



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**

**PROMOTION 1999 - 2001**

*Date du Jury : 26, 27 et 28 février 2001*

---

# **LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE DES PERSONNES AGEES**

---

**Sabine GRISELLE-SCHMITT**

Remerciements,

Je tiens à remercier les membres de l'association ALMA LORRAINE 54, ainsi que ceux d'ALMA 57 pour leur accueil chaleureux dans le cadre du mémoire.

L'équipe du service A.E.S de la DDASS de Meurthe et Moselle, les médecins de santé publique et tous ceux qui m'ont soutenue....

Merci à vous tous.

# SOMMAIRE

<b><u>1- INTRODUCTION</u></b> .....	5
<b><u>1ÈRE PARTIE -LE PHENOMENE DES MALTRAITANCES</u></b> .....	11
<b><u>1.1 HISTORIQUEMENT</u></b> .....	11
<b><u>1.2 LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE</u></b> .....	12
<b><u>1.3 Les diverses définitions de la maltraitance</u></b> .....	13
1.3.1 <u>La classification</u> .....	13
1.3.2 <u>Les origines de la maltraitance</u> .....	16
<b><u>1.4 La mise en œuvre de protocoles</u></b> .....	16
1.4.1 <u>DESCRIPTION DE CAS CLINIQUES OBSERVES DANS LE CADRE D'UN</u> <u>MEMOIRE DE GERONTOLOGIE</u> .....	20
<b><u>2ÈME PARTIE LE REPERAGE DE LA MALTRAITANCE</u></b> .....	24
<b><u>2- ENQUETES ET ETUDES</u></b> .....	24
<b><u>2.1 LES ETUDES A L'ETRANGER</u></b> .....	24
<b><u>2.2 ENQUÊTE APHP</u></b> .....	25
<b><u>2.3 ENQUETE MENEES EN 1997 PAR LA COMMISSION « PROTECTION</u> <u>MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE DU CODERPA 57 »</u></b> .....	27
<b><u>2.4 -LES STATISTIQUES CONNUES RELATIVES A LA MALTRAITANCE</u></b> .....	34
2.4.1 <u>-Présentation de l'association ALMA :</u> .....	34
2.4.2 <u>ALMA LORRAINE 54</u> .....	35
2.4.3 <u>-ALMA 57</u> .....	35
<b><u>2.5 LES PLAINTES RECUES DANS LES SERVICES</u></b> .....	36
2.5.1 <u>Remarques générales</u> .....	36
2.5.2 <u>Circuit des plaintes</u> .....	36
2.5.3 <u>Analyse des plaintes enregistrées dans les services de novembre 1999 à</u> <u>septembre 2000</u> .....	37
<b><u>3ÈME PARTIE LES REPONSES APORTEES PAR L'ETAT AU PHENOMENE</u></b> .....	39
<b><u>3- LA PROTECTION DES DROITS ET LIBERTES DES PERSONNES AGEES</u></b> .....	39
<b><u>3.1 Au regard du Droit Civil</u></b> .....	39
3.1.1 <u>Les régimes de protection en faveur des personnes vulnérables majeures</u> .....	39
<b><u>3.2 La protection des personnes vulnérables en droit pénal</u></b> .....	40
3.2.1 <u>La vulnérabilité des victimes érigée en circonstance aggravante</u> .....	40
3.2.2 <u>La vulnérabilité des victimes constitutive de délits spécifiques</u> .....	41

<b><u>4 - L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DANS LES INSTITUTIONS</u></b> .....	<b>42</b>
<b><u>4.1 La démarche qualité de la loi portant réforme de la tarification</u></b> .....	<b>42</b>
4.1.1 <u>Un cahier des charges exhaustif</u> .....	42
4.1.2 <u>La grille d'auto-évaluation un outil</u> .....	43
<b><u>4.2 La rénovation de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales</u></b> .....	<b>43</b>
<b><u>5 - LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE</u></b> .....	<b>44</b>
<b><u>5.1 L'action des services</u></b> .....	<b>44</b>
<b><u>5.2 La recherche d'outils</u></b> .....	<b>45</b>
<b><u>5.3 Des politiques de formation plus orientées en gériatrie et en gérontologie</u></b> .....	<b>45</b>
<b><u>5.4 CHANGER LES REPRESENTATIONS DE LA VIEILLESSE</u></b> .....	<b>46</b>
<b><u>5.5 LES PISTES EVOQUEES DANS LE RAPPORT « VIEILLIR EN FRANCE »</u></b> .....	<b>47</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>49</b>

# 1 - INTRODUCTION

## *Le vieillissement de la population*

La population mondiale vieillit. L'année 1999 a été déclarée Année Internationale des Personnes Agées (AIPA), les analyses des données démographiques annoncent que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus passera de une sur 14 à une sur quatre dans vingt ans. Ces éléments auront des conséquences économiques et sociales importantes.

## *Les éléments démographiques propres à la France*

Les statistiques de l'INSEE<sup>1</sup> précisent que la France métropolitaine compte 58.7 millions d'habitants.

Depuis le début du siècle, la population française vieillit.

Ce constat mérite d'être détaillé.

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 21% de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2000 contre 13% en 1901. Un peu moins d'un métropolitain sur six a plus de 64 ans, contre un sur huit il y a trente ans.

En 1999 la durée de vie augmente de 2 mois et demi. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 74.9 années pour les hommes (74.6 en 1998) et 82.3 années pour les femmes (82.2 en 1998).

A partir de 2020, la population âgée dépassera en nombre, la population des moins de 20 ans. La part des plus de 60 ans devrait continuer de croître pour atteindre 27% en 2020 et 34% en 2050, alors que celle des moins de 20 ans serait respectivement de 23% et 21%.

## *Modes de vie des personnes âgées : entre domicile et institution*

Ces données démographiques déterminent la part importante des personnes âgées dans la société.

Il apparaît intéressant d'examiner le mode de vie de cette catégorie de population.

Majoritairement les personnes âgées vivent à domicile à raison de 87% des personnes âgées de 75 ans et plus et 73% de celles de 85 ans.

---

<sup>1</sup> Tableaux de l'économie Française 2000/2001

Ces estimations ont été faites en 1998 par la Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité<sup>2</sup>.

Si l'on examine les données figurant dans les enquêtes EHPA on observe d'autres indicateurs.

Ainsi 13% de la population des plus de 75 ans vivent en établissement, 27% des plus de 85 ans, 5% des personnes de plus de 85 ans vivent en foyer logement, 19% en maison de retraite et 3% dans les USLD des hôpitaux. Ce pourcentage croît avec l'âge, la proportion de personnes résidant en maison de retraite ou en service de soins de longue durée passe de 4% pour les 74-79 ans à 17% pour les 85-89 ans et 33% pour les 90 ans et plus.

La perte d'autonomie, la dépendance est le facteur déterminant l'entrée en institution.

On entre en institution de plus en plus tard et peu ou pas autonome.

*L'évolution des structures sociales, la recherche de l'autonomie générationnelle.*

A travers l'analyse de certains sociologues<sup>3</sup> la généralisation de l'entrée en établissement repose aussi sur une modification des structures sociales.

Si actuellement 4 à 5 générations coexistent, elles ne cohabitent plus comme elles le faisaient au début du siècle.

On assiste à l'émergence d'une autonomie comme valeur socialement reconnue et partagée qui contribue à valider une certaine forme d'autonomisation généralisée des générations les unes vis à vis des autres.

La solidarité entre les générations reste très forte et se manifeste par des échanges de services divers, la mobilité géographique des jeunes générations due en partie à leur ascension sociale et à la situation de l'emploi aux difficultés à trouver à proximité des emplois correspondant aux nouvelles qualifications rend la cohabitation des générations quasi inexistante et non souhaitée, non souhaitable.

L'entrée en institution des plus âgés apparaît comme la solution la plus appropriée aux exigences d'indépendance des générations, qui se manifeste dans le discours des plus

---

<sup>2</sup> Joëlle VOISIN Direction de l'Action Sociale in "les lieux et les acteurs : les institutions publiques, privées associatives et commerciales JOURNEES D'ETUDES d'ALMA 10/02/2000

<sup>3</sup> Catherine GUCHER Doct en sociologie Ingénieur d'études au Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie in "Peut-on parler de mobilité résidentielle des personnes âgées en France" Journées d'Etudes ALMA 10/02/2000

anciens qui refusent de peser sur leurs enfants et qui semblent se soumettre aux injonctions qui leur sont faites de s'assumer de manière autonome.

Parmi les facteurs déterminant l'entrée en institution la dépendance et la perte d'autonomie sont essentiels, mais aussi l'isolement et la pauvreté du réseau familial.

### *Les aspects bio- physio- psychologiques du vieillissement la reconnaissance de l'affaiblissement de certaines fonctions*

La vieillesse est un phénomène naturel qui se caractérise par des transformations physiologiques et psychologiques<sup>4</sup>.

#### Transformations physiologiques

Une caractéristique : la diminution des fonctions de l'organisme, la peau perd de son élasticité, les muscles perdent de puissance, les os s'atrophient, le système immunitaire fonctionne moins bien.

Les performances intellectuelles diminuent d' autant plus rapidement qu'il y a consommation de certains toxiques tels que alcool, tabac, médicaments, sédatifs (somnifères).

Les conséquences se manifestent par des troubles de la mémoire des difficultés de compréhension ( celle ci est presque deux fois plus lente à 80 ans qu'à 20 ans).

Les troubles varient d'une personne à l'autre, ils dépendent de l'hygiène de vie et de l'entraînement du cerveau au travail intellectuel.

#### Psychologie

La psychologie du vieillissement est caractérisée par de multiples attitudes.

Le déficit auditif peut avoir des conséquences importantes sur le plan de l'isolement social, en effet les problèmes de surdité entraînent des difficultés de communication provoquant une modification de l'humeur, accompagnée de phases de tristesse ou d'irritation.

Les troubles de la vue peuvent entraîner à l'instar des troubles de l'équilibre, une crainte et une peur diffuse, gênant toute activité et tout déplacement.

---

<sup>4</sup> Marin La Meslee : Mémoire 1997 Réduire la maltraitance envers les personnes âgées institutionnalisées. Des éléments de compréhension et d'action pour l'infirmière générale.

Le vieillissement cérébral avec les troubles de la mémoire sont des faits récents, le ralentissement des facultés de compréhension et d'analyse face à des situations imprévues, ou des informations reçues peuvent entraîner une certaine démotivation.

La personne âgée devient plus méfiante à l'égard de toute nouveauté. Elle perd un certain nombre d'initiatives dans sa vie quotidienne, elle se décourage facilement.

Tout changement entraîne des difficultés d'adaptation et l'inquiète.

