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrice
Isabelle DONNIO

Sommaire

METHODOLOGIE	2
INTRODUCTION	3
I. MALTRAITANCE ET COORDINATION GERONTOLOGIQUE : DES RELATIONS AMBIGUES.	4
1.1 La maltraitance : une notion à clarifier dans le cadre de la coordination gérontologique	4
1.1.1 Maltraitance : une notion à clarifier	4
1.1.2. La coordination gérontologique, une notion évolutive.	7
1.2 La maltraitance : une pratique individuelle qui s'inscrit également dans un univers collectif.	9
1.2.1 Les facteurs intimes de la maltraitance.	9
1.2.2 Les facteurs organisationnels.	10
II. MALTRAITANCE ET COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE : VERS UNE LEVEE DE L'AMBIGUITÉ.	11
2.1 Une lutte à deux niveaux contre la maltraitance.	11
2.1.1. Une politique au plus près des personnes.	11
2.1.2 Une politique de prévention tourn�e vers les institutions.	13
2.2 Vers une coordination gérontologique "bientraitante".	14
2.2.1. La place de la coordination gérontologique.	14
2.2.2. De la démarche qualité au concept de "bientraitance"	16
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITEES DANS LE TEXTE	20
BIBLIOGRAPHIE :	20
ANNEXES	22
Annexe 1 : Les partenaires d'un pôle de coordination gérontologique (Source : Tanguy Mauffret, 1998)	22
Annexe 2 : Les grandes dates de la coordination gérontologique	23
RESUME	

"Le vieux c'est l'autre, le vieux c'est moi, ou encore le vieux est un autre, comme nous sommes toujours le vieux d'un autre"

Jack Messy

METHODOLOGIE

- Lecture du dossier documentaire : appropriations des connaissances
- Sélection et prise des différents rendez-vous :

	contacts
CH Mayenne (53)	Infirmière générale + cadre infirmier
Service de soins à domicile de Nantes (44)	Coordinateur SSIAD
DDASS 35 Rennes	Médecin inspecteur
CHR Rennes 35	Médecin gériatre + psychologue
ENSP Intervenant	Philosophe
Maison de retraite Rennes 35	Directrice
ENSP Intervenant	Psychologue animatrice d'un groupe de paroles
Rennes 35	Juge des tutelles
Paris	Ministère
Essonne 91	Association ALMA
Tours 37	Médecin juriste

- Élaboration de la grille d'entretien
- Recherches bibliographiques in situ et à Paris : La Documentation Française, Centre de documentation de l'AP HP, au Ministère, au centre Georges-Pompidou
- Suivi avec l'animateur du groupe
- Mise au point quotidienne
- Ébauche du plan et création d'un fichier sur « servens »
- Répartition des lectures et productions de notes de synthèse avec mutualisation
- Rédactions intermédiaires incluses dans le plan pré-établi
- Rédaction finale après harmonisation
- Préparation de la restitution orale

INTRODUCTION

Les maltraitances envers les personnes âgées sont restées longtemps l'un des derniers tabous, totalement immergé dans le secret des familles mais aussi des institutions.

Alors que le sujet faisait déjà l'objet de recherches dans les pays scandinaves, aux Etats-Unis ou au Canada, ce n'est qu'en 1990 que le problème de la maltraitance des personnes âgées émerge en France avec la remise du rapport du professeur Hugonot à l'Académie de médecine. Auparavant, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées avaient épisodiquement été dénoncés, mais pas d'une manière aussi formalisée. En 1995, Robert Hugonot crée l'association ALMA (Allo maltraitance) pour répondre aux difficultés décrites dans son rapport.

Par nature, il est difficile d'établir un bilan précis des situations existantes. Cependant ALMA, à partir des plaintes recueillies, estime que le lieu où s'exercent les maltraitances est majoritairement le domicile.

Les personnes âgées dépendantes sont au centre de nombreux dispositifs d'aide plus ou moins formalisés, impliquant de nombreux intervenants, professionnels ou non, qui s'inscrivent de façon plus ou moins soutenue dans une logique de complémentarité et de coordination.

Nul ne peut être indifférent aux situations de maltraitances rencontrées dans sa vie quotidienne ou dans sa pratique professionnelle. Les personnes participant à la prise en charge de la personne âgée peuvent, collectivement ou dans leur domaine propre de compétences, contribuer à prévenir ces phénomènes. Paradoxalement, le fonctionnement collectif peut renforcer ou faciliter les situations de maltraitance, et même les générer. Les interactions entre maltraitances et coordination gérontologique semblent donc être nombreuses. Il existe donc entre phénomène individuel et système reposant sur la pluralité une réelle tension.

Aussi convient-il, dans un premier temps de préciser ces notions, et de les mettre en perspective et en relation, avant d'aborder, dans un second temps, les mesures individuelles et les évolutions organisationnelles envisageables pour mieux comprendre la maltraitance et, partant, pour mieux la prévenir et la traiter.

I. MALTRAITANCE ET COORDINATION GERONTOLOGIQUE : DES RELATIONS AMBIGUES.

Ici, l'ambiguïté doit s'entendre en termes de notions mais aussi en termes de causes et de déterminants. En effet, la définition des termes s'avère être un exercice délicat. En outre, l'analyse des causes et des facteurs de risques met en évidence l'ambivalence de la coordination gériatologique et surtout de sa conception.

1.1 La maltraitance : une notion à clarifier dans le cadre de la coordination gériatologique

1.1.1 Maltraitance : une notion à clarifier

Au cours de notre réflexion il nous est apparu que la notion même de maltraitance n'était pas exempte de toute ambiguïté. L'enjeu d'une approche terminologique est de dégager un corpus commun qui pourrait être utilisé par les différents acteurs sur le terrain.

Dans une telle optique il nous a semblé nécessaire de distinguer dans un premier temps les notions voisines de la maltraitance comme l'agressivité et la violence pour ensuite tenter de définir cette dernière.

