



ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

IRTS – RENNES

**LA PREVENTION DES COMPORTEMENTS MALTRAITANTS DANS
L'AIDE ET LE SOIN A DOMICILE DES PERSONNES
AGEES DEPENDANTES**

DONNIO Isabelle

SOMMAIRE

| | page |
|---|------|
| Introduction | 1 |
| 1ère Partie : La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile | 3 |
| A 1 La dépendance une notion complexe | 3 |
| A - 1 - 1 - La dépendance : difficulté de définition | 3 |
| A - 1 - 2 - Des notions en interaction : handicap, incapacité, dépendance | 4 |
| A 2 La vieillesse et ses différentes conceptions et représentations | |
| A - 2 - 1 - Contexte démographique | 5 |
| A - 2 - 2 - Regards sur la personne âgée et la dépendance | 6 |
| A - 2 - 3 - L'évolution des politiques sociales dans la prise en charge des personnes âgées. Du rapport Laroque à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie : 30 ans de politique vieillesse | 7 |
| • Le rapport Laroque : première réflexion sur le problème des vieux | 7 |
| • L'héritage du rapport Laroque | 8 |
| • Aujourd'hui la loi PSD, le rapport Guinchard-Kunstler, le rapport Sueur et la circulaire CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique) | 9 |
| A 3 Les aidants dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à Domicile | 10 |
| A - 3 - 1 - L'aide à la dépendance : une affaire professionnels, le service de soins | 10 |
| • Données générales | 11 |
| Les missions des services de soins à domicile et le cadre réglementaire | 11 |
| Le fonctionnement et ses conditions | 11 |
| L'évolution des services de soins à domicile | 11 |
| • Données locales | 12 |
| Le personnel | 13 |
| L'évolution du service ASPANORD | 13 |
| Les objectifs prioritaires | 14 |
| Une pratique et des valeurs au service d'une politique associative | 15 |
| A - 3 - 2 - L'aide à la dépendance : une affaire de famille et une affaire de femmes | 16 |
| • Les solidarités familiales au cœur de l'aide à domicile | 16 |
| • Un élément central : le lien familial et intergénérationnel | 16 |
| A 4 Quand aider devient épuisant | 18 |
| A - 4 - 1 - L'épuisement des familles | 18 |
| A - 4 - 2 - L'épuisement des professionnels | 19 |
| A - 4 - 3 - Les faits interrogateurs dans le service de soins : un problème de direction | 21 |

| | |
|---|----|
| et un problème éthique | |
| • Une observation de situations problème à domicile | 21 |
| • Une préoccupation partagée par les professionnels du secteur | 23 |
| • Une réflexion nécessaire | 26 |
| A - 4 - 4 - Une articulation avec les acteurs du réseau gérontologique | 26 |
| | |
| <i>2ème partie : Les maltraitances et les violences : l'émergence d'un problème gérontologique</i> | 28 |
| | |
| B 1 Définir pour connaître et comprendre | 28 |
| | |
| B - 1- 1 - Définitions générales préalables | 28 |
| L'agressivité | 28 |
| La violence | 29 |
| Une différenciation nécessaire trop souvent négligée | 31 |
| La maltraitance | 31 |
| La négligence | 32 |
| L'abus | 32 |
| | |
| B - 1-2 - De quoi parle-t-on dans le champ gérontologique ? | 33 |
| • Une classification internationale | 33 |
| • Une articulation des concepts et catégorisations pour apporter des pistes de réponse au problème | 34 |
| | |
| B 2 Premières études et éléments épidémiologiques | 35 |
| | |
| B - 2 - 1 - La création d'un réseau d'écoute et de recueil des plaintes : ALMA | 35 |
| Le fonctionnement du réseau ALMA | 35 |
| L'anonymat et la confidentialité | 36 |
| Evaluation de l'écoute | 36 |
| Le recueil de la plainte | 36 |
| Analyse du traitement des appels | 36 |
| L'instruction du dossier | 36 |
| Vers un dispositif de prévention | 36 |
| | |
| B - 2 - 2 - Synthèse des formes de maltraitance des personnes âgées | 37 |
| • Données générales | 37 |
| • Données locales | 37 |
| | |
| B 3 Des analyses pour orienter des actions | 38 |
| | |
| B - 3 - 1 - L'analyse d'ALMA : des facteurs de risque repérés à domicile et en institution | 38 |
| B - 3 - 2 - L'analyse à partir du SSIAD : essai de repérage des déterminants des situations violentes | 39 |
| • Plus que la dépendance : une interdépendance des protagonistes | 39 |

| | |
|--|-----------|
| • Des pathologies aux conséquences lourdes et particulières | 39 |
| • Des troubles du comportement incompréhensibles et heurtants | 40 |
| • La confrontation à la décrépitude et à la mort | 40 |
| • Des situations d'isolement | 40 |
| • Une circularité largement repérée | 40 |
| • Des histoires de vie complexes | 40 |
| • L'usure et l'épuisement de l'aidant | 40 |
| • Le caractère sélectif des actants ou la question de la professionnalité | 41 |
| • Le facteur temps | 41 |
| • La crise | 41 |
| | |
| B - 3 - 3 - Recherche sur la clinique de la maltraitance dans le cadre des soins à domicile | 41 |
| • L'approche clinique au domicile | 42 |
| • Les limites du recueil téléphonique de la plainte | 42 |
| • Le domicile et l'hôpital : deux lieux de formation de la connaissance clinique | 42 |
| • La réflexion avec des tiers extérieurs et la production d'hypothèses | 43 |
| • La notion d'alternative | 44 |
| • Un exemple de cas clinique | 44 |
| | |
| B - 3 - 4 - Une analyse à partir de la clinique du lien | 46 |
| | |
| <i>3ème partie : La mise en place de dispositifs de protection en SSIAD : un enjeu de direction</i> | 48 |
| | |
| C 1 Une notion de responsabilité articulée au projet service | 48 |
| | |
| C - 1 - 1 - La protection juridique : entre outil juridique et outil thérapeutique | 48 |
| Prévenir la maltraitance | 49 |
| - Au plan individuel | 49 |
| - Au plan institutionnel | 50 |
| - Maintenir une indépendance réelle | 50 |
| - Au plan individuel | 50 |
| - Au plan institutionnel | 50 |
| La répression de la maltraitance | 51 |
| - La dimension individuelle de la répression | 51 |
| - La dimension institutionnelle de la répression | 51 |
| • La maltraitance dénoncée | 52 |
| | |
| C - 1 - 2 - L'articulation du respect des droits de la personne et de la responsabilité de directeur | 52 |
| • Le droit au risque, un aspect du droit au respect de la dignité des personnes âgées | 53 |
| - Le respect des droits de la personne | 53 |
| - L'exigence du recueil du consentement | 54 |
| • Les limites de ce droit au risque pour la personne âgée | 55 |
| - La protection de la personne elle-même ou d'autrui | 55 |