Avec la longévité, le processus du vieillissement psychologique est souvent associé à des troubles démentiels.

### *Les structures d'accueil des personnes âgées*

#### *L'hospice*

La prise en charge des personnes âgées est encore marquée par l'image des hospices.

« Un hospice de 500 lits dans l'enceinte d'un hôpital général : on y voit des salles d'une cinquantaine de lits, des parquets de bois humides par des années d'arrosage de toutes sortes, des couchettes supplémentaires en épis au milieu des salles sous la protection de plantes vertes trônant sur la table en chêne.

Si la séparation des sexes est sans faille, c'est vraiment là le seul critère de classement alors en usage.

Les grands cachectiques qui vont mourir parce qu'il n'y a rien de mieux à faire voisinent avec de braves vieux qui sont là depuis très longtemps, nul ne sachant pourquoi, et eux moins que quiconque.

Des hémiplegiques perdent sur leur lit toute chance de récupérer et ankylosent leur épaule, et les jeunes débiles jouent avec des bouts de ficelles ou sillonnent les couloirs en allant très vite d'une démarche déhanchée vers des buts inconnus de tous ».

En 1958 l'article L 678 du Code de la Santé Publique indique « Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes, et incurables, et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires <sup>5</sup>».

Durant les années 1960-1991 de nombreuses commissions publient des rapports.

Il convient de citer le rapport intitulé « Politique de la Vieillesse » de 1962 plus connu sous le nom de Rapport Laroque.

---

<sup>5</sup> A. GUY Ancien chef de service de l'hôpital du Mans, Revue Française de Gérontologie



Les recommandations qu'il contient vont inspirer les politiques prônées par les gouvernements successifs.

Il condamne l'hospice.

Il s'insurge contre le fait que l'on garde des personnes âgées qui ne sont pas atteintes de maladies aiguës à l'hôpital en raison du surpeuplement des hospices.

Il prône en maison de retraite la nécessité d'une surveillance médicale, avec un médecin attaché à l'établissement tout en préservant la liberté des résidents du choix de leur praticien.

Le législateur a notamment avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fait évoluer la prise en charge des personnes âgées.

### *L'offre actuelle*

Compte tenu des évolutions législatives et du développement de l'entrée en institution des personnes âgées, il convient d'apprécier l'offre actuelle proposée<sup>6</sup>.

Le paysage de l'offre d'hébergement aux personnes âgées est composé d'institutions appartenant à des catégories juridiques distinctes.

-La majeure partie des institutions relèvent de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (maisons de retraite, foyer logements).

-Les unités de soins de longue durée issues de la loi de 1991.

-Les hospices (en extinction).

Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent être de statut public ou privé (maisons de retraite, logements-foyers). La part du secteur privé représente 43% de l'ensemble des places, le secteur commercial représente quant à lui 16% de la capacité d'accueil des maisons de retraite.

S'il est convenu d'admettre que tous les établissements gérontologiques ne disposent pas du personnel soignant qui leur serait nécessaire pour prendre en charge les personnes dans des conditions optimales, les politiques ont favorisé le développement des forfaits de section de cure médicale et les forfaits de soins de longue durée.

En matière de conditions d'accueil une publication de la DREES d'octobre 1999 du Ministère de l'emploi et de la solidarité relevait les éléments suivants :

---

<sup>6</sup> Joëlle VOISIN Direction de l'Action Sociale

-6 résidants sur 10 occupent aujourd'hui une chambre individuelle.

-4 sur 10 ont un téléphone privatif.

-1 personne sur 100 vit encore en dortoir.

La proportion des personnes partageant une même chambre reste assez importante 28%.  
Elle atteint 55% dans les services de soins de longue durée.

Les équipements sanitaires diffèrent selon les établissements :

-44% des résidants des maisons de retraite disposent d'une salle de douche personnelle contre 27% en soins de longue durée.

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées fait partie des priorités de santé publique annoncées par la conférence nationale de santé, la prévention de la maltraitance pourrait elle aussi s'inscrire en filigrane des politiques publiques relatives aux personnes âgées.

Depuis une dizaine d'années la sensibilisation à la maltraitance fait l'objet de colloques, de sujets médiatiques « en France on bat les vieux » à l'occasion d'affaires tragiques.

La prise en compte du phénomène de la maltraitance commence à être reconnu grâce aux appels recueillis par les antennes de l'association ALMA « Allo Maltraitance personnes âgées ».

L'objet de cette étude porte en effet sur l'observation du phénomène de la maltraitance des personnes âgées en institution au travers des définitions classiques qu'il recouvre (1ère Partie), des études qui ont été faites, des plaintes recueillies par les services pour tenter de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre au titre d'actions de prévention (2ème Partie) .

Il conviendra également d'examiner l'évolution des divers dispositifs réglementaires apportant une réponse pénale aux excès constatés, les avancées en termes qualitatifs contenues dans la loi portant réforme de la tarification, les pistes proposées dans le rapport Guinchard- Kunstler (3ème Partie).

# 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE -LE PHENOMENE DES MALTRAITANCES

## 1.1 HISTORIQUEMENT

Il s'agit d'un phénomène observé depuis longtemps, St Vincent de Paul déjà s'insurgeait sur les conditions des orphelins et des enfants abandonnés qui entraînaient une mortalité de plus de 90%<sup>7</sup>.

C'est le phénomène des mauvais traitements à l'enfant qui arrive en tête des premières études, observations.

Ainsi Ambroise Tardieu médecin légiste publie dès 1860 « une étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants ». C'est l'expression d'enfants maltraités qui apparaît en premier dans l'intitulé de la loi du 24. 07. 1889 qui tend à assurer « la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés ».

Le progrès social, l'évolution de la société conduisent à la reconnaissance et au respect de droits fondamentaux pour les individus.

L'Etat met en place une législation spécifique de protection de l'enfance et des catégories vulnérables.

Les enfants et les femmes font partie des catégories de population qu'il convient de protéger. Qu'il s'agisse du droit de la famille ou du droit social la société tisse une législation protectrice .L'évolution récente participe de cette mouvance avec la reconnaissance de la place de l'individu face aux archaïsmes et à l'arbitraire des organisations sociales.

Malgré l'arsenal juridique protecteur, les critiques notamment de la psychiatrie asilaire mettent en exergue les carences des institutions.

Entre 1990 et 1991 le Conseil de l'Europe a constitué un groupe d'études sur la violence aux personnes âgées<sup>8</sup>.

Les études ont fait apparaître que les statistiques officielles évoquent peu le phénomène .

Les concepts de violence sont pour 12 pays strictement réduits aux notions de mauvais traitements physiques, psychologiques et d'exploitations financières dans 11 autres ils sont étendus à la privation de soins active ou passive.

---

<sup>7</sup> Michèle CREOFF Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales "Les maltraitances Institutionnelles" ADPS JUIN 2000

<sup>8</sup> HYDLE .I.M. La violence envers les personnes âgées. Rapport du Conseil de l'Europe. 1992  
Sabine GRISSELLE-SCHMITT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

Les divergences entraînent des difficultés à comparer l'incidence de phénomènes que l'on ne qualifie pas obligatoirement de violence.

La violence au sein des institutions fait l'objet d'études et les témoignages recueillis sont de plus en plus nombreux.

L'objet de notre étude s'attache plus particulièrement aux maltraitances institutionnelles qui s'exercent à l'encontre des personnes âgées même si le phénomène touche d'autres catégories sociales et plus encore les personnes âgées à domicile.

## 1.2 LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

Certains auteurs comme M. CROZIER<sup>9</sup> rappellent que « L'institution est une organisation en tant que telle elle est le royaume des relations de pouvoir, d'influence, de marchandage et de calculs ».

Cette remarque vaut aussi pour l'institution pour personnes âgées même si l'idéologie dominante veut en faire un monde à part, altruiste non pris aux pièges et délices de la compétition économique située hors du marché elle répondrait à une autre logique.

E.GOFFMAN<sup>10</sup> considère que l'examen de bon nombres d'institutions laisse penser qu'elles n'ont d'autres but que d'assurer comme de simples magasins la mise en dépôt de leurs pensionnaires.

L'hôpital est une structure très hiérarchisée avec des catégories professionnelles diverses<sup>11</sup>. Il existe un cloisonnement entre les personnels administratifs, soignants, médico-techniques, techniques, logistiques, une hiérarchie importante.

Les services de prestiges "à haute technicité" et les services un peu oubliés de long séjour dans lesquels on trouve un personnel soignant parfois peu motivé pour venir travailler dans ces services.

Ainsi PEQUIGNOT affirme :

« La gériatrie souffre plus cruellement que toutes les spécialités médicales d'être exercées par des soignants radicalement plus jeunes que leurs malades. »

Des soignants qui rencontrent des difficultés face à la vieillesse et à la mort.

---

<sup>9</sup> M. CROZIER "L'acteur et le système" 1977

<sup>10</sup> E.GOFFMAN "Asiles" Paris Ed de Minuit 1994.

<sup>11</sup> A.BOUDARD "L'hôpital" Ed La Table Ronde 1972

Les professionnels que l'on trouve auprès des personnes âgées sont aides –soignants, ils assurent tous les soins de base et d'entretien de vie, leur rôle relationnel est très important, leur formation souvent insuffisante.

Les infirmières ont un rôle important d'encadrement d'animation et de soutien auprès des aides soignants.

L'institution va obligatoirement imposer ses modes de fonctionnement aux résidents (horaires des levers, des couchers, des repas) interdisant quasiment tout projet individuel.

### **1.3 LES DIVERSES DÉFINITIONS DE LA MALTRAITANCE**

Appréhender le phénomène de la maltraitance exige que l'on s'arrête aux différentes définitions de cette notion.

La maltraitance est une expression récente employée dans les années 80 et que l'on trouve dans les dictionnaires depuis 15 ans.

Selon le Larousse "la maltraitance se caractérise par de mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées)".

Les origines du mot renvoient au verbe maltraiter, dont le sens commun a une connotation négative.

En 1550 on trouve « traiter durement » qui s'emploie couramment pour traiter avec violence.

A l'époque classique « mal nourrir » et donc être maltraité renvoie à faire mauvaise chair.

La maltraitance est synonyme de violence.

Pour Y MICHAUD<sup>12</sup>

« la violence est une action directe ou indirecte, massée ou distribuée, destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques. »

#### **1.3.1 La classification**

Il n'existe pas une mais des maltraitements pour lesquelles on a établi une classification précise<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Y.MICHAUD "La violence" Que sais je. 1992

<sup>13</sup> Rapport du Conseil de l'Europe 1992

-Les violences physiques :

Coups, sévices corporels, violences sexuelles, mauvais traitements physiques, entrave à la liberté de mouvement et ligotage, coups et blessures volontaires entraînant la mort, voies de fait, meurtres.

la violence physique en gériatrie :

Interdire l'accès à des soins de santé de qualité, pour gagner du temps.