L'agressivité apparaît comme un comportement de défense contre ce qui fait obstacle à la puissance d'exister de tout individu ou animal. C'est donc une réaction vitale manifestant une envie de vivre face à ce qui la met en péril. En cela l'agressivité dégage un caractère sain, puisqu'elle signifie que les forces vitales d'un être sont bien présentes en lui. D'autre part, l'agressivité peut devenir destructrice, en cherchant à nuire à l'autre, faute de pouvoir atteindre ce qui menace réellement la vitalité. Seule l'analyse permet alors d'identifier la véritable cible et de trouver une issue¹.

La violence « c'est agir de force sur quelqu'un de manière à enfreindre le respect qui lui est dû »(Le Robert 1998). Néanmoins pour certains la notion de violence renvoie à celle de force naturelle brute, d'attitude purement défensive sans aucune connotation haineuse ou sadique, pour d'autres la violence contient l'idée d'un abus fait de la force, d'un dépassement des limites autorisées par la loi, par la société et d'un dérèglement par rapport à l'ordre de la nature. Pour autant cette force brutale ne peut s'exercer que parce que la personne qui la subit est vulnérable, car si elle était forte elle imposerait le respect.

Il y a violence lorsque quelqu'un vise à se faire reconnaître alors que cela lui est refusé. En effet, elle se manifeste tant du côté de celui qui opprime que de celui qui réagit à cette situation. Ainsi, celui qui ne peut s'exprimer par la parole tend à le faire par la violence. Mais, la violence n'est pas seulement le fait d'un individu : elle peut également être le fait d'une institution. La violence institutionnelle a été plus particulièrement définie par le professeur Stanislas Tomkiewicz². Elle renvoie à tous les « actes » et « ambiances » qui dans l'esprit de leurs auteurs donnent une prééminence aux intérêts de l'institution avant les intérêts de la personne accueillie. Toute institution sans une vigilance constante pour combattre les tendances lourdes qui l'animent et en particulier celle de l'uniformisation est une institution à risque de violence.

Quoi qu'il en soit toute **maltraitance** est violence ou peut engendrer la violence, mais toute violence n'est pas maltraitance. Selon le dictionnaire maltraiter signifie : « traiter avec brutalité : battre, brutaliser, frapper. Traiter avec rigueur, inhumanité : brimer, malmener rudoyer ». Au delà, il faut y voir le non respect volontaire des droits et de la parole de la personne³. Cette dernière ne concerne que des rapports d'homme à homme. Derrière cette attitude, il y a la notion d'un jugement qui rabaisse le sujet à l'état d'objet. L'humanité de celui-ci est niée, ainsi que celle du maltraitant, d'où le caractère inhumain du comportement. La maltraitance consiste donc à traiter un sujet en objet, c'est une violence rabaisant à la condition de chose. Le lien avec la dépendance apparaît alors simple. La tentation est en effet grande face à celui qui voit ses facultés diminuer, de considérer que l'autre n'a plus de figure humaine. Cela conduit alors à adopter un comportement qui le réduit à un objet, si l'on s'attache seulement à ce qui est perçu par les sens, sans chercher au delà.

¹ Entretien avec Marie-Odile Bruneau, philosophe

² Psychiatre infanto-juvénile, Directeur de recherche honoraire à l'INSERM, in article "Aimer mal, châtier bien"

³ Entretien avec Monsieur Calloch, juge des tutelles au TGI de Rennes

La classification internationale des différentes formes de maltraitance habituellement reconnue est la suivante :

Types de maltraitance	Nature des mauvais traitements
<i>Violences physiques</i>	Coups, gifles, brûlures, contusions diverses...
<i>Violences psychologiques</i>	Insultes, menaces de rejet, de rétorsions diverses...
<i>Violences financières</i>	Vol, extorsion de fonds, signature forcée, héritage anticipé...
<i>Violences médicamenteuses</i>	Abus de neuroleptiques ou privation des médicaments nécessaires
<i>Violences civiques</i>	Privation des droits élémentaires du citoyen, privation de papiers d'identité...
<i>Négligences passives</i>	Oubli, abandon... Sans intention de nuire
<i>Négligences actives</i>	Actes élémentaires de la vie quotidienne volontairement non considérés, non respectés

Le professeur Hugonot (1998), préfère classer les maltraitances en deux catégories : les maltraitances par action délibérée de nuire, ainsi que les maltraitances par omission. Les maltraitances de la première catégorie (le plus souvent associées, en « cascade ») comprennent : prélèvements indus de biens ou d'argent, signature forcée ou abusive, donation en échange de promesses non tenues. Elles sont le plus souvent exercées en famille. Les maltraitances par omissions se constatent davantage en institution. Les carences les plus fréquemment observées concernent les types d'aide suivant : lever et coucher, toilette, habillage, marche, WC, repas. Sont également cités : la privation ou les interdiction de visite, la privation d'activités collectives, le non-respect de la vie privée... Bernard Duportet⁴, président de l'antenne ALMA dans l'Essonne, distingue lui les maltraitances "médico-légales", c'est-à-dire volontaires, des maltraitances "par inadvertances".

⁴ Entretien

1.1.2. La coordination gérontologique, une notion évolutive.

D'après le dictionnaire, la coordination se définit comme un arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée.

En 1962, le rapport Laroque préconisait l'idée de coordination : "la multiplicité même des individus, des services et des organismes appelés ainsi à mettre en œuvre la politique de la vieillesse, implique nécessairement la coordination des efforts entrepris par les uns et les autres". Apparaît la notion de guichet unique.

La coordination suppose d'une part la coordination des équipements et d'autre part une coordination autour de la personne âgée elle-même.

Elle définit une forme d'intervention transversale qui relève plus d'un processus que d'un dispositif, reposant sur un choix raisonné d'actions coordonnées et évaluées (N. Blanchard, 2000)

Pour définir la coordination, on peut reprendre la définition des réseaux de santé donnée par Olivier Drunat (1998) : « un ensemble fonctionnel et pluridisciplinaire d'intervenants complémentaires qui mènent une action coordonnée au service d'une personne présentant le désir et/ou le besoin d'aide ».