| | |
|--|----|
| - L'impossible recueil du consentement | 55 |
| C - 1 - 3 - Vers une autre manière de penser la protection des personnes vulnérables | 57 |
| C 2 La question des violences et maltraitances intégrée à la réflexion sur la coordination gérontologique | 58 |
| C - 2 - 1 - La coordination : essai de définition préalable | 58 |
| C - 2 - 2 - Maltraitance et coordination gérontologique : une ambiguïté à lever | 59 |
| • Une politique au plus près des personnes | 59 |
| • Une politique de prévention tournée vers les institutions | 60 |
| C 3 Les orientations de management | 61 |
| C - 3 - 1 - Une politique de formation | 61 |
| • En interne : une commande de formation spécifique dans une démarche de projet | 61 |
| • La démarche de projet | 62 |
| • Un travail collectif d'élaboration et d'appropriation | 63 |
| • Le choix d'une démarche accompagnée | 63 |
| • Le choix d'une formation, d'un organisme | 64 |
| • En externe : la formation des acteurs du réseau | 65 |
| C - 3 - 2 - Une politique d'accompagnement et de soutien | 66 |
| • Vers un dispositif d'accompagnement psychologique : pourquoi et comment | |
| • accompagner les aidants dans leur rôle d'aidant | 67 |
| - Accompagner les familles | 67 |
| - Accompagner les professionnels | 69 |
| • La bientraitance : des principes aux pratiques | 70 |
| C - 3 - 3 - Une politique de coordination articulée à l'évolution du cadre réglementaire | 72 |
| • Le CODEM : première opportunité | 72 |
| • Le CLIC : un complément opérationnel du CODEM | 74 |
| • Vers un protocole proposé aux partenaires | 76 |
| C - 3 - 4 - Un fil conducteur pour interrompre la circularité repérée : la notion d'alternative | 78 |
| Conclusion | 79 |
| Bibliographie | |
| Annexes | |
| Liste des sigles | |

INTRODUCTION

Le Courrier International titrait son numéro de février 1999 : « 2020 : Bienvenue sur la planète des vieux ! »

C'est dire l'importance du phénomène, unique dans l'histoire de l'humanité : jamais les personnes âgées n'ont été aussi nombreuses à vivre aussi longtemps, en particulier dans les pays de l'hémisphère Nord. Cette nouveauté démographique a des répercussions politiques, sociales, économiques, humaines ...et chacun d'entre nous se sent nécessairement concerné à un moment ou un autre, le plus souvent de manière brutale, voire dramatique, quand les choses vont mal pour un de nos proches. La vieillesse atteint tout le monde mais nous sommes inégaux face à ce qu'elle produit. Au delà des images positives de la vieillesse représentées par des personnages comme Jeanne Calment et sa longévité surprenante, ou comme Théodore Monod, infatigable marcheur et écrivain-chercheur incarnant une certaine forme de sagesse, nous avons le plus souvent une représentation négative de la vieillesse avec les spectres de la maladie d'Alzheimer, de la dépendance et des pertes. Aujourd'hui les médias ajoutent à ce tableau celui des abus et maltraitements des personnes âgées.

En tant que directrice d'un service de soins à domicile pour personnes âgées, j'ai commencé à m'intéresser à la maltraitance lorsqu'en 1993 j'ai été témoin d'une situation flagrante de mauvais traitement et absence de soins à une personne âgée de 84 ans, vivant chez sa fille adoptive.

Ce fut l'occasion d'une réflexion avec les soignants qui s'en occupaient, y compris son médecin traitant, de questionnements pour toute l'équipe face au sentiment de gêne généré par la situation dont nous étions témoins. La discussion qui suivit le décès de cette dame à son domicile déclencha une recherche de sens, de compréhension afin d'adopter une position réfléchie et des décisions concertées, pour les cas ultérieurs.

Alors, existe-t-il aujourd'hui plus de situations intolérables pour les familles, notamment en raison de l'allongement de la vie et de ses conséquences ?

Et les professionnels travaillant auprès des vieillards qui vivent des expériences tout autant douloureuses portent-ils enfin un regard nouveau sur des situations qui jusqu'à présent les laissent pour le moins quasi-indifférents ?

Le contexte d'aide et de soin à domicile au cours de la prise en charge de la dépendance de sujets âgés peut générer des effets d'usure et d'émoussement de la tolérance de la part des aidants, aidants dits naturels ou familiaux et aidants professionnels, et produire des comportements inadaptés.

Le problème des maltraitements dans le travail auprès des personnes âgées est apparu en France à partir des interventions et travaux du Professeur Hugonot , gériatre grenoblois, dans les années 95. Nous assistons à une véritable émergence d'un problème gérontologique par le biais de la médiatisation de cette question. C'est aujourd'hui une préoccupation nationale confirmée par le nombre important de colloques et le foisonnement d'études en cours autant que par les articles de presse où les reportages télévisés aux heures de grande audience. Les pouvoirs publics ont intégré la prise en compte de ce problème avec le Rapport de Mme Guinchard-Kunstler. Ils encouragent la mise en œuvre de dispositifs de lutte et de prévention en créant en septembre 2000 un bureau « Protection des personnes » au sein de la sous-direction des « Ages de la vie » à la Direction Générale de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Mais l'utilisation massive des termes de maltraitance, violence, abus par les spécialistes comme par les néophytes pourrait bien avoir des conséquences sur les personnes âgées et leur entourage et sur le travail médico-social auprès de ceux-ci.

La violence existait autrefois autant qu'aujourd'hui . Mais aujourd'hui elle est médiatisée et contribue à la production d'un traitement social. C'est la perception de cette violence qui est différente. Le même acte qui autrefois n'était peut-être pas perçu comme une violence ou comme une maltraitance, l'est désormais. C'est le résultat d'un changement des valeurs d'appréciation.

Par ailleurs, n'y a-t-il pas une forme de violence des institutions vis à vis des familles dans les exigences que nous leur imposons parfois ? Prenons nous suffisamment en compte le désarroi de ces familles ? Si cette problématique est apparue dans le champ de la gérontologie, n'est-ce pas parce que cela nous est devenu insupportable ?

Après être passée par la phase d'interrogation à partir de ce premier cas, la consultation des travaux et éléments bibliographiques disponibles a constitué une étape intermédiaire pour mettre en place une méthodologie de recueil de données pour les cas qui interrogent les professionnels de l'aide et du soin à domicile afin d'envisager la prévention de ces situations.

Notre objectif , outre l'analyse des situations et la proposition d'hypothèses explicatives, est de nous amener à poser un autre regard sur ces situations critiques, à repérer dans quelles circonstances elles apparaissent et quels sont les déterminants de ces violences afin qu'à plus long terme le "traitement" qui en est fait puisse évoluer dans une perspective éthique et pratique.