(Par exemple escamoter un soin de bouche, faire une toilette rapide mettre une couche systématiquement chez une personne âgée pouvant être rééduquée).

Donner des repas trop rapides ou insuffisants, faire des gestes brusques et inadaptés sans prévenir la personne ( heurts des mains dans les contours de portes lors d'une aide à la marche ou en fauteuil roulant)

-Les violences psychologiques :

Violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, abandon ou menace de placement dans une maison de santé, chantage, efforts prolongés et méthodiques pour déshumaniser et dépersonnaliser la personne âgée, comportements propres à inspirer un sentiment d'insécurité et de désespoir et à amener la personne âgée à se laisser aller, cruauté mentale, violence morale, sévices psychiques.

En gériatrie :

Une illustration ; le ton de la voix, autoritaire, cassante, s'adresser à une personne âgée avec des cris de reproche pour la culpabiliser, en la tutoyant sans qu'elle l'ait demandé, ou bien en l'infantilisant (ex : c'est l'heure de changer ta couche ou bien t'as encore fait pipi au lit...)

-Exploitations, abus matériels :

Exploitation financière, rétention de revenu ou de pension, vol ou détournement d'argent, d'objet de valeur ou d'autres biens, dols ou usage d'une procuration au préjudice de la personne âgée.

-Violation des droits :

Violation des droits garantis à tous les citoyens par la législation nationale.

-Abandon Négligence (active)

Indifférence, abandon d'une personne vulnérable, diminuée physiquement ou mentalement incapable de prendre soin d'elle même, placement d'une personne diminuée physiquement ou mentalement dans un établissement d'accueil ou un hôpital, manquement à une obligation ou rupture d'un contrat causant un préjudice ou une violation des droits.

-Négligence passive

Négligence sans intention de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice matériel ou moral.

On peut compléter ces définitions par certaines propres à la gériatrie :

-Violence sociale :

Elle se caractérise principalement par le fait d'ignorer la présence de la personne âgée lors des soins, de la priver de toute action, ou de tout rôle social sous prétexte qu'elle est trop vieille.

Par exemple lors de la toilette privation de toute intimité porte ouverte, imposer la présence d'une autre personne pendant une toilette intime.

-Violence thérapeutique :

Une caractéristique majeure : l'acharnement thérapeutique, aussi l'absence de soins, le refus du médecin de donner un médicament qui apaise la douleur.

La contention un cas typique de maltraitance institutionnelle, si elle s'avère parfois nécessaire il est préférable de l'envisager après discussion d'équipe et sur prescription médicale<sup>14</sup>.

-Violence matérielle et architecturale :

Des locaux vétustes, mal isolés, mal chauffés, sombres trop exigus où la personne ne peut pas avoir d'intimité si elle le désire. Cela peut aussi être liée à des négligences humaines : l'emploi de mobiliers usés, hors normes de sécurité, risquant d'être dangereux pour la personne.

---

<sup>14</sup> MAHEUT-BOSSER Praticien hospitalier CHRU Brabois in Colloque du CODERPA 57 19/01/98

-La violence liée à une mauvaise organisation de l'institution (ex : servir le dîner à 17h..)

-Les violences sexuelles.

### **1.3.2 Les origines de la maltraitance**

En ce qui concerne les causes de la maltraitance des études américaines proposent 4 théories étiologiques pour comprendre et diagnostiquer les mauvais traitements notamment au sein de la famille.

Parmi les idées essentielles on retient :

-La psychologie du maltraitant

-Le stress

-La violence entre les générations et la dépendance.

-Les facteurs de risques :

-L'aggravation brutale de l'état des patients avec une augmentation importante de la charge en soins sollicitant le soignant.

-Les motivations du personnel il s'agit d'un facteur important surtout si l'équipe communique très mal entre elle et si l'organisation du travail est mauvaise.

-Le manque de professionnalisme du soignant peut conduire à des actes de violence par omission volontaire ou non.

-Une concentration de personnes âgées démentes au sein d'une même unité.

-La vétusté des locaux avec des moyens matériels sous évalués et un personnel insuffisant sont des risques majeurs.

Certains médecins n'hésitent pas à affirmer que les ratios de personnels dans certains établissements c'est de la maltraitance programmée.

L'inadéquation quantitative et qualitative du personnel de soins et des agents de service, est un facteur de dysfonctionnement, et par là, facteur de risque de maltraitance.

Un personnel maltraité risque d'être maltraitant.

### **1.4 La mise en œuvre de protocoles**

On note que le personnel soignant, les médecins sont très sensibilisés à ce phénomène.

Les médecins prennent en charge la maltraitance et ils ont mis en place des protocoles.



On trouve dans la littérature médicale des articles relatifs aux sévices subis par des personnes âgées.

En 1997 Kate WALSH-BRENHAM évoque le cas de la grand mère battue ou rossée « Granny bashing » dans un journal destiné aux infirmières « The nurse mirror ».

Des propositions de protocoles d'études cliniques très détaillés ont été proposés.

Tel que le « Geriatric abuse protocol » du service des urgences du Butterworth Hospital du Michigan, ou encore « Emergency department protocol for diagnosis and evaluation of geriatric abuse » par Jeffrey Jones, James Dougherty, Daniel Scheible et William Cunningham, Annals of emergency medicine.

Les protocoles mis en œuvre visent à prendre en compte l'ensemble des facteurs concourant à l'observation des cas de maltraitance examinés.

Différentes étapes sont distinguées :

-L'histoire du sévice actuel : selon le patient, ses soignants, ou tout autre informateur, y compris la police.

-L'Anamnèse médicale :

Les autres maladies , troubles intellectuels et physiques nécessitant des soins, les sévices antérieurs, les hospitalisations antérieures.

-La dépendance vis à vis des soignants les conditions financières, physiques et psychologiques, l'isolement.

-Les conflits ou crises familiaux récents logement inadapté, les difficultés relationnelles. Les plaintes du malade : coups, abus sexuels, usage de drogue ou d'alcool dans la famille, violences verbales ou affectives, l'isolement le confinement, les négligences importantes concernant l'alimentation, la boisson et l'hygiène.

-Interview des soignants : conflits familiaux récents, connaissance de l'état médical du malade et des soins nécessaires, violence envers les enfants, comportement familial violent.

L'examen physique du malade porte plus particulièrement sur

-l'état général

-l'état mental et émotionnel (agitation, passivité, dépression).

Négligences physiques, déshydratation, malnutrition, vêtements sales pou inappropriés, hygiène défectueuse, l'absence de soins, soins inappropriés.

Séviçes sexuels : saignement des muqueuses, blessures génitales et anales, maladie sexuellement transmissible.

Signes physiques de violence :

Le médecin est prié de les indiquer sur un schéma corporel, en examinant avec une attention particulière : les cheveux, le cuir chevelu, les yeux, le visage, les parties génitales et l'ensemble du territoire cutané.

Le diagnostic doit ensuite s'appuyer sur :

- des photographies en couleur, avec légende et date
- un bilan biologique et radiologique complémentaire en fonction de ce qui a été observé sur le plan clinique.
- scanner en cas de traumatisme crânien ou d'anomalies neurologiques.

Après l'examen , on aboutit à une conclusion en 5 points :

Il n'y a pas de signes évidents de violences.

La violence est seulement psychologique, verbale : isolement.

La violence est dans le domaine matériel et financier.

Il y a eu violence physique soins délibérément inappropriés, coups, abus sexuels.

Il s'agit de négligences physiques.

Il faut ensuite tenter d'en déterminer les causes

-âge et fragilité des soignants familiaux.

-non respect par oubli des besoins du malade.

-faillite dans les services de soutien à domicile.

-difficultés financières.

Le rédacteur de cette observation est prié alors de donner son avis sur le plan médical général puis sur les dispositions sociales qu'il conseillerait.

En 1989 publication d'un guide par les médecins en vue de détecter les violences à personnes âgées.

Detecting elder abuse : a guide for physicians, Geriatric trauma a prevention series Steven R Gambret ed in Geriatrics.

Ils proposent un guide plus simple que celui de Jeffrey Jones.

Il reprend les grandes lignes du protocole précédent.

Histoire :

Les intervenants médicaux connus, les retards à la mise en route du traitement.

Les dépenses effectuées pour les soins.

Les violences actuelles, les violences antérieures similaires avec leur observation médicale.

L'examen physique :

Les violences infligées au malade et les négligences graves, fractures, lacérations, ecchymoses dans des zones inhabituelles, traces de violences sur le crâne et le visage, ecchymoses bilatérales sur les bras, sur le tronc, cicatrices anciennes et récentes.

Autres :

Manque d'hygiène corporelle, sur médication ou sous médication ou mauvais usage des médicaments, maladie sexuellement transmissible, traces de violences sur les parties génitales.

Complément d'observation

Psychologique : Sous estime de soi, anxiété, changement important des modes de vie, dépression, idées de suicide, confusion ou désorientation.

Interactions entre le malade et les membres de sa famille difficultés avec le conjoint, problèmes posés par le coût du traitement, refus du conjoint de laisser le médecin parler seul avec le malade.

Certains auteurs émettent des réserves à l'égard des protocoles trop structurés, craignant qu'ils n'incitent à un excès de suspicion.

Position de Ida HYDLE qui propose un modèle d'interview non directive dans lequel elle inclut ce qui lui paraît indispensable pour préparer l'action de prévention ultérieure.

Proposition de guide à demi structuré » pour une interview fondé sur les résultats cliniques lors du contact avec le médecin praticien ou lors de l'hospitalisation : par exemple anamnèse, examens, test..

-Type de souffrance :

Physiques, psychologiques, par exemple : sommeil , vertiges, douleurs, emploi de médicaments.

Situation familiale et condition sociale, nombre d'enfants conjoints, contact avec la famille, logement.

Réseau disponible par exemple qui peut – on mobiliser en dehors de la famille.

Niveau d'action préventive envisageable tel que la personne âgée l'accepte par rapport aux excès de la vie courante.

La démarche Hugonot mise en place dans la ville de Grenoble.

Chaque fois qu'un examen physique montre des lésions provenant d'une chute ou consécutive à un traumatisme quelconque, ou lorsque l'examen psychologique montre des troubles psychiques ou intellectuels d'apparition récente, rencontre avec tous ceux qui font partie de l'environnement humain du malade :

-famille proche ou éloignée soignants à domicile libéraux ou des services, personnels sociaux, femmes de ménage ou aide ménagère, ou auxiliaire de vie , ou tierce personne, amis voisins bénévoles...