Selon M. Tanguy-Mauffret (1994), on distingue deux grands types de coordination⁵ : la coordination organisationnelle (D.A.M.S., D.D.A.S.S., conseil général, régional, sécurité sociale) et la coordination fonctionnelle qui – au niveau départemental – se sépare elle-même en deux sous-niveaux d'intervention : celui des usagers (personne âgée, famille, voisinage...) et celui des institutions locales et des services (acteurs professionnels, acteurs bénévoles...).

De même, il convient de différencier la coordination de proximité de la coordination globale, qui forment un couple synergique.

La coordination de proximité (coordination autour de la personne âgée) comprend : les services de maintien à domicile⁶, les structures d'hébergement⁷ et les structures d'information⁸.

⁵ Pour un exemple de réseau de coordination, voir en annexe.

⁶ Aide ménagère, soins à domicile, portage des repas, hospitalisation à domicile, télé assistance...

⁷ Résidences retraite, maisons de retraite, foyer-logements, familles d'accueil, appartements thérapeutiques...

⁸ Services sociaux, information des caisses de retraite, C.C.A.S., accueil hôpital...

La coordination globale, quant à elle, implique les concepteurs, les décideurs, les financeurs et les exécutants de la politique d'action gérontologique : caisses de retraite, DDASS, CRAM, directions hospitalières, établissements publics, établissements privés... Il s'agit là d'une organisation globale ou organisationnelle.

La coordination globale est une coordination fonctionnelle qui mobilise donc usagers et institutions, et définit des projets de politique gérontologique ; la coordination de proximité anime soit les usagers (coordination fonctionnelle), soit les services et institutions dans un schéma gérontologique départemental.

Il est à noter l'émergence d'un nouveau concept : la coordination clinique (Eynard, Manoukian, 2000)⁹. La coordination clinique se donne pour but de réunir l'ensemble des intervenants autour du soutien à la personne âgée. Les cellules de concertation – animées par un psychologue-clinicien - sont amenées à se réunir à la demande d'un ou de plusieurs professionnels engagés dans le soutien à une situation individuelle. Le résultat attendu est une meilleure articulation entre les actions des différents intervenants et la prise en compte des souhaits de la personne aidée. Il apparaît souvent que la personne âgée se retrouve brutalement en institution, alors que la famille et la personne âgée elle-même n'aient pas été suffisamment préparées.

En effet, comme le souligne Micheline Michel ¹⁰ : « L'institution représente l'ultimatum, quand toutes les autres possibilités de maintien à domicile ont été épuisées. C'est le " bout du bout " ».

Un rapide historique de l'évolution de la coordination met en lumière les dates suivantes ¹¹ :

- le rapport Laroque (1962) ;
- le programme finalisé du VI^{ème} plan, 1971 ;
- le VII^{ème} plan, 1976 ;
- la circulaire LENOIR (1er janvier 1977) ;
- la circulaire du 7 avril 1982 ;
- le rapport de la Commission d'études sur les personnes âgées dépendantes de décembre, 1987.

⁹ Expérience pluridisciplinaire menée à Villeurbanne

¹⁰ Micheline Michel est gérontologue au CHRU de Rennes ; les propos rapportés sont issus de l'entretien du 10 octobre 2000.

¹¹ Les grands axes de ces dispositifs sont décrits en annexe.

Ce travail de définition a permis de dégager un outil commun utilisable au sein de la coordination gérontologique. Néanmoins, dans le cadre d'une réflexion en termes d'interactions, il apparaît nécessaire de s'interroger sur les déterminants de la maltraitance. En fait, il s'agit de repérer dans quelle mesure la maltraitance qui renvoie à un comportement individuel s'inscrit dans un cadre institutionnel.

1.2 La maltraitance : une pratique individuelle qui s'inscrit également dans un univers collectif.

Ici, on s'appliquera à souligner la tension entre une maltraitance qui s'inscrit dans un rapport d'homme à homme et un univers collectif, qui peut être à la fois le théâtre et l'acteur de tels comportements.

Pour Michèle CREOFF¹², du ministère des Affaires sociales, il convient de distinguer les facteurs de risques organisationnels, des facteurs « intimes ». Les facteurs organisationnels relèvent le plus souvent des carences des institutions ou des mécanismes de coordination ; les facteurs « intimes » renvoient à l'histoire personnelle de l'aidant et de la personne âgée.

1.2.1 Les facteurs intimes de la maltraitance.

Par un effet miroir, certaines personnes sont enclines à punir la personne âgée de l'image anticipée qu'elle leur renverrait de leur propre déchéance à venir.

Ainsi, chez l'aidant, certains facteurs peuvent conduire à des comportements de maltraitance (Bonin-Guillaume, 1999) :

- l'âge élevé et les problèmes de santé qui peuvent en découler, un niveau d'anxiété et de stress important ;
- un isolement social et affectif ;
- des difficultés financières .

Par ailleurs, d'autres facteurs de risques relèvent de la victime :

- les modifications de caractère liées aux démences fronto-temporales ;
- les troubles du comportement (agressivité verbale ou physique, déambulations nocturnes...)

¹² D'après les termes de Michèle CREOFF, chef du bureau famille, enfance, jeunesse, au ministère de l'Action sociale. Propos recueillis le 2 octobre 2000.

- les démences moyennes (l'autonomie entraînant des difficultés de gestion du patient à domicile).

Ainsi, le refus de prendre en compte son propre vieillissement, la négligence de ses affaires financières, la culpabilité de se sentir une charge psychologique et/ou financière, la charge émotionnelle reportée sur les enfants peuvent jouer un rôle dans la naissance de comportements maltraitants.