La question des maltraitances, des violences et abus implique d'abord ma responsabilité de citoyen. Mais ce citoyen exerce une responsabilité de directeur d'un service de soin et, à ce titre, se doit de répondre à la mission de prévention large attribuée aux services de soins à domicile autant qu'à celle de protection des personnes .

Les victimes ne se plaignent pratiquement jamais. Ce sont donc les intervenants extérieurs qui vont ou non prendre le risque de révéler ces abus, qui, du fait d'en parler, vont sortir la violence de l'anonymat et du silence.

A partir des constats effectués dans notre pratique et de ceux recueillis auprès de travailleurs du champ médico-social, nous aurons pour objectifs de :

- permettre aux soignants et aidants professionnels de repérer les situations de maltraitance, d'acquiescer les moyens de réagir dans le respect des individus et en concertation avec les autres intervenants
- permettre aux aidants naturels de dire leur souffrance et d'accéder à un système d'aide et de soutien
- éviter l'apparition de comportements maltraitants par la prévention dans les situations à risque

L'utilisation des termes vieux ou vieillards peut paraître choquant pour certains qui préféreraient personnes âgées, séniors ...etc. mais ils sont porteurs de sens et s'inscrivent dans une perspective volontaire de lutte contre les représentations sociales négatives de la vieillesse, il m'a semblé important de positionner le vocabulaire utilisé dans ce mémoire dès son introduction pour éviter un malentendu .

Ière Partie : La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile

A 1 La dépendance : une notion complexe

Dans le champ de la vieillesse, la définition du terme « dépendance », et ce qu'il est censé représenter, est loin de faire l'objet d'un consensus.

Le sociologue Bernard Ennuyer s'est attaché depuis plus de dix ans à retracer l'évolution de cette notion et les multiples définitions qu'elle fait coexister. Nous nous aiderons par conséquent de ses travaux afin d'appréhender le contexte dans lequel est apparu le terme de « dépendance ».

A - 1 - 1 - La dépendance : difficulté de définition

En 1962, le rapport Laroque¹ parlait de semi-valides, d'invalides, de grabataires ou de malades. Le mot dépendance apparaît dans les années 1973-1975². Le Pr Hugonot, en 1973, titre un article dans le journal *Le Monde*³ : « Prévenir la dépendance ». Depuis le qualificatif dépendant accompagne certains vieillards, avant on parlait de personnes âgées invalides ou handicapées.

La première définition de la dépendance dans le champ de la vieillesse remonterait à 1973, le Dr Delomier⁴ écrit : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie ». A la même époque, le Pr Hugonot en donne une définition très proche : « Le retraité vieillit, et des handicaps physiques et psychiques risquent d'apparaître. Avec eux, l'homme du 3^{ème} âge devient dépendant de son conjoint, de sa famille, de la société. Il fait désormais partie du 4^{ème} âge, l'âge de la dépendance »⁵.

Une définition médicale de la dépendance s'est alors imposée et a connoté cette dernière négativement, comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres.

En 1978, le sociologue A. Memmi⁶ définit la dépendance comme la relation à l'autre, certes contraignante, mais à double sens, dans une réciprocité qui unit le dépendant et le pourvoyeur : « La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». Il oppose à la vision médicale une vision relationnelle où la dépendance est une relation réciproque entre le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de pourvoyance. La dépendance ne se réduit alors pas à l'aide ressentie par une personne dans le besoin, elle comprend aussi celui qui pourvoit au manque et répond à l'attente de la personne dépendante.

L'essentiel de la dépendance se jouerait-il, par conséquent, dans la relation entre celui qui demande et celui qui donne ?

En 1984, le « Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement » conscient de la polysémie du terme en donnait deux définitions :

¹ LAROQUE P., « Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse », Paris, Documentation Française, 1962

² ENNUYER B., « Dépendance et handicap : attribut de la personne ou processus d'interaction », *Gérontologie et Société*, n° 65, juin 1993

³ HUGONOT R., « Prévenir la dépendance », *Le Monde*, 9-10 septembre 1973

⁴ DELOMIER Y., « Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance », *Gérontologie*, n° 12, 1973

⁵ HUGONOT R., op. cit.

⁶ MEMMI A., « *La dépendance* », Paris, Gallimard, 1979

« situation d'une personne qui , en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble psychologique, ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. » Le dictionnaire parle alors de la dépendance du malade, de l'invalidé, du vieillard.

« la dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne ou à un groupe, famille ou collectivité ». La dépendance est ici définie dans le domaine de la vie sociale.

La définition médicale comme celle-ci considère la dépendance comme une relation inégalitaire où le dépendant est seul en état de nécessité, voire d'infériorité, de subordination.

L'ampleur de la dépendance, c'est à dire la connaissance du nombre de personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui requièrent une surveillance régulière, si on se réfère à la définition usuelle donnée par le « Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement », est difficile à évaluer.

Différentes enquêtes ont été effectuées utilisant des grilles et des seuils différents et aboutissent de ce fait à des évaluations qui diffèrent sensiblement.⁷

On constate l'écueil d'appréciation de l'ampleur d'un phénomène que l'on considère comme majeur en cette fin de millénaire.

A - 1 - 2 - Des notions en interaction : handicap, incapacité et dépendance

Les notions de handicap et d'incapacité sont liées, voire confondues avec celle de dépendance.

Selon la classification internationale du handicap(CIH),*l'incapacité* correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». Les activités retenues pour repérer l'incapacité sont en particulier la locomotion, les soins corporels, la communication, etc. *La dépendance* est définie quant à elle par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante.

Grâce à la grille de dépendance de l'INSERM, basée sur les travaux du Dr Colvez, en combinaison avec un indicateur de dépendance psychique dans les enquêtes de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et dans l'enquête HID(Handicap, Incapacité, Dépendance)de l'INSEE, on distingue quatre groupes pour évaluer la dépendance physique :

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil
- les personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
- les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution où elles vivent
- les autres personnes

Les enquêtes EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) repèrent les personnes dépendantes psychiquement comme celles qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou l'espace.

Mais avec la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource), aujourd'hui outil national de mesure de la dépendance et permettant d'attribuer la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), dans l'attente d'une Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), on mesure les limites de ce qu'on appelle désormais le « girage » pour une appréciation fine des besoins des personnes, en particulier pour celles qui présentent des troubles du comportement à caractère de démence de type

⁷ ROZENKIER A., « L'aide à la dépendance : une affaire de famille », Gérontologie et Société, n° 89, juin 1989

Alzheimer ou apparenté, et selon le contexte de vie (domicile ou établissement) ou encore selon le professionnel qui utilise la grille (médecin, infirmier ou aide-soignant)⁸.