Etablissement d'un schéma détaillé de la famille et du réseau relationnel du malade.

Les pratiques médicales, le rôle du médecin dans le diagnostic, le repérage de la maltraitance est déterminant.

A titre d'illustration on peut reprendre la description d'un cas clinique<sup>15</sup>.

#### **1.4.1 DESCRIPTION DE CAS CLINIQUES OBSERVES DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE GERONTOLOGIE**

*M.G.A est adressé dans le service de psychiatrie , voisin de la maison de retraite où il réside pour agitation et comportement dangereux.*

*Ce patient de 70 ans avait été adressé auparavant au CHU où il s'est retrouvé hospitalisé en Endocrinologie, pour bouffée délirante aiguë avec plaintes somatiques, en particulier digestives.*

---

<sup>15</sup> Doct B BOUVEL "A propos de quelques cas cliniques de maltraitance aux personnes âgées", Mémoire pour la capacité de Gérontologie Université de Nancy I .1998/1999

*A son admission, le patient est calme. C'est un homme impressionnant, d'une forte corpulence, dysmorphique, d'une débilité assez prononcée. Si sa vue est très faible, son ouïe reste fine.*

*Son passé institutionnel dans l'établissement est immémorial : il animait autrefois, par ses talents d'accordéoniste, les fêtes de l'hospice.*

*L'examen met rapidement en évidence une difficulté à communiquer, nécessitant beaucoup de patience. Il est aussi facile de constater des tremblements très importants des extrémités avec une roue dentée, une akathisie, des dyskinésies persistantes. Le patient se plaint d'une constipation majeure. M.G. sort depuis peu d'un service de gériatrie où il avait été admis pour syndrome sub-occlusif. Les raisons de son agressivité ne sont pas rapportées par le patient. Un syndrome confusionnel est difficile à évaluer ; s'il existe un sentiment diffus de persécution : « elles sont méchantes avec moi », on ne relève pas d'hallucination. M.G a l'air satisfait de se retrouver dans le service où il connaît de nombreux membres du personnel.*

*Son traitement à l'entrée comporte :*

*-LOXAPAC*

*-SOLIAN*

*-TIAPRIDAL*

*-ROHYPNOL*

*avec du charbon pour ses problèmes digestifs.*

*Sa gêne digestive dissipée et sa constipation soulagée, M. G. adopte un comportement effacé dans le pavillon. Après quelques jours d'hospitalisation à temps plein , il passe en hôpital de jour et se montre peu satisfait de retourner dormir dans son lieu d'hébergement, sans manifester plus d'opposition. Il n'existe toujours pas de signes de la lignée psychotique. Au cours d'échanges avec le personnel de la maison de retraite lors du départ et du retour du service, nous apprenons que M.G. est « infernal ». Il hurle quand il n'est pas servi, ce qui veut dire qu'on ne lui met pas sa cuillère dans la main, qu'on ne lui donne pas la becquée, alors que les tremblements du patient rendent improbables toute coordination motrice lui permettant de s'alimenter. N'oublions pas qu'il est presque aveugle. C'est selon les soignants, « de la mauvaise volonté, il le fait exprès », tout comme il veut qu'on lui allume sa cigarette (en fume trois dans la journée).*

*Quand on ne « s'exécute pas », M.G s'agite, casse des bols mais peut-il faire autrement en raison de ses troubles moteurs, fait peur aux autres patients et au personnel en raison de sa carrure.*

*Pour juguler un tel comportement «insupportable », un traitement neuroleptique à des posologies de plus en plus fortes, a été instauré par son médecin sans autres effets que d'aggraver la situation clinique et institutionnelle du patient.*

*Ce fut très difficile d'aborder le conflit entre les soignants de la maison de retraite et le patient.*

*« Pour quelle raison M.G voulait-il qu'on s'occupe de lui ? ».C'était nouveau ses demandes de confort (?) alors qu'on a autre chose à faire : les changes, les toilettes, nourrir les « mamies », surveiller les « déambulateurs » préparer les repas...*

*De fait , les demandes du patient s'inscrivaient dans un nouveau contexte de dépendance mal supporté par les soignants qui l'avaient connu très autonome, c'est à dire les laissant tranquille.*

*« De toute façon, c'est un psy », « Ici, c'est que de la psy et la psy n'en veut pas ! », « avant , ceux là, on les collait en psy et on n'en parlait plus ».*

*Où est- il le bon temps de l'asile...L'établissement a longtemps fonctionné sur un mode asilaire qui persiste malgré les tentatives du chef de service de psychiatrie pour faire évoluer la situation. Là encore il s'agit d'un changement dans les modalités de prise en charge des patients qui vient bouleverser les habitudes.*

*De toute façon, « le bébert » est le chouchou de l'administration, il est protégé par G.B, « on ne peut rien dire ».*

*La situation de M.G n'est vraiment pas confortable dans cette maison.*

*Vivant dans cette institution depuis des temps ancestraux, dans une familiarité importante avec un personnel qu'il aurait pu faire « sauter sur ses genoux », sa perte d'autonomie n'est pas reconnue. Dès lors, il est rejeté comme un mauvais objet et il s'ensuit un certain nombre de pathologies en cascade sur un arrière fond de maltraitance par manque de respect, par négligence active et passives, abus de médicaments.*

*Personne ne voit rien et les diagnostics médicaux en sont même erronés, tant la pression de ceux qui observent les symptômes est forte sur les praticiens. Ainsi étaient rédigées en termes très diplomatiques les lettres de sorties :*

*Monsieur et Cher confrère,*

*Nous avons pris en hôpital de jour, M.G.A, que vous connaissez bien et qui présentait des manifestations d'agressivité ou d'impatience sur un fond mental pauvre.*

*Au cours des différents moments de sa prise en charge à temps partiel aucun symptôme particulier n'a pu être mis en évidence. Autant que cela lui est possible, M.G s'est montré charmant et le contact facile voire convivial.*

*Cette hospitalisation de jour est venue également scander le temps de l'institution qui l'héberge, de manière, à peut être en modifier les modalités de prise en charge.*

*Le traitement est actuellement modifié dans le sens de l'allègement en particulier pour les thérapeutiques neuroleptiques génératrices de troubles importants du transit (avec douleurs*

*suscitant des cris ,des hurlements), et de tremblements qui gênent le patient dans tous les actes quotidiens.*

*Restant disposé à vous transmettre toutes les informations qui vous apparaîtraient nécessaires, je vous prie de recevoir, Monsieur et Cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.*

*Commentaires :*

*Ce type de situation atteint exceptionnellement cette intensité. Cela nous paraît devoir être attribué à quelques facteurs propres à l'institution.*

*Dans cette maison de retraite, flambante neuve, confortable aux issues surveillées par caméra, ne se trouvent guère que des patients déments. Même si bon nombre d'entre eux sont en cure médicale, la qualification de l'établissement, avec les moyens qui lui sont alloués, ne correspondent pas à la nature de son activité.*

*Le personnel y est globalement sous qualifié. Dans l'établissement depuis longtemps, embauché sur des critères relevant plus de l'aménagement du territoire ou du clientélisme électoral que d'une ambition soignante ; peu arrivent à accéder, malgré beaucoup d'efforts, à une qualification convenable.*

*Il existe aussi un fort esprit de corps dans ces équipes, renforcé par l'impression, au mieux, de ne pas être entendu mais le plus souvent blâmé par les responsables administratifs.*

*Contraint à une logique productiviste d'actes mesurés en terme de charge de travail, par une administration tatillonne, l'écoute du patient ne figure pas au devant des priorités car non quantifiable, d'ailleurs « à quoi bon perdre son temps à parler avec des déments » comme disait un responsable.*

*L'absence de projet de vie dans l'institution ne fédère pas les énergies. Aucun cadre n'a pu mener d'action réelle pour essayer de faire bouger la situation.*

*A cela , il convient d'ajouter l'aspect confiné, forteresse avec des portes télécommandées, caméras de surveillance, de l'établissement. Il ne faut rien laisser échapper mais se prémunir de tout danger du dehors.*

*Cette impression est majorée par le recrutement quasi exclusivement local de l'institution .Tout reste en vase clos, après le travail, on se retrouve au marché. Ainsi, l'huître est refermée.*

## 2<sup>ÈME</sup> PARTIE LE REPERAGE DE LA MALTRAITANCE

### 2 - ENQUETES ET ETUDES

Le repérage de la maltraitance pose problème. Quelques enquêtes études et statistiques peuvent être mentionnées .

#### 2.1 LES ETUDES A L'ETRANGER

Des études ont été réalisées depuis 25 ans pour essayer de situer l'importance du phénomène et ses caractéristiques.

Une étude exhaustive des résultats de ces travaux est impossible, on peut néanmoins en retenir quelques uns.

Le select Committee and Aging (Commission permanente du Congrès aux Etats Unis) suggère qu'environ 1 à 2 millions de personnes âgées sont maltraitées aux USA.

L'étude de Boston réalisée par Pillemer en 1998 sur un échantillon aléatoire de 2000 personnes de plus de 65 ans montrait 2% de violence physique, 1% de violence verbale, 0.4% de négligences<sup>16</sup>.

Une seconde étude américaine citée par Brown rapporte que 5% des « seniors » vivant aux Etats Unis pourraient être victimes d'abus, ce qui affecterait 1.5 millions de personnes, principalement les plus âgées.

Une étude en Floride, Etat où les personnes âgées sont particulièrement nombreuses, réalisée sur la « Florida Abuse Hotline » recueillant les dénonciations anonymes sur un e période de 12 mois, recense 4% de mauvais traitements<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> PILLEMER K, FINKELHOR "The prevalence of elder abuse : a random sample survey" The Gerontologist 1998

<sup>17</sup> LETT JE "Abuse of elderly" J FLORIDA M.A 1995



La plupart des appels étant non fondés, l'auteur s'interroge, compte tenu des particularités de la population locale, sur l'écart entre les 780 situations d'abus signalés et le nombre estimé à 80.000 environ.

L'étude de Cleveland enquêtant sur l'aspect maltraitance lors de chaque admission à l'hôpital de patients « senior » aboutissait à des résultats comparables<sup>18</sup>.

Au Canada l'étude de Podnicks sur un échantillon de 2000 personnes âgées prises au hasard, situait les maltraitances à 4%<sup>19</sup>.

Une enquête australienne sur un secteur gériatrique réalisée sur une population de plus de 65 ans vivant au domicile, montre une prévalence de 4.6%.

En France on trouve différentes études, propres à certaines institutions ou réalisées localement.