On peut enfin souligner l'importance du cadre familial : des relations affectives antérieures pauvres, une cohabitation quotidienne, permanente et prolongée, des antécédents familiaux de violence intra-familiale. De plus, il arrive que certaines histoires familiales soient teintées de mésententes accumulées et résurgentes. Dans certains cas, même quand cette histoire peut paraître largement refoulée ou "digérée", ces sentiments peuvent conduire à des comportements maltraitants dès lors que l'un des protagonistes de ces tensions est devenu faible.

De même pour certains membres de la famille, des problèmes de santé (alcoolisme) ou financier (chômage, le coût d'une prise en charge en institution), des relations familiales négligées, l'ignorance des soutiens possibles et des mesures de tutelle conduisent à aggraver la potentialité de dérapages de toutes sortes.

1.2.2 Les facteurs organisationnels.

Par ailleurs, des déterminants spécifiques à l'institution sont mis en évidence. Parmi ceux-ci, le manque de formation gérontologique touche tant les directeurs que le personnel aidant. Si leur qualification est en cause, la légèreté des effectifs ne peut être ignorée, d'autant plus lorsqu'elle donne lieu à des surcharges conduisant au « burn out » (épuisement professionnel). L'absence ou le dysfonctionnement du conseil d'établissement ainsi qu'une communication inadaptée avec les familles constituent des insuffisances graves du dialogue entre tous les acteurs. Ces derniers doivent être en mesure de connaître et de respecter les droits inhérents à la personne âgée, notamment au regard de règlements intérieurs aux clauses abusives. (ALMA, 1998).

En outre, certaines personnes âgées doivent faire face à une situation d'isolement médico-social, qui peut générer des actes de maltraitance. Ici, il faut souligner les carences du système de prise en charge des personnes âgées. Selon M. Williamson, infirmier coordinateur à Nantes, une coordination gérontologique déficiente conduit à une dispersion toujours dommageable pour les usagers. C'est pourquoi, M. Chopart rappelle que "le social n'est pas soluble dans les logiciels".

La maltraitance et la coordination gérontologique sont porteuses d'une certaine ambiguïté. La définition des termes comme l'analyse des déterminants ont permis de mettre en exergue cette dernière qui résulte notamment de la tension entre l'individuel et le collectif. Une telle situation n'est pas satisfaisante néanmoins une sortie de l'ambiguïté résultera moins d'une remise en cause de la coordination gérontologique que d'une utilisation efficace de cette dernière qui n'est qu'un des instruments de la lutte contre la maltraitance.

II. MALTRAITANCE ET COORDINATION GERONTOLOGIQUE : VERS UNE LEVEE DE L'AMBIGUITE.

En fait, l'ambiguïté des relations entre maltraitance et coordination gérontologique découle sans doute d'une utilisation inadapt e de cette dernière. Ainsi, la levée de cette ambivalence devra résulter d'une politique de prévention doubl e d'une réflexion sans cesse renouvel e sur le thème de la maltraitance.

2.1 Une lutte à deux niveaux contre la maltraitance.

Pour être efficace la lutte contre la maltraitance doit combiner des actions tourn es vers l'individu et vers les institutions qui s'inscrivent dans le cadre de coordination gérontologique.

2.1.1. Une politique au plus près des personnes.

La politique de prévention doit être tourn e à la fois vers les aidants professionnels et vers les aidants naturels.

De façon à alléger la charge permanente qui pèse sur les familles aidantes, facteur central de maltraitance dans le contexte familial, plusieurs pistes de réflexion peuvent être explor es (Guinchard-Kunstler, 1999) :

- le développement d'hébergements temporaires et la promotion de l'accueil de jour comme solutions de répit – et ce, dans des conditions rassurantes pour les familles et satisfaisantes pour les hébergés ;
- l'instauration d'un congé-dépendance (sur le modèle du congé familial) pour permettre à un salarié de pouvoir se consacrer à l'accompagnement de son parent  g  ;

- le développement des groupes de parole. Il s'agit d'une réunion des soignants 1 à 2 fois par mois basée sur le volontariat en présence d'un animateur qui veille sur la qualité de la communication et la liberté de chacun. Les thèmes abordés sont variés : problèmes particuliers, accompagnement des personnes en fin de vie, souffrance exprimée à propos du décès d'une personne âgée. Il s'agit en fait de saisir toute occasion de souder l'équipe, d'éviter le sentiment d'isolement. La parole introduit de la distance, de la séparation, du tiers face à une situation d'enfermement. Le temps du recul laisse les affects s'exprimer et permet par l'écoute des deux parties de comprendre la souffrance de chacun. En effet, selon Marie Odile Bruneau, une ouverture sur l'extérieur s'avère primordiale afin de briser le cercle clos de la maltraitance. Ainsi, l'intervention d'un psychologue, moins impliqué dans le service est nécessaire et bénéfique afin de stimuler la réflexion son cheminement. Quoi qu'il en soit, ce type de réunions peut également être mis en place pour les aidants naturels. Il s'agit encore une fois d'établir un espace de dialogue et de prévenir la maltraitance qui découle souvent d'une certaine usure des aidants.

Au-delà de la prévention, il est difficile de passer à la répression des cas de maltraitance dans le cadre familial : en effet, les personnes, même maltraitées, n'acceptent souvent de témoigner qu'à condition d'être certain que cela n'aura pas de conséquences trop graves sur celui qui les a maltraité. L'article 434-2, du nouveau Code Pénal, prévoit des peines d'emprisonnement et d'amende pour toute personne qui n'informe pas les autorités judiciaires ou administratives des mauvais traitements ou privations infligés à une personne vulnérable. Les personnes tenues au secret professionnel peuvent s'en libérer en vertu de l'article 223-6 du code pénal. La loi de 1968 instaure la possibilité de mise sous tutelle pour les personnes présentant des altérations physiques et/ ou mentales, ceci afin de permettre la protection de leur patrimoine. En 1989, la loi étend cette protection à la personne elle même et non plus uniquement à ses biens. Le juge des tutelles est la personne chargée de faire appliquer cette loi, mais un vide juridique concernant la protection des personnes persiste ainsi qu'une méconnaissance de cette fonction. Le rapport Favard (juillet 2000) propose une meilleure définition des attributions des tutelles et une formation reconnue pour les tuteurs en intra familial et en établissements (gérant de tutelle).