En 1998, on évalue à plus de 600 000 personnes âgées le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère (environ 80 millions d'heures). S'agissant des services de soins infirmiers, quelques 61 000 places de services de soins infirmiers à domicile existent.

A 2 La vieillesse et ses différentes conceptions et représentations

Après avoir observé l'importance des définitions et utilisations du terme dépendance pour l'élaboration de notre travail, il convient de regarder comment les représentations sociales de la vieillesse se sont construites, et comment dans le même temps les dispositifs de prise en charge des vieux dépendants ont émergé. Pour cela nous tenons compte bien sûr de l'évolution démographique de la population âgée, mais surtout nous repérons les éléments explicatifs de l'histoire de l'intervention médico-sociale auprès des vieux.

A - 2 - 1 - Le contexte démographique

L'allongement de la vie est un des phénomènes majeurs de notre temps : la population vieillit...nous vivons une révolution démographique sans précédent, la révolution de la longévité ; chaque enfant qui naît aujourd'hui a une chance sur deux de devenir centenaire !

Les projections démographiques établies par les services de l'Etat prévoient que 28 % de la population sera âgée de plus de 60 ans en 2020 !

Mais surtout ce sont les conditions de vieillissement d'une petite fraction de vieux, 5 %, qui inquiètent. Avec l'avancée en âge, c'est l'apparition des troubles de comportement à caractère de démences qui fait peur.

En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. « Sauf rupture imprévisible », nous dit la DREES⁹, « la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les vingt ans à venir. ». Ainsi, à partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10% de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3%.

Entre 60 et 75 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes. Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent ensuite très fortement avec l'âge : 9% des personnes âgées de 80 ans et plus d'un tiers des personnes de 90 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Alors que 70% des personnes de 85 ans et plus vivent toujours chez elles, l'aide de l'entourage est donc très importante pour le maintien à domicile, d'autant que les structures intermédiaires entre la vie à domicile et l'entrée en institution de manière définitive restent encore insuffisantes.

L'espérance de vie est un indicateur synthétique sur la situation de la mortalité à un moment donné. Cet indicateur a connu une croissance exceptionnelle, les gains aux âges élevés sont particulièrement importants.

⁸ CHAUVIN K., « Évaluation de la dépendance et représentations sociales. Etude des représentations sociales intervenant dans l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR », DEA de Santé Publique, Rennes, 1997

⁹ DREES, « Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil » Études et Résultats, n° 40, Novembre 1999

A - 2 - 2 - Regards sur la personne âgée et la dépendance

Le vieux a toujours été l'objet de discours et de représentations symboliques de la part des acteurs sociaux. Les productions symboliques relatives à la vieillesse renvoient à l'idée que nous avons de l'homme idéal et dépendent de l'organisation économique et sociale des sociétés, elles s'enracinent également dans la crainte de chacun face à son propre vieillissement.

« Valorisée ou dévalorisée, la vieillesse est décrite à travers des prismes et des valeurs dominants qui la relèguent dans le domaine de la peur de la décrépitude et de la mort, l'excluent de la sphère de la production et l'enferment dans des rôles sociaux conformes aux représentations collectives » nous dit Monique Legrand dans « Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? »¹⁰.

Les discours oscillent en fait en permanence entre représentations positives et représentations négatives. D'un côté on note la figure classique du vieillard pétri d'expérience et de sagesse, conseiller digne d'être écouté, symbole valorisé de la continuité et de la transmission de traditions, de patrimoine, y compris d'un patrimoine mémoire et de valeurs. D'un autre côté on a l'image d'un vieux qui se dégrade physiquement et/ou psychologiquement, qui enregistre des pertes de capacités et coûte, finalement il inquiète. L'analyse de la naissance du concept d'âgisme réalisée par Bernadette Veysset-Puijalon¹¹ confirme l'idée selon laquelle l'avance en âge est l'objet de dépréciation ou de discrimination positive.

L'ambiguïté des attitudes rend possible une image idéalisée du vieillard, mais favorise aussi une dévalorisation constante du vieillissement.

Les dispositifs issus des politiques vieillesse contribuent à cette oscillation. Le rapport Laroque, en 1962, en voulant éviter l'exclusion et l'isolement des personnes âgées, prône la lutte contre un mauvais vieillissement en valorisant la jeunesse. Le rapport Lion survalorise les qualités particulières qu'il attribue à la vieillesse : sagesse, expérience, savoir.

Les représentations se construisent avec l'invention du statut de la personne âgée, avec la loi de 1905 sur l'assistance obligatoire aux personnes âgées sans ressources et la généralisation de l'assurance vieillesse dans le cadre des accords du 4 octobre 1945 sur la sécurité sociale. Anne-Marie Guillemard¹², dans ses différents ouvrages, montre comment la retraite, en signifiant l'incapacité à travailler, induit une définition sociale négative de cet âge de la vie. On passe du droit au repos rétribué à une exclusion professionnelle dans une logique de gestion de la main-d'œuvre salariée.

Des représentations négatives se construisent également dans le domaine de la médecine où le vieux est défini par le manque et la perte avec un caractère d'irréversibilité : point de progrès à l'horizon !

Aujourd'hui, en raison de l'écart entre la vieillesse sociale et la vieillesse biologique, la retraite devient un âge spécifique plus ou moins valorisé alors que la grande vieillesse est reléguée dans la décrépitude et la dépendance.

Entre la fin du travail et l'entrée, pour certains seulement, dans la dépendance, une période de transition pourrait être mise à profit de manière très diversifiée. Anne-Marie Guillemard¹³ en présente une typologie : après une vague de retraités consommateurs de loisirs surtout, on valorise la retraite active fondée sur le maintien en activité et l'entretien du corps ainsi que sur la valorisation du rôle des grands-parents, et aujourd'hui l'accent est mis sur une retraite solidaire et citoyenne où le volontariat contribue à l'invention de nouveaux rôles sociaux, le but étant toujours d'éviter la

¹⁰ LEGRAND M., « Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? », *Gérontologie et Société* n° 81, juin 1997

¹¹ VEYSSET-UIJALON B., « Le concept d'âgisme » in Colloque international : Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse, Genève, mai 1997.

¹² GUILLEMARD A-M., « La retraite, une mort sociale », Paris, Mouton, 1972

¹³ GUILLEMARD A-M., « La vieillesse et l'Etat », Paris, PUF, 1980, 238 p.

mort sociale de la première classe de cette typologie.

On assiste alors à l'émergence d'une autre image du retraité-citoyen mais la dissociation retraite vieillesse maintient l'image négative attachée à celui qui ne peut plus faire.