## **2.2 ENQUETE APHP**

Ainsi une enquête a été réalisée sur l'examen et l'analyse de lettres de plaintes ou de réclamations archivées en 1995 et 1996 au siège de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, soit un échantillon non représentatif de 5500 plaintes ou réclamations transmises au siège de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.( sur 934200 admissions directes en 1995)L'institution APHP compte environ 10650 lits en services de soins de suite et de longue durée sur un total d'un peu moins de 30000 lits, 7.13% des plaintes concernent spécifiquement ces services.

Les conclusions de l'analyse globale des motifs de réclamation pour l'année 1996 relèvent que 11% des plaintes concernent les relations avec le personnel para-médical, 12% les vols et 33% les soins médicaux.

Les causes des plaintes le plus souvent évoquées

-Le manque de personnel : certains plaignants précisant qu'ils en sont arrivés à rémunérer un intervenant extérieur pour pallier ce manque.

---

<sup>18</sup> FOURNIER P, DESURMONT LENOIR "Sérvices à Vieillards" Revue de Gériatrie 1989

Ici comme ailleurs dans de nombreuses autres institutions, le manque de personnel est invoqué devant des insuffisances matérielles, mais encore parce qu'elle génère une insuffisance de contacts humains.

Les plaintes relatant des manipulations brusques de la part du personnel et des gênes occasionnées par des voisins déambulants ou agressifs, arrivent en deuxième position.

Viennent ensuite les chutes de malades, par défaut ou refus de convention ou manque de surveillance, l'insuffisance d'information et d'attention (amabilité, délai de réponse, rapidité dans l'exécution des gestes les défauts de mobilisation (trop ou pas assez).

Deux lettres font état de menaces de privation de nourriture et de visite, et deux autres d'un ensemble inclassables de mécontentements divers.

L'environnement hôtelier et l'entretien des locaux comme des matériels sont fréquemment une source de réclamation, mais sont accompagnés d'autres motifs (Pour répondre à des plaintes fréquentes concernant les vols d'objets personnels ou les pertes de prothèses, l'APHP a mis en place des procédures particulières.)

Un sentiment général se dégage dans les lettres, (le plus souvent écrites par un membre de la famille du patient hospitalisé) un mécontentement diffus non exempt d'agressivité.

Quelques lettres seulement relatent un fait précis et ou mettent directement en cause un membre du personnel.

Une lettre relate le suicide d'une personne âgée et l'impute à une mauvaise orientation (institutionnalisation obligée et non acceptée ) et à une mauvaise qualité de l'accueil et de la prise en charge.

L'analyse des plaintes a mis en évidence une insatisfaction de la qualité des relations entre le personnel et l'environnement du patient.

La prise en compte de la personnalité et des besoins particuliers des personnes âgées semble insuffisante, chacun souhaiterait que son parent âgé bénéficie de l'attention particulière du soignant et ne se sente pas disparaître dans une collectivité qu'en général il n'a pas choisie.

---

<sup>19</sup> PODNICKS E National survey of abuse of elderly in Canada.

## **2.3 ENQUETE MENE EN 1997 PAR LA COMMISSION « PROTECTION MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE DU CODERPA 57 »<sup>20</sup>**

Méthode :

Questionnaire élaboré par le professeur Hugonot et diffusé par le quotidien du Médecin en 1994.

Elle reflète les observations constatées en cas de maltraitance et d'éventuelles actions à entreprendre à partir d'un constat

Description :

2630 questionnaires diffusés entre novembre et décembre 1994 avec un retour fixé au 24 décembre.

Les questionnaires ont visé plusieurs professionnels de santé.

-300 ont été adressés aux assistantes sociales.

-180 aux maisons de retraite, unités de vie, etc.....

-950 aux infirmiers dont 200 en milieu hospitalier, et 750 en milieu libéral après des contacts personnels expliquant partiellement la plus forte proportion de réponses dans cette catégorie.

-150 aux secteurs d'action gérontologique, services à domicile...

-1050 aux médecins généralistes par l'intermédiaire du Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Moselle.

L'analyse des résultats de l'enquête appelle une certaine prudence.

Elle n'est pas fondée sur un échantillon représentatif de professionnels des champs de la santé, de l'action sociale ou gérontologique.

L'enquête n'a pas de réelles bases scientifiques puisque les faits de maltraitance observés n'ont pas fait l'objet d'un protocole standardisé et rigoureux mais sont le fruit d'opinions, de représentations des personnes enquêtées.

### **LES REPONSES**

Envoi de 2630 questionnaires et retour de 245 réponses soit un taux de réponse de 9.3%

---

<sup>20</sup> 2ème Colloque du CODERPA de la Moselle 19/01/1998

Un taux de réponse inégal en fonction des catégories professionnelles concernées.

Les infirmiers hospitaliers ont le plus souvent répondu à la sollicitation des promoteurs de l'enquête, plus d'un quart d'entre eux a renvoyé un questionnaire rempli.

Les médecins les plus nombreux à être contactés, sont les moins nombreux à y avoir répondu.

Les réponses obtenues sont donc fortement influencées par le point de vue des infirmiers.

## ANALYSE OBSERVATION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AGEES

Les violences psychologiques ou verbales constituent la forme de maltraitance la plus observée.

A la question avez vous observé chez les personnes âgées de votre connaissance les conséquences de :

-Violences psychologiques ou verbales on a un taux de 53.9%

-Négligences graves un taux de 43.3%

-Violences motivées par l'argent ou des biens un taux de 34.7%

-Violences physiques un taux de 24.9%

En fonction de l'appartenance professionnelle des répondants on relève des différences significatives :

-Les assistantes sociales répondent plus souvent que les autres professions qu'elles ont observé les conséquences de violences motivées par l'argent ou des biens.

-Les infirmiers hospitaliers observent davantage que les autres professionnels des conséquences de négligences graves.

## ECCHYMOSES ET EXCES DANS L'UTILISATION DE CALMANTS CARACTERISENT LES OBSERVATIONS SUR LES VIOLENCES PHYSIQUES.

Deux types de constat caractérisent les observations des conséquences des violences physiques : les ecchymoses et l'excès dans l'utilisation de calmants.

Sur les 61 personnes qui ont déclaré avoir observé des conséquences de violences physiques, 60 citent les ecchymoses ( soit 24.5% de l'ensemble des 245 répondants) et 51 les excès dans l'utilisation de calmants (20.8% de l'ensemble des réponses)

Les médecins observent plus souvent que les autres catégories de professionnels des cicatrices ou l'abus de calmants. Les personnels des maisons de retraite et ceux des services gérontologiques déclarent plus que d'autres, le constat d'abus de calmants.

A la question parmi les violences physiques avez vous constaté :

Des ecchymoses, l'excès dans l'utilisation de calmants, des cicatrices de blessures, 24.5% reconnaissent avoir constaté des ecchymoses, 20.8% l'excès dans l'utilisation de calmants, 5.7% seulement des cicatrices de blessures.

**VIOLENCES MORALES : IL S'AGIT LE PLUS SOUVENT DE PROPOS INJURIEUX ET / OU D'HUMILIATIONS.**

Les violences morales constatées par les personnes ayant répondu au questionnaire concernent le plus souvent des propos injurieux et/ ou des humiliations.

Deuxième type de violence morale constatée : les entrées forcées en institution ou les transferts forcés.

La catégorie «autres » regroupe différents comportements estimés par les répondants comme relevant des violences psychologiques :

Chantage affectif, absence de visites, interdiction de sortie, toilettes faites à la chaîne ( sur le modèle karchers).

A la question parmi les violences morales avez-vous constaté des propos injurieux des humiliations, des entrées ou des transfert forcés en institution, des menaces de rejet, de ligotage, un enfermement, 76.5% admettent avoir rencontré des propos injurieux ,56.8% des entrées forcées, 45.4% des menaces de rejet, de ligotage, un enfermement.

**VIOLENCES FINANCIERES : LES SPOLIATIONS D'ARGENT SONT LE PLUS CITEES**

Un tiers des réponses évoque les spoliations d'argent.

Les captations de biens sont citées par seulement un quart des personnes ayant répondu au questionnaire.

A la question parmi les violences financières avez vous constaté des spoliations d'argent, des captations de biens : 33.5% admettent avoir rencontré les spoliations d'argent, 24.9%des captations de biens.

## LE MANQUE D'HYGIENE : OBSERVATION LA PLUS FREQUENTE POUR QUALIFIER LES NEGLIGENCES

Parmi les négligences le manque d'hygiène est le plus souvent cité près de 54% de l'ensemble des répondants. Le manque d'aide aux repas et/ou à la marche est cité par un peu plus du tiers de l'ensemble des personnes ayant répondu.

Les médecins citent le plus souvent le manque d'aide à la marche. Les personnels des maisons de retraite font plus souvent référence au manque d'aide aux repas.

A la question parmi les négligences, avez vous constaté un manque d'hygiène, un manque d'aide aux repas, un manque d'aide à la marche, 53.9% admettent le manque d'hygiène, 34.3% le manque d'aide aux repas, 34.3% un manque d'aide à la marche.

## VIOLENCES PAR OMISSION : LA PRIVATION DE LIBERTE

La question des violences par omission a suscité moins de réponses que les autres, un peu plus du quart citent la privation de liberté.

A la question parmi les violences par omission avez vous constaté une privation de liberté, seulement 27.3% des répondants ont admis cette violence.

## LA MAJORITE DES OBSERVATIONS DE MALTRAITANCE SONT REALISEES AU DOMICILE DES PERSONNES AGEES.

7 sur 10 déclarent avoir constaté des maltraitances au domicile même des personnes âgées (49.4%).

Les assistantes sociales, médecins et infirmières libérales citent plus souvent le domicile. Par contre les services gériatriques, les personnels des maisons de retraite et les infirmières hospitalières parlent plus fréquemment des institutions comme lieu où ils ont observé des maltraitances.

A la question avez vous constaté ces maltraitances à domicile en institution 49.4% se prononcent pour le domicile, 22.4% pour l'institution.

LA FAMILLE DIRECTE EST LE PLUS SOUVENT CITEE COMME L'AUTEUR DES VIOLENCES REPEREES AU DOMICILE DES PERSONNES AGEES.

Pour les violences constatées au domicile des personnes âgées , c'est la famille directe qui est le plus souvent citée comme l'auteur de la maltraitance. L'entourage proche non familial et le personnel de service ou des soins sont évoqués avec des proportions quasi similaires, mais nettement inférieures à celle désignant la famille directe.

A la question à domicile avez vous pu déterminer l'auteur des violences, 86.1% des réponses mettent en avant la famille directe.