Le rapport Guinchard-Kunstler (1999) préconise aussi de renforcer la qualité dans le secteur du maintien à domicile. Pour ce faire, il est recommandé de créer un agrément préalable délivré aux professionnels au contact direct des personnes âgées et de dégager des financements pour permettre un encadrement professionnel des intervenants à domicile,

qui exercent dans la solitude et sont souvent confrontés à des situations complexes. Pour les services d'aide à domicile, une démarche de normalisation et de certification devrait être engagée. Le rapport recommande également de créer de véritables services polyvalents de maintien à domicile, qui impliqueraient la mise au point d'un véritable statut et une professionnalisation des salariés, et l'encouragement du travail en équipe pluridisciplinaires. Dans une même optique, le document interroge la possibilité de réunir les trois conventions collectives qui régissent le travail des intervenants à domicile, de façon à améliorer leurs conditions de travail.

2.1.2 Une politique de prévention tournée vers les institutions.

Les institutions doivent s'inscrire dans le cadre de la lutte contre la maltraitance. Pour ce, plusieurs initiatives peuvent être avancées (cf expérience du Centre Hospitalier de Mayenne)

L'identification des responsabilités doit permettre de mieux prévenir les violences institutionnelles envers les personnes âgées. Il s'agit là du thème d'une enquête réalisée auprès de professionnels en 1997. L'objectif affiché était de répondre à une triple problématique posée en ces termes : déterminer si nos institutions sont à risque, repérer ou se situent les responsabilités dans les violences institutionnelles, proposer des pistes de réflexion qui permettent d'atténuer ce phénomène.

Au terme de cette enquête, les perspectives en matière de prévention apparaissent nombreuses. En effet, la violence institutionnelle peut être limitée ou évitée grâce à : des réponses internes à l'institution. Il s'agit tout d'abord de se référer à des valeurs qui permettent d'axer la philosophie des institutions sur les droits des résidents. Par ailleurs la construction d'un projet de vie individualisé doit s'appuyer sur les besoins, les désirs et les attentes des personnes âgées. Pour mieux les comprendre, on peut se référer à la pyramide de Maslow qui distingue, les besoins de réalisation de soi (idéal, créativité) les besoins de reconnaissance (estime, amour de soi) les besoins d'appartenance (famille, groupe) les besoins de sécurité(maison, argent) les besoins physiologiques (manger, boire, dormir). La structure d'accueil doit également permettre à la personne âgée de développer au maximum son autonomie et sa liberté. En outre l'écoute ainsi que le dialogue permettent de réguler les problèmes.

Dans cette perspective, il conviendrait également de se pencher sur l'hébergement (Guinchard-Kunstler, 1999) et de prendre en compte les exigences de la

vieillesse dans les projets architecturaux des lieux d'hébergement et favoriser l'hébergement en petites unités de vie ; garantir dans les établissements des normes de sécurité adaptées.

Par ailleurs, le rapport Guinchard-Kunstler (1999) souligne la nécessité de réorganiser les formations préparant aux métiers d'aide à la personne, pour former des intervenants aux compétences élargies couvrant le champ des besoins : soins corporels, actes de la vie quotidienne, vie sociale et relationnelle. La prise en charge des personnes âgées mobilise des compétences nombreuses et variées, qui devraient être assumées par autant de professionnels. Au côté des compétences sanitaires et médico-sociales, il conviendrait de recourir à d'autres professions : moniteurs, éducateurs, AMP, animateurs... De même, ce rapport recommande de promouvoir un enseignement de la gériatrie dans la formation initiale et continue des médecins, ainsi que de créer des postes de PU-PH en gériatrie, et de maîtres de conférences en gériatrie et biologie du vieillissement.

En définitive la lutte contre la maltraitance s'effectue à deux niveaux : à l'échelle individuelle, elle doit s'appliquer à être au plus près des besoins des personnes ; à l'échelle institutionnelle, elle doit combiner des impératifs de formation, d'information et de coordination. Par ailleurs, il convient d'entamer une réflexion sur une coordination gérontologique recentrée sur la personne âgée.

2.2 Vers une coordination gérontologique "bienveillante".

En effet, parmi les perspectives à explorer la notion de bienveillance appliquée à la coordination gérontologique semble s'imposer. Dans une telle optique une réflexion sur la place de la coordination exige d'intégrer une démarche qualité.

2.2.1. La place de la coordination gérontologique.

Mme Guinchard-Kunstler (1999) recommande de créer un échelon institutionnel départemental de coordination qui déterminerait et impulserait les politiques publiques locales, et assurerait une coordination financière et administrative.

Lors de la clôture de l'année internationale des personnes âgées en novembre 99, un dispositif était annoncé en terme de coordination gérontologique ; celui-ci fait l'objet d'une circulaire depuis le 6/6/00 (DAS/RV2n°2000/310). Les CLIC ou Centres Locaux d'Information et de Coordination sont ainsi programmés au nombre de 25 pour 2000, à titre expérimental ,

puis 200 chaque année. Les CLIC doivent contribuer à la mise en cohérence des coordinations existantes (de proximité et inter-institutionnelles), bénéficieront de moyens financiers permettant de mieux connaître la population des personnes âgées et leurs besoins, de mettre en œuvre de nouvelles actions : groupe de paroles, nouveaux partenariats (géronto-psychiatres...), de proposer des plans d'aide individualisée afin de mieux adapter l'environnement à chaque individu et de programmer des formations pour le personnel médical et paramédical intervenant à domicile et dans les établissements.