A - 2 - 3 - L'évolution des politiques sociales dans la prise en charge des personnes âgées Du rapport Laroque à la Prestation Spécifique Dépendance : 30 ans de politique vieillesse

Jusque dans les années 60, il n'y a pas à proprement parler de politique d'action sociale spécifique, la majorité des personnes âgées vit en famille. La seule politique publique est celle d'assistance aux pauvres dont beaucoup sont des personnes âgées.

- Le rapport Laroque : première réflexion sur le problème des vieux

Au début des années 60, après les travaux de la commission Laroque, Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, une nouvelle conception de la vieillesse apparaît, celle du «troisième âge» actif et participant à la vie sociale. Une telle conception a donné lieu à des tentatives de gestion par les pouvoirs publics du mode de vie des personnes âgées auxquelles s'attache la politique médico-sociale du maintien à domicile. En même temps qu'elle mettait en évidence la situation de pauvreté et d'exclusion sociale des personnes âgées de l'époque, elle centrait les objectifs de la politique en faveur des vieux sur l'autonomie et la participation à la vie sociale grâce au maintien du sujet âgé dans la vie sociale et refusait cette situation de marginalité et d'exclusion sociale des vieux.

On passe d'une problématique de l'assistance aux vieillards pauvres à celle du vieillissement démographique avec une nouvelle conception centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale.

Le rapport Laroque, par sa conception et à cause du poids croissant des personnes âgées dans la société et par conséquent de leur coût pour celle-ci, va influencer les rapports suivants (rapport Questiaux en 1970 et rapport Lion « Vieillir demain » en 1982) qui orientent la politique vieillesse en faveur du maintien à domicile.

La mise en œuvre d'une véritable politique médico-sociale de maintien à domicile a connu d'importants retards. Les premières mesures de cette politique ont d'abord visé à prévenir l'exclusion sociale et la relégation en institution en agissant sur le logement, le développement d'activités de loisirs et de services d'aides pour les tâches essentielles de la vie domestique (aides ménagères, foyers restaurants, clubs).

Ce n'est que dix ans plus tard qu'un développement notable de la politique de maintien à domicile débute vraiment, avec des programmes spécifiques destinés aux personnes âgées, inscrits dans les VIe et VIIe plans quinquennaux de développement économique et social.

Un Programme d'Action Prioritaire (PAP) du VIIe Plan renforce le programme finalisé du VIe Plan qui prévoyait d'éviter l'entrée en institution d'environ 25% des personnes âgées. Pour atteindre cet objectif, ce PAP intègre la participation sociale des retraités à la conception et à la gestion des équipements les concernant et renforçait l'amélioration de l'habitat.

Cette politique se voulait coordonnée et a abouti à la création de secteurs gérontologiques pour la mise en place d'actions multidimensionnelles de maintien à domicile.

Parallèlement, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 exclut les hospices du domaine sanitaire hospitalier, complétée par la loi de janvier 1978 définissant les unités de long séjour chargés de prendre soin des « personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ». Puis la loi du 30 juin 1975 sur les institutions

sociales et médico-sociales offre un cadre juridique pour la transformation des hospices en établissements d'hébergement pour personnes âgées de 60 ans et plus.

A la fin des années 70, la mise à la retraite précoce des travailleurs vieillissant en réponse à la crise de la société industrielle, met fin à la politique du « troisième âge ». La vision de la vieillesse se réduit alors progressivement à celle de la dépendance des personnes âgées et donne lieu à l'élaboration d'une politique réduite au financement et à l'organisation de sa prise en charge.

Elle aboutit à la mise en place d'une prestation spécifique provisoire pour les seules personnes âgées dont le caractère assistantiel pour les plus pauvres est doublement stigmatisant et soulève la question de son équité.

- L'héritage du rapport Laroque

Bernard Ennuyer¹⁴ propose une lecture critique du Rapport Laroque. Pour lui, les politiques sociales issues de ce rapport reposent sur une « mauvaise façon de poser la question des personnes âgées » ou encore une « analyse inexacte d'un sujet mal posé ». Ce rapport intitulé « Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse »¹⁵ affirme, avant même d'avoir posé la question, que l'accroissement démographique du nombre des « personnes âgées » pose problème. Le début de la note introductive dit ceci : « l'ampleur des problèmes soulevés par l'accroissement du nombre de personnes âgées en France a amené le Haut Comité de la population à demander une réadaptation de l'ensemble de la législation concernant la vieillesse aux réalités démographiques et économiques. »

Plus loin : « Le vieillissement de la population entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale. Progressivement, mais d'une manière inéluctable, il grève les conditions d'existence de la collectivité française. »

La politique vieillesse qui se met en place en France, dans les années 70, prend racine dans la philosophie du Rapport Laroque, qui lui-même reprend à son compte le discours dominant tenu sur le vieillissement, un discours profondément négatif. De plus, il y a une ambiguïté fondamentale dans ce rapport qui, d'une part affirme qu'il n'y a pas vraiment une catégorie sociale homogène « personnes âgées », et qui d'autre part constitue malgré tout cette réalité sociale homogène, en parlant des conditions de vie globales des personnes âgées.

Les conséquences de cette analyse des « problèmes des personnes âgées » sont la mise en place d'une politique spécifique centrée sur l'âge et d'une politique d'assistance.

La politique vieillesse a accredité l'idée selon laquelle la variable explicative des difficultés de cette population était l'âge chronologique. Or les difficultés rencontrées par les personnes vieillissantes sont plus souvent le résultat de leur parcours social. Ce parcours est lié, d'une part à leur avance en âge, mais aussi à la forme globale d'organisation sociale dans laquelle ils vieillissent. Au tournant des années 1980, cette politique va se figer dans son approche biologique et transversale de la vieillesse alors qu'il eût fallu « une politique du vieillissement longitudinale d'amélioration des parcours sociaux défavorables pouvant aboutir à une vieillesse difficile, c'est à dire une politique de correction des inégalités sociales ».

Le rapport « Vieillir demain »¹⁶ rappelle que la vieillesse est le résultat d'un parcours social et que la politique vieillesse, « pour autant que ce terme soit opportun », doit se jouer en amont, il préconise

¹⁴ ENNUYER Bernard, « La question des « personnes âgées », un sujet très « mal traité », in « Vieillards martyrs, vieillards tirelires », Genève, Médecine et Hygiène, 1999, 181 p.

¹⁵ LAROQUE Pierre, « Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse », Paris, La Documentation Française

¹⁶ Commissariat Général du Plan, « Vieillir demain, préparation du VIII^e plan », 1981-1985, Paris, La Documentation Française, mars 1980, 171 p.

même d'éviter un traitement spécifique des personnes âgées. Cependant, la création d'un « Secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées » en mai 1981 installe définitivement la politique vieillesse dans une vision statique spécifique et problématique des « personnes âgées ».

Dès lors, comment intégrer dans la société des « gens » dont on vient de dire par ailleurs qu'ils sont incapables de s'adapter aux évolutions sociales et qu'ils ont un problème ?