POUR LA MALTRAITANCE EN INSTITUTION C'EST LE PERSONNEL DE SOINS QUI EST LE PLUS SOUVENT CONSIDRE COMME L'AUTEUR DES VIOLENCES OBSERVEES

Pour les actes de maltraitance constatées en institution, c'est le personnel de soins qui est le plus souvent mis en cause.

Il faut toutefois relativiser cette donnée, car la proportion de personnes qui citent le personnel de soins comme auteur des violences en institution est nettement inférieure à celle qui désigne la famille pour les violences à domicile.

A la question en institution d' où provient la maltraitance ,24.5% répondent les personnels de soins, 19.22% le personnel de service.

LES COMPORTEMENTS ENVISAGES PAR LES PROFESSIONNELS EN CAS DE CONSTATTION D'UN CAS DE MALTRAITANCE

Le questionnaire interrogeait les différents professionnels sur les comportements qu'ils envisageaient d'adopter s'ils étaient en présence d'un cas de maltraitance à domicile.

Chaque question suggérait une série de comportements.

Les services sociaux apparaissent comme l'instance privilégiée à contacter et ceci quel que soit le type de violence constatée.

Le comportement majoritairement adopté, en cas de constat de violence faite à une personne âgée, est d'informer les services sociaux. Et cela autant pour les violences physiques que psychologiques ou financières.

Par contre, en fonction du type de maltraitance on observe une hiérarchisation différente des autres comportements adoptés souvent de manière concomitante.

Ainsi pour les violences physiques, les violences morales et les négligences, c'est l'hospitalisation de la personne âgée en mentionnant le problème qui est citée en seconde position. Pour les violences financières, c'est l'information des autorités judiciaires qui est citée en seconde position.

On relève que 28 à 16% des répondants envisagent de gérer seuls le problème avec l'entourage.

La fréquence des choix de ce modèle de comportement varie en fonction des types de violence :28.6% en cas de violence morale, 26.9% en cas de négligence, 19.2% en cas de violence physique et 15.9% en cas de violences financières.

Globalement

66.5% des réponses considèrent qu'il faut prévenir les services sociaux.

A la question que pensez vous faire, en cas de violence morale : 62% estiment qu'il convient de prévenir les services sociaux,

32.2% qu'il faut envisager une hospitalisation

28.6% qu'ils peuvent gérer le problème seuls avec l'entourage.

Selon les types de professionnels, on constate toutefois des différences significatives. Ainsi pour les violences physiques, les médecins citent proportionnellement plus souvent les services sociaux. Les assistantes sociales, pour leur part, ont une préférence plus marquée que les autres professionnels pour l'information des services de justice.

Les services gérontologiques se distinguent par le fait qu'ils citent plus fréquemment l'information de la police et des services judiciaires. Par contre, les infirmiers libéraux et hospitaliers se déclarent plus enclins à gérer seul le problème avec l'entourage.

En cas de violences morales, les infirmiers hospitaliers envisagent plus fréquemment de prévenir les services sociaux. Les médecins se distinguent des autres types professionnels en citant plus souvent le signalement à la DDASS et/ou aux services sociaux. Les infirmières libérales envisagent, plus souvent que les autres, de gérer seules le problème avec l'entourage. Par contre les assistantes sociales se montrent plus favorables que les autres pour un signalement en justice.

S'il y a constat de violence financière, les médecins se distinguent des autres types de professionnels par une préférence plus marquée par le fait de gérer seul le problème de



l'entourage. Les infirmières libérales optent, plus que les autres pour un signalement au maire, à la DDASS ou à la police. Les assistantes sociales et les personnels des maisons de retraite optent davantage que les autres pour un signalement aux autorités judiciaires.

En cas de négligences constatées auprès des personnes âgées, les médecins et les infirmières libérales se distinguent en citant fréquemment l'hospitalisation de la personne avec signalement et le fait de gérer seul le problème avec l'entourage. Les assistantes sociales se démarquent des autres professionnels par une plus forte proportion qui déclare opter pour un signalement aux services de justice.

Sept fois sur dix, le secret médical est considéré comme ne s'appliquant pas aux sévices et privations envers les personnes âgées.

Une très forte majorité des répondants (73%) s'accorde pour estimer que le secret médical ne s'applique pas aux sévices et privations envers les personnes âgées.

15% ont par contre une position nuancée en déclarant que cela dépend des cas. C'est notamment chez les assistantes sociales qu'on trouve le plus fréquemment cette réponse.

Cette position est le plus souvent justifiée par l'incertitude face à laquelle se trouve un professionnel lorsqu'il a une présomption de sévices à l'égard d'une personne âgée.

A la question à votre avis, le secret médical s'applique –t-il aux sévices et privations envers les personnes âgées, 73.1% répondent non, 15.1% cela dépend.

## CONCLUSION

Cette enquête n'avait pas pour objectif de mesurer l'importance de la maltraitance envers les personnes âgées dans la population mosellane.

Elle visait à apprécier la représentation du phénomène par les professionnels comment ils l'appréhendent et les comportements qu'ils adoptent s'ils étaient confrontés à une telle situation dans leur pratique quotidienne.

Les résultats apportent des informations utiles pour une perspective de mise en place éventuelle d'un dispositif de signalement et d'observation des maltraitements.

Elle montre que le regard porté sur cette question n'est pas identique d'un problème à l'autre.

En fonction de ses modalités d'exercice (à domicile ou en institution ) de la formation initiale, des pratiques elles mêmes, chaque type de profession peut avoir une perception différente d'un même phénomène et des réponses également différentes.

Un dispositif de la maltraitance doit pouvoir s'appuyer sur ces regards différents pour aborder le phénomène dans toute sa complexité.

## **2.4 -LES STATISTIQUES CONNUES RELATIVES A LA MALTRAITANCE**

Celles retenues émanent d'antennes locales de l'association ALMA.

### **2.4.1 -Présentation de l'association ALMA :**

Depuis les années 90 l'association ALMA-France « Allo maltraitance personnes âgées contribue à faire émerger les problèmes de maltraitance.

Créée en 1995 au sein de la commission « Droits et libertés des personnes âgées dépendantes » de la fondation de Gérontologie, ALMA a pour but de mettre en place sur le territoire national un réseau d'écoute de la maltraitance envers les personnes âgées .

Le fonctionnement de l' association :

Les antennes fonctionnent grâce à un groupe d'écouterants des bénévoles. Ceux ci ont bénéficié d'une formation par ALMA France à la connaissance de la maltraitance et à un type particulier d'écoute avec recueil de données.(prises de notes, recueil d'informations, ouverture d'un dossier type pour chaque situation suivie par l'antenne locale).

Le groupe d'écouterants est encadré par un groupe de référents constitués de professionnels de l'action et de l'information sociale gérontologique.

Les antennes bénéficient également du soutien d'un comité technique de pilotage qui rassemble des spécialistes (du droit, de la médecine gérontologique, psychiatrique et légale, de la justice, de la police) à titre d'exemple dans le département de Meurthe et Moselle le comité technique rassemble des avocats, des notaires, une psychologue, le procureur adjoint, un psychogériatre, un professeur de gériatrie, un médecin inspecteur de santé

publique, un membre de l'Hôtel de police. Ce comité se réunit périodiquement et donne son avis sur les orientations à donner à certains dossiers en cours.

Les dossiers ouverts sont modélisés et mentionnent des informations sur la personne âgée concernée les faits et le suivi.

Au cours de permanences téléphoniques auxquelles j'ai assisté auprès d'Alma 54 j'ai pu constater le soin apporté à la tenue et au suivi des dossiers.

#### **2.4.2 ALMA LORRAINE 54**

Dans un bilan établi pour le premier semestre 2000, l'association ALMA ventile ses 133 appels de la manière suivante :

- 90 appels pour maltraitance.
- 43 concernent le suivi des dossiers.
- 74 ont donné lieu à l'ouverture de dossier.
- 40 concernent des affaires en cours.
- 34 sont relatifs à des dossiers clôturés .
- 36 visent des demandes de renseignements.

Les maltraitements psychologiques arrivent en tête des statistiques avec 31% de l'ensemble des cas de maltraitance répertoriés,

les maltraitements financiers représentent 24% des chiffres

les maltraitements physiques 16%

les maltraitements relatives aux troubles de voisinage 14%

les maltraitements civiques 2%

les négligences actives 7%

les négligences passives 6%.

#### **2.4.3 -ALMA 57**

L'antenne ALMA 57 plus récente fournit des chiffres qui retiennent surtout la maltraitance psychologique et la négligence.

Elle relève que 53.33% des situations de maltraitance se situent au domicile et 33.3% en Institution.

Dans près de 20% des cas l'auteur de la maltraitance est le personnel de l'établissement.

## **2.5 LES PLAINTES RECUES DANS LES SERVICES**

### **2.5.1 Remarques générales**

Les plaintes reçues dans les services déconcentrées soulignent des situations de négligences, elles ont trait aux conditions d'hébergement , d'hygiène, à la prise en charge des résidants qu'il s'agisse des locaux, de l'attitude des personnels, de la nourriture, elles peuvent refléter les dysfonctionnements institutionnels.

### **2.5.2 Circuit des plaintes**

Au travers d'une observation faite dans le département de Meurthe et Moselle le circuit des plaintes est le suivant :

Les plaintes arrivant dans les services sont en principe toujours transmises à l'inspection de la santé et au service gérant les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Selon la nature de la plainte, négligence en matière de soins ayant eu des conséquences graves quant à la prise en charge de la personne ou conditions plus générales de prise en charge logement, hébergement, nourriture, attitudes du personnel, importance et qualité professionnelle du personnel, l'enquête sera menée par le médecin ou conjointement par le médecin et l'IASS ou parfois même par l'IASS seul.

Selon la gravité de la situation évoquée l'enquête sur place se fera plus ou moins rapidement.

Il convient de souligner que toute plainte soulevant un problème grave de maltraitance ( sévices, dysfonctionnement sévère, coups) sera traitée très rapidement et fera l'objet d'un rapport ou d'une note détaillée.

Le directeur de l'établissement devra fournir toutes les informations relatives au cas de maltraitance relevé.

L'ensemble des services concernés échangent leurs informations sur les établissements ou services concernés mis en cause dans une plainte.(IDS, EHPA, CG).

L'enquête des services vise à apprécier les conditions générales de fonctionnement de l'établissement, à faire cesser toute situation de maltraitance, à exiger du chef

d'établissement qu'il formule des observations écrites sur des dysfonctionnements constatés.

Le médecin qui a en charge les établissements d'hébergement de personnes âgées établit son propre tableau de suivi des plaintes, parallèlement le secrétariat de direction centralise l'ensemble des plaintes de la DDASS.