Les coordinations gérontologiques sont proches des réseaux de soins non spécifiques (non centrés sur une pathologie). Elles permettent d'harmoniser les pratiques médicales, les orientations vers les établissements, les procédures financières et aussi d'impulser une démarche de qualité. Elles proposent une approche humaniste qui donne une place centrale à l'usager, celui-ci devenant la finalité de l'action.

La coordination suppose un consensus des acteurs organisé autour d'une structure réfléchie¹³. L'intérêt d'un travail en coordination est une capacité d'ouverture et une souplesse d'adaptation aux situations traitées. Elle repose sur la définition d'un objectif commun dont la réalisation nécessite le partage et la complémentarité des compétences. La multidisciplinarité est essentielle. La coordination peut avoir un effet global de ségrégation pour les personnes âgées, empêchant tout libre choix et toute expression de leur part, se laissant gérer par des hyper spécialistes de la vieillesse (B. Ennuyer, 2000).

Les médecins gériatres soulignent la « belle vitrine » que représente une coordination qui n'aurait aucune enveloppe budgétaire à proposer : pas de vacations pour les médecins traitants, postes budgétaires insuffisants, infirmiers libéraux ayant dépassé leurs quota d'actes. « Sans cohésion, ni coordination, la prise en charge globale de l'individu, médicale et sociale, ne peut véritablement se concevoir. (...) Tous les intervenants doivent être efficaces dans le domaine qui leur est propre. Si un seul acteur, y compris l'hôpital, ne remplit pas sa mission, c'est tout le système qui est incohérent avec des conséquences désastreuses pour la personne âgée. (...) La coordination et la synergie des partenaires doivent assurer une information complète pour la personne âgée et son entourage immédiat. L'évaluation méthodique et systématisée des sujets est la base de la prise en charge. » (Olivier Drunat, 1998)

Enfin, la coordination ne peut faire l'économie d'une évaluation, "acte éminemment social " (M. Tanguy-Mauffret, 1994). Elle doit tenir compte des avis des différents partenaires qui la constitue et ne pas se laisser enfermer dans des protocoles rigides , trop éloignés de la réalité.

¹³ Entretien avec Yves Malo, Psychologue clinicien.

2.2.2. De la démarche qualité au concept de "bienveillance"

Sensibilisées au problème de la violence à l'égard des personnes âgées, résidant dans l'institution, les équipes des secteurs de soins de longue durée et maison de retraite du centre hospitalier de Mayenne ont entrepris une réflexion sur ce thème débouchant sur des actions concrètes.

Au terme de cette réflexion, un nouveau concept apparaît dans le service : pour une "bienveillance" de la personne âgée.

Après une enquête réalisée sur le terrain, et en accord avec les équipes soignantes, les résultats révèlent que les professionnels ont conscience de l'existence des violences dans leur institution.

Les violences les plus observées sont : les violences morales, suivies des violences par négligence. Cette violence se présente comme "la violence passive du laisser-faire".

Il apparaît aussi, au terme de cette enquête et en référence à la Charte des Droits et Libertés des personnes âgées (Fondation nationale de gérontologie 1987) un non respect des droits et libertés de la personne âgée, en particulier sur : le choix du mode de vie, la liberté de communiquer, le droit aux soins, la prévention de la dépendance, l'intégrité, les désirs et la vie personnelle.

Des actions sont entreprises dans le but de favoriser la "bienveillance" des personnes âgées, en particulier :

- élaboration, évaluation et réajustement des projets de soins infirmiers,
- évaluation de la qualité de vie des personnes âgées et utilisation de référentiels de qualité,
- mise en place et évaluation de groupes d'activités d'animation,
- mise en place d'un groupe de parole,
- mise en place de grilles d'évaluations spécifiques (autonomie - alimentation - incontinence...),
- formation à la manutention des malades et à l'haptonomie,
- formation aux gestes et activation des personnes âgées (GAPA)
- valorisation du travail des soignants auprès des personnes âgées

A domicile, il est important d'offrir aux familles souvent désemparées un lieu unique d'information sur les modalités de prise en charge ; les guichets uniques du dispositif CLIC

pourront utilement remplir cet office. Il faut également expliquer aux familles demandeuses d'un maintien à domicile les contraintes et les limites de ce maintien qui ne doit pas se faire à tout prix. Pour cela, il conviendrait d'utiliser plus largement les diagnostics infirmiers permettant d'évaluer ces limites. ALMA propose un questionnaire "jusqu'à quel prix financier et psychologique s'occuper d'une personne âgée". A toutes ces procédures, il faut associer les familles et l'entourage comme des partenaires et pas comme des concurrents dangereux de la prise en charge et faire la promotion des maisons de retraite de façon à dédramatiser l'entrée en institution souvent redoutée par les familles.

Il est aussi fondamental de communiquer avec les futurs aidants, jeunes retraités de 60 ans par exemple et les informer sur la prévention des chutes, de l'alimentation, des moyens de distraction de type "clubs", de l'aménagement du logement (association ORPA à NANTES). Aller vers la bienveillance, c'est renouer le lien social : sortir les personnes âgées de leur domicile en leur proposant promenades, rencontres, organisées par les aidants professionnels permet de redonner un autre visage aux seniors dépendants.

D'après Michèle CREOFF, le bureau Protection des personnes¹⁴ va se donner pour mission de faciliter le repérage des maltraitances. Pour ce faire, les fiches de signalement des actes de maltraitance à enfant vont être adaptées au mauvais traitement aux personnes âgées, de façon à établir des statistiques nationales.

Elle considère aussi, que le rôle de la direction – émanation du pouvoir central au niveau de l'institution – doit être clairement affiché. La direction de l'établissement doit être considérée comme un recours pour les personnes ; elle doit faciliter un processus de régulation au sein des équipes soignantes. En particulier, le chevauchement des équipes est un facteur de prévention de la violence en permettant une bonne circulation des informations et, par là, en évitant aux équipes soignantes de se trouver désarmée face à des situations déroutantes.