Le rapport Laroque concluait : « c'est la société qui doit s'adapter et ne pas rejeter les vieillards ». On a alors les caractéristiques d'une politique d'intégration « assistantielle » en direction d'une population âgée dont on ne souhaite pas l'exclusion du tissu social, mais que par ailleurs on juge incapable d'une quelconque possibilité de changement.

En fait, la politique vieillesse voudrait éviter l'exclusion géographique, que peut représenter l'entrée en hébergement collectif, exclusion trop voyante. Mais dans le même mouvement, le discours globalisant tenu sur le problème des « personnes âgées », et les représentations sociales associées : conservatisme (y compris politique), incapacité psychologique de changement, poids insupportable pour l'économie, etc. sont une forme d'exclusion, certes plus subtile que l'entrée en hospice de l'époque, mais tout aussi violente.

La société va aider les vieux à vivre, mais elle ne va pas faire d'eux des sujets doués de libre choix, puisqu'ils ont été jugés incapables, ils vont devenir les objets de la politique vieillesse et les mesures prises pour eux seront des mesures d'assistance.

On veut bien les laisser vieillir à domicile, c'est même « préférable », mais on va organiser la manière de vieillir chez soi, les aides nécessaires seront alors pensées en fonction d'une bonne manière présumée de vieillir à domicile.

La logique d'assistance prévaut pour les plus pauvres en ressources, les plus pauvres en relations sociales, les plus pauvres en santé, les plus pauvres dans leur faculté de s'exprimer.

- Aujourd'hui, la loi PSD, le rapport Guinchard-Kunstler, le rapport Sueur et la circulaire CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique)

La loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance, dans l'attente d'une allocation personnalisée à l'autonomie, toujours à venir, est encore une loi d'aide sociale pour les pauvres, les plus dépendants, c'est à dire ceux qui ont le taux d'incapacité le plus fort.

On y retrouve cette même logique d'objet avec l'utilisation d'un outil d'expertise AGGIR. L'ASPANORD lutte contre cette logique notamment à travers son projet de service.

En septembre 1999, le rapport Guinchard-Kunstler « Vieillir en France, Pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » pose trois problématiques : celle du financement des retraites, celle de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et celle de la place des personnes âgées dans la société. Il y est reconnu que les personnes qui présentent des difficultés en vieillissant ont été stigmatisées sous l'appellation de « personnes âgées dépendantes », cette notion ne retenant que l'incapacité à faire. Ce rapport préfère retenir la notion de désavantage social ou de handicap telle qu'elle a été définie dans la classification internationale des handicaps. Il remet enfin en cause le critère d'âge.

Dès son premier chapitre diagnostic, ce rapport reconnaît une politique de la vieillesse inadaptée aux enjeux démographiques et sociaux et pointe « des familles qui s'investissent, qui paient et qui s'épuisent »

En l'absence de considération de la dépendance comme un risque pris en charge au titre de l'assurance maladie, même le Rapport Sueur¹⁷ qui propose un droit identique sur l'ensemble du

¹⁷ SUEUR J.P, Rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie :un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité », mai 2000

territoire français, reste dans une perspective d'aide sociale. L'UNASSAD (Union Nationale des Associations et Services de Soins et d'Aide à Domicile), mais aussi l'UNADMR (Union Nationale de l'Aide à Domicile en Milieu Rural), l'UNIOPSS (Union Nationale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) et d'autres fédérations ont revendiqué, notamment à travers le « Livre noir de la PSD », puis avec le « Livre blanc de la PSD », la prise en compte d'un cinquième risque, le risque dépendance, par le système de protection sociale.

« La clôture des travaux de l'année internationale des personnes âgées en France a été l'occasion d'affirmer le soutien à domicile comme l'axe prioritaire de la politique en direction des personnes âgées, la nécessité d'en repenser les moyens et de concourir à leur mise en cohérence au travers de la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité. »¹⁸. C'est ainsi qu'est présentée la circulaire CLIC sur laquelle nous reviendrons puisqu'elle sera primordiale dans le projet de direction du SSIAD.

A 2 Les aidants dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile

Pour Louis Ploton¹⁹ « les aidants sont objetisés, assimilés aux éléments de l'environnement, outils obéissants, suppléant efficacement à ce que l'aîné ne peut plus faire de ses propres forces. »

Au delà de cette approche, certes provocatrice, mais utile à la compréhension de ce que la revue Gérontologie et Société a nommé la « galaxie des aidants » dans un numéro qui leur est consacré, nous dresserons un panorama, non exhaustif, de ce que le terme englobe.

D'emblée nous avons affaire à deux catégories d'aidants : les aidants professionnels et les aidants dits « naturels » ou familiaux.

La notion d' « aidant », si elle caractérise d'abord les actions accomplies par les professionnels des services gérontologiques auprès des personnes vieillissantes, est aujourd'hui transférée du domaine professionnel à celui des relations familiales. Mais ce n'est pas sans prendre un risque de distorsion car il ne s'agit plus alors d'une conception unilatérale d'une action mais d'une relation.

Nous proposons de cerner ces deux catégories d'aidants, sans hiérarchisation. Nous présenterons donc, l'une après l'autre, la galaxie professionnelle, puis la galaxie familiale de l'aide. Puis nous verrons comment cette aide peut devenir épuisante, pour les professionnels autant que pour les familles, et peut alors conduire à l'apparition de comportements inadaptés voire maltraitants.

A - 3 - 1 - L'aide à la dépendance : une affaire de professionnels, le service de soins à domicile

Les professionnels de l'aide et du soin à domicile sont nombreux : on y englobe le médecin généraliste, l'infirmier libéral, l'aide soignant, l'aide à domicile ou aide ménagère mais aussi l'informateur aux personnes âgées et/ou l'assistante sociale de secteur ou de caisse. Dans cette première galaxie, nous trouvons le service de soins ASPANORD , que je dirige et que je présente après les données communes aux Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

On trouvera les dénominations de SSIAD ou Service de Soins A Domicile (SSAD), ou encore service de soins et service de soutien à domicile.

¹⁸ Circulaire DAS-RV2 N° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

¹⁹ PLOTON Louis, « La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence », Lyon, Chronique Sociale, 1991

- Données générales

- Les missions du service de soins à domicile et le cadre réglementaire

Les Services de Soins à Domicile pour personnes âgées sont régis par la loi du 35 juin 1975, le Code de la Sécurité Sociale (Articles D174-9 à D174-14) et le décret du 8 mai 1981 (cf. annexes) et ont pour but : d'éviter une hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile

de faciliter le retour à domicile, à la suite d'une hospitalisation et de raccourcir la durée de cette hospitalisation

de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de Long Séjour ou dans les Sections de Cure Médicale des Etablissements Sociaux.