Mme E.P a confié que sur les 33 plaintes qu'elle avait relevé une seule était relative à des sévices, elle a donné lieu à enquête et à condamnation.

Selon l'intéressée le traitement des plaintes justifierait un temps plein de médecin.

La méthode appliquée

Toute enquête sur plainte donne lieu à une démarche auprès de l'établissement.

On sollicite l'avis de la direction sur le dossier.

On fait une réponse d'attente aux familles.

Il n'y a pas d'enquête systématique, mais une réponse d'attente aux familles, parfois un signalement direct au procureur.

Si le médecin reconnaît qu'il n'y a pas d'instruction systématique conjointe avec l'inspecteur il y a un échange de transmissions des courriers relatifs aux plaintes entre les deux services.

### **2.5.3 Analyse des plaintes enregistrées dans les services de novembre 1999 à septembre 2000**

Nombre total de plaintes : 26

Toutes les plaintes sont formalisées par un courrier.

Elles émanent quasiment toutes de parents proches : enfants, la plupart du temps il s'agit de la fille.

Deux plaintes évoquent des sévices, gifle, griffures.

Une plainte soulève des négligences graves dans la prise en charge et le suivi médical.

Les autres plaintes soulèvent des problèmes plus généraux de respect des règles d'hygiène, d'entretien des locaux, d'insuffisance de personnel, de qualité de nourriture, de délaissement.

Les structures concernées disposent pour l'essentiel de section de cure médicale et donc de personnels soignants professionnels.

S'il convient de prendre avec prudence les plaintes reçues dans les services, on peut considérer que la qualité, le projet de vie , les mentalités ont encore besoin d'évoluer pour entrer dans une démarche dynamique autorisant une amélioration de la prise en charge.

## **3<sup>ÈME</sup> PARTIE LES REPONSES APORTEES PAR L'ETAT AU PHENOMENE**

### **3 - LA PROTECTION DES DROITS ET LIBERTES DES PERSONNES AGEES<sup>21</sup>**

#### **3.1 AU REGARD DU DROIT CIVIL**

Aux termes de l'article 488 du Code Civil est protégé par la loi soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts.

Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, différents régimes de protection peuvent être mis en place dans l'intérêt du majeur, personne vulnérable.

##### **3.1.1 Les régimes de protection en faveur des personnes vulnérables majeures**

Aux termes de l'article 490 du Code de procédure civile, lorsque les facultés mentales ou corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus par la loi étant précisé que l'altération des facultés corporelles ou mentales doit être constatée médicalement.

Le juge des tutelles saisi peut ordonner suivant l'état de la personne vulnérable à protéger une sauvegarde de justice prévue par l'article 491 du Code Civil lorsque la personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile.

---

<sup>21</sup> Myriam QUEMENER Magistrat "La loi des personnes vulnérables" ADSP juin 2000

Lorsqu'un majeur, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile, il peut aux termes de l'article 508 du Code Civil être placé sous régime de curatelle.

Quand le majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile, le juge des tutelles peut mettre le majeur sous le régime de la tutelle.

## **3.2 LA PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES EN DROIT PÉNAL**

Les personnes dont la particulière vulnérabilité est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse entrent dans cette catégorie aux termes de l'article 222-3 2<sup>e</sup> du Code Pénal.

Le droit pénal a intégré la personne vulnérable et plus généralement la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction.

### **3.2.1 La vulnérabilité des victimes érigée en circonstance aggravante**

Le fait de commettre des crimes ou délits sur une personne particulièrement vulnérable a pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur.

Ainsi en matière criminelle, le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et non de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il est commis notamment sur un mineur de quinze ans, sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de son auteur (article 221-4 du Code Pénal).

Il en est de même pour les actes de torture et de barbarie ( article 222-3 du Code pénal), les coups mortels ( article 222-8 du Code pénal) les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ( article 222-10 du Code pénal) le viol ( article 22-24 du Code pénal) punis respectivement de vingt ans de réclusion criminelle pour les deux premiers crimes et de quinze ans de réclusion criminelle pour les violences aggravées.

En matière délictuelle, les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies non pas de trois ans d'emprisonnement et de 300000 francs d'amende lorsqu'elles sont commises sur des personnes vulnérables mais de cinq ans et de



500000 francs d'amende. L'aggravation des peines s'applique en outre aux faits d'agressions sexuelles.

Ces faits sont également aggravés lorsque l'auteur est le conjoint ou le concubin de la victime, le législateur prenant ainsi en compte la situation de la victime qui peut faire l'objet de pressions psychologiques et être dépendante de l'auteur des faits.

### **3.2.2 La vulnérabilité des victimes constitutive de délits spécifiques**

Le législateur a érigé des faits de nature contraventionnelle en délit lorsque les faits ont été commis sur une personne vulnérable ou sur un mineur de quinze ans.

Tel est le cas des faits de violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail qui sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 300000 francs d'amende ( article 222-13 6è).

Le législateur prend désormais en compte la situation de dépendance économique et psychologique pouvant exister entre la victime et l'auteur, tel le cas des conjoints ou concubins, étant précisé que les conséquences juridiques sont identiques à celles des faits commis sur les personnes vulnérables stricto sensu.

Ainsi, les violences volontaires contraventionnelles commises par un auteur qui est le conjoint ou le concubin de la victime constituent désormais un délit.

D'autres délits spécifiques peuvent être cités, tel que le fait d'obtenir d'une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, la fourniture de services non rétribués ou en échange d'une rétribution manifestement sans rapport avec l'importance du travail accompli est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500000 francs d'amende ( article 225-13 du Code pénal). De même, le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500000 francs d'amende ( article 225-14 du Code pénal).

Le législateur, afin de protéger les personnes vulnérables, a également créé le délit spécifique d'abus d'ignorance ou de faiblesse. Aux termes de l'article 313-4 du Code pénal, l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, pour obliger ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 2500000 francs d'amende. Cet article notamment s'applique aux personnes âgées.

Le législateur entend protéger les incapables majeurs vulnérables et affirmer une politique répressive face aux actes de violence sur les personnes vulnérables.

## **4 - L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE DANS LES INSTITUTIONS**

C'est le rôle de l'Etat de sanctionner des faits répréhensibles au travers d'une politique pénale répressive mais dans le domaine social et dans celui de la santé il convient également de répondre aux problèmes en envisageant d'autres formes d'actions.

### **4.1 LA DÉMARCHE QUALITÉ DE LA LOI PORTANT RÉFORME DE LA TARIFICATION**

Le dispositif de la loi du 24 01 1997 sur la PSD prévoyant une réforme de l'allocation des ressources aux établissements accueillant des personnes âgées s'accompagne d'une démarche qualité.

Elle définit des critères de qualité et permet au public d'avoir une connaissance du niveau de qualité atteint dans l'établissement.

L'arrêté du 26 avril 1999 détermine le contenu d'un cahier des charges prévu lors de la conclusion des conventions tripartites (Etablissement, Etat, Conseil Général).

#### **4.1.1 Un cahier des charges exhaustif**

Le contenu du cahier des charges représente réellement le volet qualité de la réforme.

Les établissements s'engagent à offrir une véritable qualité de vie aux résidents ( au travers de la qualité des espaces privés et collectifs, à la mise en place d'un projet institutionnel).

Ils doivent s'engager dans une démarche favorisant les relations avec les familles et les proches aux différentes étapes qui procèdent de l'entrée en institution, avant l'arrivée en institution, pendant le séjour, ou au moment de la fin de vie.

Le cahier des charges vise aussi la qualité des personnels exerçant dans l'établissement ( rôle et qualification du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmière et des différents professionnels de l'établissement).

Il met l'accent sur la qualité des soins dispensés.

Il encourage l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

Cette nouvelle logique dans les établissements s'appuie sur un outil d'auto évaluation élaboré par les services du Ministère et les professionnels concernés qui permet d'établir un bilan points forts points faibles de l'établissement.

#### **4.1.2 La grille d'auto-évaluation un outil**

Cette grille d'auto-évaluation aborde les thèmes essentiels tels que :

les attentes et satisfactions des résidents et familles ( les conditions d'accueil et d'admission, les droits et libertés, la restauration, la vie sociale),

les besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées ( maintien de l'autonomie, organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie, le personnel), l'établissement et son environnement ( ouverture sur l'extérieur, réseau gérontologique et soins coordonnés, respect de la législation, sécurité et maintenance, projet institutionnel), démarche qualité.

La convention précisera les objectifs à atteindre et les moyens alloués en regard.

La réforme doit permettre de mettre en adéquation les moyens et les prestations offertes par les établissements sur la base d'un dialogue entre les partenaires.

## **4.2 LA RÉNOVATION DE LA LOI SUR LES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES<sup>22</sup>**

Les dispositions relatives au droit des usagers constituent un axe fort de cette loi, une des principales orientations, consistent en l'affirmation et la promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage par la définition des droits fondamentaux des personnes, notamment libre choix, respect de la dignité, de l'intimité.....

---

<sup>22</sup> Joëlle VOISIN Direction de l'Action Sociale

La mise en œuvre des droits fondamentaux s'accompagne de la charte de la personne accueillie, du règlement intérieur, d'un contrat ou d'un document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge, du projet d'établissement, de conseils d'établissements rénovés, du recours possible à un médiateur.

## **5 - LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE**

### **5.1 L'ACTION DES SERVICES**

Le contrôle des institutions est inscrit dans les missions habituelles des services afin de garantir la sécurité des citoyens face dérapages, aux insuffisances institutionnelles<sup>23</sup>.

Un suivi nécessaire car les personnes accueillies sont peu à même d'assurer leur protection.

Le champ du contrôle de l'administration a un objet budgétaire et de planification mais il convient également qu'il porte sur la qualité de la prise en charge des personnes hébergées.

Une analyse globale de la place de l'individu dans l'institution doit être mise en œuvre.

S'attacher aux éléments relatifs à l'accueil lors de l'entrée en Institution, aux relations avec les familles, à la prise en charge médicale et au suivi ( à titre d'exemple le nombre de professionnels différents intervenants dans une structure, le fonctionnement du suivi médical, dossier médical, dossier infirmier, consommation médicamenteuse, suivi nutritionnel des résidents) l'organisation institutionnelle, les horaires des levers , couchers, l'organisation du travail, l'absentéisme.

Ce qui signifie que l'analyse qualitative d'une institution doit se faire par une équipe administrative pluridisciplinaire regroupant cadre administratif, médecin, pharmacien, représentant du Conseil Général , de la CRAM.

On peut imaginer qu'une telle démarche soit systématiquement engagée après plainte sérieuse ayant entraînée des conséquences pour un résident. Elle devrait également relever

---

<sup>23</sup> Michèle CREOFF ADSP juin 2000

de l'action habituelle des services et être l'un des aspects du dialogue engagé avec les établissements.