De plus, les fonctions d'inspection et d'évaluation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS) font l'objet d'une réflexion qui irait dans le sens d'un renforcement de leurs pouvoirs de contrôle. Il est notamment question qu'ils soient assermentés de manière à pouvoir constater des infractions et établir des procès-verbaux, en matière de santé et de sécurité des personnes accueillies en institutions

¹⁴ En cours de création au sein de la sous-direction Âges de la vie du ministère des Affaires sociales.

Par la réforme de la tarification (arrêté du 26 avril 1999), l'Etat oblige les institutions médico-sociales à mettre en œuvre les recommandations relatives à la qualité des personnels, aux relations avec les familles et à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

La politique du département s'inscrit dans cette démarche, en particulier en Ile et Vilaine puisque le Conseil Général a activement participé à la mise en place, à l'échelon cantonal, des Comités d'Observation de la DEpendance et de la Médiation (CODEM). Le souci constant d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes pourrait ainsi contribuer à diminuer l'importance de la maltraitance.

La Justice quant à elle souhaite redéfinir le champ de compétences des acteurs, en particulier celui des travailleurs sociaux, souvent destinataires des plaintes mais non habilités à exercer la protection de la personne.

In fine, l'ambivalence entre les concepts de maltraitance et de coordination gérontologique semble être levée par la mise en place d'une politique de prévention appropriée. Néanmoins, il convient d'être vigilant quant à l'utilisation que l'on peut faire de la coordination gérontologique; celle-ci doit toujours garder au cœur de son dispositif l'intérêt de la personne âgée. Cependant, faire de la personne âgée un acteur social du système de prise en charge ne doit pas rester lettre morte.

CONCLUSION

Evoquer aujourd'hui le problème des maltraitances envers les personnes âgées n'est plus vraiment un tabou. " Si le temps des pionniers dénonçant les maltraitances doit être maintenant considéré comme révolu, il n'y a pas encore de stratégie bien développée pour enrayer ce fléau" (C. de Saussure, 1999).

Le travail de coordination visant une prise en charge holistique et plurielle, plaçant la personne âgée comme acteur central d'un dispositif d'aide(s) adaptée(s) est un facteur de prévention et de traitement des situations de maltraitance. Pour autant, un tel dispositif peut se révéler ou devenir inefficace, voire contre-productif. En effet, la coordination perd toute valeur et risque même d'être un facteur direct de maltraitance lorsqu'elle oublie que le bien-être de la personne âgée et sa sécurité sont ses vraies finalités.

Au-delà, il paraît utopique de vouloir apporter une réponse définitive aux problèmes que pose la maltraitance, tant elle relève de déterminants complexes, notamment psychologiques et sociaux.

"Il n'y a bien sûr pas une solution unique face aux maltraitances variées et variables, mais reconnaissance, attention, respect et pardon font partie des éléments qui atténueront ce scandale aussi violent que la mort mais tellement plus pernicieux car il ne la donne pas, ou si rarement" (C. de Saussure, 1999).

Reste alors à chacun de nous, dans ses rapports professionnels ou personnels avec des personnes âgées, à prendre le temps de réfléchir au sens que peut prendre cette relation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITEES DANS LE TEXTE

Bonin-Guillaume S., « Maltraitance. Intérêt d'une approche criminologique », *Gérontologie*, n° 110, 1999-2.

Guinchard-Kunstler P., *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*, Rapport au Premier ministre, remis en juin 1999, non publié, consultable à la Documentation française.

Hugonot R. :- « Rôle des services sociaux : SOS maltraitance », *Gérontologie et société*, 1993

- *La vieillesse maltraitée*, Dunod, Collection Action sociale, Paris, 1998.

Drunat O., « Droit des personnes âgées et réseau gérontologique », *Gérontologie*, n° 106, 1998/02.

Tanguy-Mauffret M., « La coordination gérontologique: guide de réflexion et d'action », Editions chronique sociale, Paris, 1994.

Laroque, *Politique de la vieillesse*, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, La Documentation française, Paris, 1962.

Eynard C., Manoukian A., « Points de vue sur la coordination clinique : l'expérience de Villeurbanne », *Gérontologie*, n° 115, 3^e trimestre 2000.

BIBLIOGRAPHIE :

Blanchard N. "Santé Publique 2000", volume 12, n°2, pp 191-210.

Calvez A., Ridez S., Royer A.C., « Le programme d'action et d'évaluation gérontologique de Lumel : quels enseignements pour une coordination efficace des prestations aux personnes âgées ? », *Revue française des Affaires sociales*, 1997/10.

De Saussure C. (Dir.), *Vieillards martyrs, Vieillards tirelires : maltraitance des personnes âgées*, Editions Chêne-Bourg, Collection Médecine et hygiène, 1999.

Dekussche C., « Maltraitance et personnes âgées : négligence ou mauvaise intention ? », *L'Infirmière magazine*, n° 132, 1998/11.

Donnio I., « Les maltraitances : des impasses relationnelles aux alternatives », *Gérontologie*, n° 109, 1999/1.

Ennuyer B., « La coordination : un mythe », *Gérontologie*, n° 113, 2000.

Gérontologie et Société, numéro spécial : « La maltraitance », n° 92, 2000/03.

Hugonot R., Busby F./Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de l'Action sociale, « Expérience du réseau d'écoute et de prévention Alma », *Gérontologie*, n° 111, 1999.

Moulias R., Meaume S., « Le vieillard victime », *Gérontologie*, n° 95, 1995/03.

Rageth J.P., « Menaces sur le maintien à domicile et groupes de pression », *Gérontologie*, n° 108, 1998/04.

Revue de gériatrie, numéro spécial : « Réseaux et gérontologie », n° 7, septembre 1995.

Revue hospitalière de France, Dossier : « Evaluation gériatrique pour une meilleure coordination gérontologique », n° 1, janvier-février 1997.