- Le fonctionnement et ses conditions

Peut bénéficier du Service de Soins à Domicile :

- toute personne âgée de plus de 60 ans voulant rester ou revenir à son domicile et qui, à la suite d'une perte d'autonomie, nécessite une aide

- toute personne âgée de moins de 60 ans nécessitant une aide dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ou ayant perdu en partie ou en totalité son autonomie, ceci après accord préalable du médecin conseil de l'organisme de Sécurité Sociale compétent, quelle que soit la Caisse d'Assurance Maladie d'affiliation.

Conditions : après un entretien avec l'infirmière coordinatrice qui déterminera, le bien fondé de la demande (prescription), les objectifs de la prise en charge et les interventions, avec le consentement de la personne et avec une prescription médicale.

Modalités d'intervention : - soins d'hygiène et de confort assurés par les aides soignants (toilette, lever, habillage, mobilisation et aide à la marche, coucher, prévention d'escarres) sur prescription médicale - aide morale et soutien de la famille par l'équipe - soins infirmiers assurés par l'infirmier(ère) libéral(e) choisi(e) et soins de pédicurie - accompagnement de fin de vie et soins palliatifs.

Ces soins sont coordonnés par l'infirmière coordinatrice. Elle renseigne sur les possibilités du secteur, répond à certains problèmes rencontrés soit directement soit en mettant en contact avec les organismes ou les travailleurs sociaux (Services d'aide ménagère, Assistantes Sociales...)

Les interventions peuvent varier de trois fois par semaine à deux fois par jour, sept jours sur sept. Elles sont d'une durée moyenne d'une demi-heure à une heure en fonction des besoins. Les dimanches et jours fériés un service plus réduit est assuré, la priorité étant donnée aux personnes les plus dépendantes (G.I.R. 1, 2) ou les plus isolées.

Financement : Il est désormais assuré par une dotation de la D.D.A.S.S. qui assure une prise en charge à 100% par les Caisses d'Assurance Maladie.

Capacité d'accueil : Elle est fixée par la D.D.A.S.S. sur avis du C.R.O.S.S.

- L'évolution des services de soins à domicile

Une enquête du SESI²⁰ apporte les informations suivantes :

Le nombre de places a augmenté de 30% entre 1991 et 1996, sous l'impulsion de la politique médico-sociale

Près d'un bénéficiaire sur deux est âgé de plus de 85 ans et plus. Fin 1996, 20% des personnes prises en charge sont nonagénaires.

30% des personnes vivent seules à leur domicile. 30% cohabitent avec leur conjoint et 19% avec des personnes plus jeunes. 12% vivent avec des personnes de la même génération et 9% résident en collectivité.

²⁰ SESI, (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information), Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, « Informations rapides », n° 97, mars 1998.

90% des personnes prises en charge présentent une dépendance physique lourde et près d'un sur deux cumule dépendance physique lourde et détérioration intellectuelle.

Les soins de « nursing » dominent les actes plus techniques

Les durées de prise en charge s'allongent (moyenne à 20 mois, une prise en charge sur cinq dure plus de trois ans).

Les taux de fréquentation mensuels (ou taux d'occupation des places) sont très élevés, proches de 100%.

Les allers-retours avec l'hôpital sont fréquents

La description par groupes iso-ressources- AGGIR- se définit comme suit :

GIR 1-2-3 = 65% des personnes

GIR 4 = 30%

GIR 5-6 = 5%

Ainsi, depuis leur création , les services de soins à domicile ont vu leur activité augmenter et les prises en charge évoluer vers des situations dites de plus en plus lourdes, mais surtout de plus en plus complexes (patient grabataire, pathologie en phase terminale, soins palliatifs, démence sénile, grand vieillard isolé, entourage très âgé depuis longtemps sollicité...) L'évolution des services, ce sont aussi les problèmes de maltraitances qui franchissent le mur du silence.

Les services de soins à domicile et les services d'aide à domicile attendent à ce jour la réforme de leur cadre réglementaire. Dans le premier projet de décret relatif aux conditions de fonctionnement et de financement de services de soins et d'accompagnement à domicile, émis par la Direction de l'Action Sociale en mars 2000, il s'agit de mettre en place des services permettent une prise en charge à la fois sanitaire et sociale, contribuant au maintien à domicile de personnes adultes, handicapées, dépendantes ou atteintes d'une maladie chronique invalidante. Selon la DAS, « ces services de soins et d'accompagnement prolongent les services de soins infirmiers à domicile sur deux aspects essentiels : un élargissement du public bénéficiaire et une prise en charge coordonnée désormais globale. »

La notion d'accompagnement est primordiale dans ce projet qui inclut des professionnels nouveaux : psychologues, aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, mais la deuxième proposition de la DGAS du 4 août revient sur les avancées, certes interrogatives par manque de précisions mais qui forçaient à la réflexion, de la précédente rédaction et le mot d'accompagnement y perd tout son sens.

- Données locales

L'ASPANORD est une association Loi 1901 créée en 1983 à l'initiative de professionnels de santé, d'élus locaux, de représentants des personnes âgées et handicapées. Elle gère essentiellement un Service de Soins à Domicile depuis le 21 janvier 1987.

Le Service ASPANORD couvre les 9 communes situées au nord de Rennes, et s'adresse à une population péri-urbaine avec une proximité des infrastructures de soins et décisionnelles.

L'ASPANORD s'inscrit dans un secteur gérontologique du département , sur la couronne Rennes Nord Ouest dont le territoire est complété par les 6 communes couvertes par le Centre Intercommunal d'Action Sociale du canton de Mordelles(cf carte en annexe).

La population générale de ces 9 communes cumulée en 1999 atteignait 42562 habitants, contre 34160 en 1990. La population âgée a tendance à s'accroître en périphérie des grands pôles urbains car des flux de rapprochements familiaux concernent les communes avoisinant Rennes. Avant 1992, un seul établissement d'accueil pour personnes âgées existait à Melesse, une maison de retraite de 98 places avec Section de Cure Médicalisée pour 45 personnes. Puis 6 communes se sont dotées de structures d'hébergement de type foyer logement. Les capacités d'accueil varient de 20 places à 45 places. Seul l'établissement de Pacé est pourvu d'une Section de Cure Médicalisée pour

15 personnes. Lors de l'ouverture ces établissements ont accueilli des personnes le plus souvent extérieures à la commune.

Les chiffres du dernier recensement confirment l'augmentation générale de la population de la communauté de communes autour de Rennes. Par ailleurs on ne peut que constater la répercussion des mouvements de population sur l'amplitude croissante des besoins, sans pour autant évaluer finement ces flux. D'une manière générale la population du bassin rennais est la plus jeune de Bretagne et les taux d'équipement pour personnes âgées y sont parmi les meilleurs de l'hexagone. La capacité d'accueil est aujourd'hui de 30 places, avec un début d'exécution d'extension (extension demandée en 1991 autorisée à 35 places et accordée en partie en 1993 pour 30 places). Cette capacité stationnaire depuis 1993 s'explique par ces taux d'équipement, considérés comme élevés comparativement au reste de la France.