Elle pourrait s'inscrire dans le cadre d'une statistique nationale permettant de recueillir des éléments qualitatifs actualisés sur les établissements accueillant des personnes âgées.

L'absence de toute enquête officielle des services interdit l'avancée du débat.

En effet la maltraitance en tant que telle n'est pas repérée seules les plaintes sont prises en compte.

La volonté de certaines instances de jouer un rôle plus actif pourrait être mis à profit dans une démarche de sensibilisation sur le sujet.

## **5.2 LA RECHERCHE D'OUTILS**

L'adoption d'un guide de traitement des plaintes avec la mise en œuvre d'un véritable dossier de recueil des plaintes répertoriant les informations essentielles sur le plaignant, la structure dans laquelle se situe les difficultés, les suites réservées éventuellement les actions à court et à long terme me paraît essentiel pour que les enquêtes réalisées par les services sortent d'un traitement en urgence d'une situation grave et qu'ils puissent devenir les acteurs d'une véritable politique qui s'inscrit dans une continuité.

## **5.3 DES POLITIQUES DE FORMATION PLUS ORIENTÉES EN GÉRIATRIE ET EN GÉRONTOLOGIE**

La formation professionnelle continue organisée dans le cadre de plans de formation, ouverts à l'ensemble des catégories est un gage de volonté de l'établissement de conforter une prise en charge professionnelle des résidents.

Réorganiser la formation initiale en renforçant les modules consacrés à la gériatrie définie comme la médecine de la vieillesse, l'ensemble de moyens préconisés pour retarder l'apparition de la sénilité y inclure des connaissances en gérontologie, l'étude de la vieillesse et des phénomènes de vieillissement sous leurs divers aspects, morphologiques, psychologiques et sociaux.

Dans un entretien accordé par un enseignant de l'IFSI de BRIEY M.C. celui ci reconnaît que la question de la maltraitance ou des maltraitances n'est sans doute pas assez abordée en formation.

En ce qui le concerne, le thème de la maltraitance est traité au travers d'un dossier de presse composé d'extraits d'articles de journaux chroniques, revues professionnelles et qui font ensuite l'objet de travaux en groupe sous l'encadrement de l'enseignant.

M .C. reconnaît manquer de temps pour réellement pouvoir ouvrir des débats autour de tables rondes avec des intervenants extérieurs comme des membres de l'association ALMA, ou des gériatres...

A la question arrive –t-il que certains élèves aient assisté à des scènes de maltraitance, il précise que la question ne se pose en ces termes, qu'aucun élève n'est venu soulever une telle situation mais qu'ils ont tous été témoins de maltraitements psychologiques, de type irrespect, tutoiement, infantilisation.

En situation professionnelle, l'importance accordée à la mise en œuvre de temps de paroles, réunions, synthèses associant les équipes soignantes et le médecin apparaît également déterminant dans la construction d'actions de prévention de la maltraitance .

Les actions de prévention de la maltraitance doivent également intégrer le développement de la démarche de soins, le travail en réseaux.

#### **5.4 CHANGER LES REPRESENTATIONS DE LA VIEILLESSE**

Doit-on avec FREUD retenir qu'il faut de la bonté et de l'humour pour supporter l'horreur de la vieillesse.

Bon nombre de représentations de la vieillesse sont construites autour de préjugés et d'idées fausses, admises comme des évidences, il est nécessaire de proposer aux soignants et au public des réflexions, des propositions nouvelles.

On pourra citer Pierre Guillet, membre du Haut Comité de la santé publique médecin humaniste pour qui « tout être humain vit sous influence, il se construit au milieu des autres humains, de ce que les autres attendent de lui et voient de lui.

Quelle image peut-on, dans ce contexte, se faire de sa propre vieillesse, si l'on ne voit dans le regard des autres que ce qui va mal ».

Il ne s'agit pas seulement de préconiser des formes de soutien aux personnes âgées handicapées, mais également de faire évoluer l'image de la vieillesse.

Notamment en combattant certaines idées fausses telles que :

« Le nombre d'individus très âgés va augmenter et nous serons plus nombreux à atteindre le grand âge : ce monde de vieux fait peur. »

C'est vrai, mais cela est dû en partie à la baisse de la mortalité en bas âge, et les gens âgés de demain ne seront en rien comparables à ceux d'hier.

« Le nombre de gens âgés dépendants va croissant, et particulièrement les démences d'Alzheimer qu'il nous faudra prendre en charge ce qui nous inquiète. »

C'est vrai, mais les chiffres avancés sont exagérés et ne tiennent pas compte d'une meilleure prévention, possible dès aujourd'hui de la dépendance. »

« La charge financière des pensions des retraites et des soins va devenir insupportable à partir de 2015. »

C'est vrai, si l'on projette sur demain la situation comptable d'aujourd'hui. C'est faux si l'on, est capable d'imaginer, dès maintenant, d'autres scénarios qui touchent :

-l'enseignement, avec une formation à des apprentissages quel que soit l'âge.

-l'emploi avec de nouvelles activités à inventer.

-la santé publique avec une notion de la prévention capable de préserver le maximum d'autonomie à chaque individu, quelles que soient ses fragilités.

En dehors des dispositions légales et des réformes en cours il convient également d'évoquer le rapport « Vieillir en France » de Mme GUINCHARD- KUNSTLER.

## **5.5 LES PISTES EVOQUEES DANS LE RAPPORT « VIEILLIR EN FRANCE »**

Dans un rapport remis au Premier Ministre Mme Guinchard Kunstler après avoir appréhendé les problèmes de la prise en charge des personnes âgées, du soutien aux familles, aux soignants formule des propositions pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie.

Elle formule des propositions pour organiser l'hébergement.

Celles ci visent l'adaptation de l'hébergement collectif aux personnes souffrant de maladies dégénératives, psychiatriques ou de troubles du comportement.

L'organisation de l'hébergement en petites unités de vie, la garantie pour les établissements de normes de sécurité adaptées.

L'amélioration des conditions de travail des familles d'accueil.

Il porte aussi sur l'amélioration des réponses hospitalières et préconise de doter les services hospitaliers d'équipes mobiles de gériatrie, de développer les hôpitaux de jour, de renforcer la présence de professionnels du secteur social aux côtés des professions médicales dans les services de gériatrie.

Il insiste encore sur la professionnalisation de la prise en charge qui passe par la diversification des métiers, la formation des professionnels présents « au quotidien » auprès des personnes âgées, l'encadrement des intervenants auprès de la personne âgée dépendante, le renforcement du niveau de qualification des directeurs d'établissements sociaux et médico sociaux et d'un enseignement de la gériatrie, la création de postes de PUHP en gériatrie et de maitres de conférences en gériatrie et biologie du vieillissement.



## CONCLUSION

La réalité du phénomène de la maltraitance ne peut pas être niée, sa mesure reste difficile à prendre, elle fait toutefois l'objet d'études et de suivi statistiques.

Grâce au développement des antennes locales d'ALMA des chiffres peuvent être connus ils ne reflètent que la partie émergente d'un problème qui reste le plus souvent du domaine du non dit.

La sensibilisation aux problèmes des personnes âgées devient de plus en plus l'affaire des politiques de santé.

Les programmes de recherche en matière de traitement de la maladie d'Alzheimer permettent d'espérer des progrès dans ce domaine.

La qualité de la prise en charge des personnes dépendantes, le développement des alternatives à l'hospitalisation l'encouragement de l'HAD, les services de soins à domicile sont des priorités.

La mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées exigent l'implication des services.

Le traitement de situations dans l'urgence peut faire apparaître des dysfonctionnements signalés directement par des membres de la famille des résidents ou par l'intermédiaires de membres d'association ou les membres d'un réseau.

La réaction des services peut être pénale, les textes en cette matière sont clairs.

Elle peut s'orienter dans une mission d'enquête permettant une meilleure analyse de la situation et des difficultés auxquelles in faudra remédier.

Le développement d'interventions plus systématiques dans les établissements marquant une présence plus soutenue dans les établissements va dans le même sens.

La démarche de qualité qui accompagne la réforme de la tarification, devrait générer une amélioration sensible des situations de certains établissements.

Le développement de la gériatrie et l'apport des gériatres dans l'élaboration de projets médicaux, devraient permettre de construire de véritables projets d'établissement offrant des projets de vie aux personnes accueillies en institution.

Un suivi régulier des engagements des établissements devrait initier des relations permettant d'améliorer la situation des résidents et favoriser un fonctionnement pour tous les acteurs concernés.

## BIBLIOGRAPHIE

### **-OUVRAGES**

R. HUGONOT : "La vieillesse maltraitée" Dunod Paris 1998.

R. HUGONOT : "Violences contre les vieux" ERES Paris 1990

M.CROZIER : "L'acteur et le Système" 1977

A. BOUDARD : "L'hôpital" Edition La Table Ronde 1972.

E. GOFFMAN : "Asiles" Paris Les Editions de Minuit 1994.

M.FOUCAULT : "Surveiller et punir" Paris Edition Gallimard.

Y.MICHAUT : "La violence " Que sais je 1992.

### **-REVUES, FASCICULES**

ALMA : A l'écoute des personnes âgées maltraitées, fascicule de présentation de l'association ALLO MALTRAITANCE Grenoble 1998.

CODERPA : La maltraitance à personnes âgées, numéro spécial Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées de la Haute Marne 1999.

ADSP : Dossier Maltraitements Juin 2000.

## **-MEMOIRES**

Doct B BOUVEL : "A PROPOS DE QUELQUES CAS CLINIQUES DE MALTRAITANCE AUX PERSONNES AGEES"

Mémoire pour la capacité en Gériatrie, Université de Nancy I, Faculté de Médecine. 1998/1999.

Richard-Pierre WILLIAMSON : "MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES A DOMICILE

COMMENT LES REPRESENTATIONS ET LA FORMATION INFLUENCENT-ELLES LES REPONSES DES SOIGNANTS"

Diplôme Universitaire de Gériatrie Sociale, Université de Nantes 1999.

V. MARIN LA MESLEE : "REDUIRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AGEES INSTITUTIONNALISEES DES ELEMENTS DE COMPREHENSION ET D'ACTION POUR L'INFIRMIERE GENERALE"

Mémoire Infirmière Générale 1997.

## **ACTES DE COLLOQUES**

"LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AGEES"

2ème Colloque du CODERPA de la Moselle 19/01/1998.

"MAL TRAITES ET MAL TRAITANTS EN INSTITUTIONS GERONTOLOGIQUES"

2ème Journée d'études d'ALMA 10/02/2000.