Rey C., « Réflexions sur la maltraitance aux personnes âgées en institution », *Perspective soignante*, n° 6, 1999/12.

Tanguy M., « L'évaluation sociale en gérontologie : réseaux primaires – réseaux secondaires », *Revue du généraliste et de la gérontologie*, n° 38, 1997/10.

Wargniez M., « La maltraitance envers les personnes âgées », *La Revue française de service social*, n° 180, 1996/01-03.

ANNEXES

Annexe 1 : Les partenaires d'un pôle de coordination gérontologique (Source : Tanguy Mauffret, 1998)

Les partenaires institutionnels :

- conseillers généraux des cantons concernés.
- maires.
- directeurs des centres communaux ou intercommunaux.
- administrations de l'Etat et du département - notamment les contrôleurs des lois d'aide sociale.

Les services à domicile :

- services municipaux de repas à domicile ;
- restaurants municipaux « intergénération » ;
- télé-alarme ou télé-assistance ;
- petits travaux et dépannages ;
- associations de gardes à domicile ;
- services d'aide ménagère, d'auxiliaires de vie ;
- soins à domicile ;
- hospitalisation à domicile ;
- centres médico-psychologiques...

Associations de personnes âgées.

Organismes de logements social.

PACT locaux.

Organismes locaux de sécurité sociale, de caisse d'allocations familiales.

Caisses complémentaires de retraite, CICAS.

Associations de tutelles, juge des tutelles.

Etablissements sanitaires et sociaux publics, privés, accueillant des personnes âgées :

- maisons de retraite, foyers-logements ;
- maisons de repos...

Assistants sociaux des circonscriptions d'action sociale, des CCAS, de la sécurité sociale, de l'hôpital...

Professionnels médicaux et paramédicaux, publics et libéraux.

Associations caritatives et humanitaires.

Associations sportives, culturelles, offices de tourisme...

Annexe 2 : Les grandes dates de la coordination gérontologique

1. Rapport LAROQUE en 1962: "Politique de la vieillesse"

* Coordination locale à caractère social: (aide ménagère et services d'action sociale)

Une coordination administrative: liaison entre les différents organismes

Une coordination sociale: pour l'orientation du vieillard

* Coordination des efforts entrepris par les différents acteurs

"Les organismes existants, convenablement utilisés devraient suffire à obtenir les résultats recherchés." (Rapport LAROQUE)

2. Le programme finalisé du VI^{ème} plan en 1971

Ce programme présente une idée de coordination qui oppose la notion de coopération à celle de coordination dirigée.

3. Le VII^{ème} plan (loi no: 76-670 du 21 juillet 1976)

Cette loi définit 25 actions prioritaires. Un de ces programmes favorisait le maintien à domicile des personnes âgées, et était fondé sur 4 principes :

- la notion de secteur géographique ;
- l'idée de coordination du secteur ;
- l'existence des crédits d'incitation ;
- le respect des règles de déconcentration administrative

4. La circulaire LENOIR du 1er janvier 1977

Cette circulaire insiste sur la notion de contrat de secteur :

- modalités de fonctionnement du secteur après accord sur la coordination des actions ;
- caractère progressif de la coordination ;
- subventions maximales autorisées
- contrat type de coordination

5. La circulaire du 7 avril 1982

Elle précise les premières concrétisations pratiques de la coordination gérontologique et propose aussi la création de :

- C.N.R.P.A.: Comité national des retraités et personnes âgées ;
- C.O.D.E.R.P.A.: Comité départemental des retraités et personnes âgées ;
- des instances de coordination ;
- secteurs géographiques définis.

Elle veut favoriser la concertation entre les différents partenaires, élus, services, établissements, organismes de retraite et de personnes âgées. Elle précise aussi les aides financières de l'état ainsi que les subventions des collectivités locales, les cotisations des membres, les prêts et subventions de la sécurité sociale. Elle évoque le rôle des coordonnateurs (500 postes sont créés en 1981) et propose une formation à la coordination.

Malheureusement, le coordonnateur (souvent non formé à l'action collective) se réfugiait dans l'action individuelle.

6. Rapport de la "Commission d'études sur les personnes âgées dépendantes" de décembre 1987

Principe no: 3: développement du secteur médico-social

Principe no: 7: création d'une structure gouvernementale coordonnant les différentes administrations ayant compétence sur les retraités et les personnes âgées.

« Dans un contexte de pénurie budgétaire, le souhait de mettre en place une réelle politique de la vieillesse s'est transformée en une obligatoire gestion de la vieillesse ».

Module interprofessionnel de santé publique

- 2000 -

Thème n° 9

MALTRAITANCE ET COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Résumé :

Le problème de la maltraitance des personnes âgées émerge en France avec la remise du rapport du professeur Hugonot à l'Académie de médecine en 1990. Cinq années plus tard, il crée l'association ALMA (Allo maltraitance) pour répondre aux difficultés décrites dans son rapport.

Les personnes âgées dépendantes sont au centre de nombreux dispositifs d'aide plus ou moins formalisés, impliquant de nombreux intervenants, professionnels ou non, qui s'inscrivent de façon plus ou moins soutenue dans une logique de complémentarité et de coordination.

Les personnes participant à la prise en charge de la personne âgée peuvent, collectivement ou dans leur domaine propre de compétences, contribuer à prévenir ces phénomènes. Paradoxalement, le fonctionnement collectif peut renforcer ou faciliter les situations de maltraitance, et même les générer. En effet, la coordination perd toute valeur et risque même d'être un facteur direct de maltraitance lorsqu'elle oublie que le bien-être de la personne âgée et sa sécurité sont ses vraies finalités.

"Il n'y a bien sûr pas une solution unique face aux maltraitances variées et variables, mais reconnaissance, attention, respect et pardon font partie des éléments qui atténueront ce scandale aussi violent que la mort mais tellement plus pernicieux car il ne la donne pas, ou si rarement" (C. de Saussure, 1999).