➤ Le personnel

Le Service de Soins à Domicile emploie 9 personnes pour 6,4 postes équivalents temps plein.

L'équipe est composée de 6 aides soignants (tous à 75%), une infirmière coordinatrice à 60%, une directrice à 80% et une secrétaire à 50%. (cf organigramme en annexe).

L'ouverture du Service de Soins fut soumise à une obligation de convention de mise à disposition de personnel soignant du C.H.R. de Rennes pour l'Association, par la DDASS dans le cadre de redéploiement de personnel hospitalier. Depuis janvier 2000 cette convention ne s'applique plus.

Une nouvelle équipe aide-soignante s'est mise en place depuis cette date et les interrogations de la problématique sont issues de la pratique avec l'équipe précédente. La nouvelle équipe est dans une situation d'appropriation de l'histoire d'une réflexion antérieure et d'introduction de ses propres questionnements , y compris au regard de notre problématique.

Les constats issus de l'analyse des interrogations et des cas cliniques de l'équipe d'origine ont contribué à une prise de décision du Conseil d'Administration de l'ASPANORD, sur proposition de la direction, de faire de la question des maltraitements et des dégradations du lien dans la situation d'aide et de soin une priorité de réflexion et d'action.

Un seul signalement eut lieu en 1998, conjointement avec l'informatrice aux personnes âgées. Il concernait un abus de la part d'une aide ménagère avec spoliation.

➤ L'évolution du service ASPANORD

Les rapports d'activité comparés depuis 1995, avec une capacité stationnaire à 30 places après 6 années de montée en charge donnent l'analyse suivante :

- L'activité en nombre de journées réalisées est toujours excédentaire de 5% à 11%
- Une moyenne de 66 personnes aidées par an (de 54 à 75)
- Une demande largement supérieure à l'offre de soins sur la zone géographique du service, y compris l'offre des infirmier(e)s libéraux (sauf sur la commune de Betton), une moyenne de 88 demandes pour 31 entrées annuelles
- Des communes en expansion démographique (les données provisoires du recensement 1999 mettent en évidence un accroissement de 3,5 % en moyenne, mais nous ne disposons pas des chiffres par tranche d'âge)
- Une provenance majoritaire du domicile(41% à 46%) ou chez les enfants(12% à 15%) au moment de la demande, le plus souvent issue d'un membre de la famille (31%) ou du médecin traitant (17% à 22%), les services hospitaliers n'étant désormais que le troisième pourvoyeur d'admissions alors qu'il était le second à la fin des années 80. Ceci s'explique par une modification des demandes plus souvent psycho-sociales et non plus strictement à point d'appel médical, et par la connaissance du service par les usagers et les professionnels de santé libéraux
- Des durées de prise en charge qui varient de quelques jours à plusieurs années (12 ans), avec 45% des personnes qui bénéficient de plus d'un an d'aide (21% plus de 3ans)
- Une moyenne d'âge de 78 ans, dont une majorité (52%) entre 80 et 90 ans, avec 10% de personnes de moins de 60 ans (chiffre stable), ce qui correspond à une volonté du service de

répondre à la demande d'aide et de soins à domicile quel que soit l'âge. En effet, le critère d'âge nous semble incompatible avec le principe d'égalité d'accès aux services de soins, le projet de réforme du décret du 8 mai 1981 prévoit de la discrimination par l'âge.

- Une moyenne de décès annuels croissante (passant de 8 en 1995 à 19 en 1999) corrélé à un nombre de décès à domicile en augmentation, 2/3 des décès en 1998, résultat d'une volonté d'accompagnement jusqu'à la fin de la vie à domicile s'il s'agit du souhait de la personne et de son entourage, et de la mise en œuvre des moyens qui y contribuent, avec, pour les décès qui surviennent à l'hôpital un délai court entre le moment du transfert vers la structure hospitalière et la survenue du décès (1 à 5 jours le plus souvent, parfois 1 heure, parfois 35 jours), qui marque une demande hospitalière de dernier instant, soit du fait d'une décompensation brutale des fonctions vitales, soit du fait d'un moment « d'incertitude » du praticien libéral, en particulier les week-ends avec une moins bonne connaissance de la personne par le médecin de garde et une absence de permanence téléphonique du service de soins
- Des pathologies classiques du grand âge, en particulier les affections neurologiques (22%), des affections cardiovasculaires (20%), les démences et troubles du comportement à caractère psychiatrique et les cancers à hauteur de 15% chacun, mais aussi des personnes sans affections particulières qui présentent cependant des incapacités grandissantes les empêchant de réaliser les gestes destinés à préserver leur hygiène et leur santé. Ce sont plus les handicaps et les incapacités couplés aux ressources environnementales et au x désirs de la personne qui contribuent à l'évaluation des besoins et déterminent l'accès au service .
- Des Groupes Iso-Ressources à 63% dans les 3 premiers GIR : 3% en GIR 1 (personnes confinées au lit et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, on y trouve les personnes en fin de vie), 47 % en GIR 2, 10% en GIR 3 , puis 33% en GIR 4 et 7% en GIR 5
- Une charge de travail croissante avec des passages biquotidiens pour 50% des personnes et 7 jours sur 7 pour 76% , plus que le GIR , c'est la charge de travail qui reflète l'activité évolutive du service, une personne en GIR 2 peut nécessiter moins de temps d'intervention qu'une personne en GIR 4 qu'il faudra accompagner dans tous les gestes qu'elle peut encore réaliser

Un repérage de cas difficiles où l'association de problématiques médicales, sociales et individuelles aboutit à une intervention dans un milieu de relations dégradées.(cf tableau annexe).

Cette évolution des SSIAD , d'une manière générale et d'une manière particulière à l'ASPANORD, contribue à la production de situations de plus en plus stressantes pour les professionnels qui, malgré les efforts de coordination clinique, peuvent s'épuiser et vivre négativement la charge psychologique des situations rencontrées, toutes catégories professionnelles confondues.

➤ Les objectifs prioritaires

Malgré une stabilité en terme de capacité du Service de soins à domicile, le souci d'analyse de toute demande qui parvient à l'ASPANORD est une priorité. Le Service assure la coordination des intervenants et propose des pistes de solutions après entretien avec la personne et sa famille, ceci même s'il n'assure pas la prestation d'aide ou de soins.

L'accès aux soins, quels que soient l'âge, l'appartenance, la pathologie, les conditions de vie, est une priorité qui s'inscrit dans des valeurs et un choix éthique. L'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs sont poursuivis en collaboration avec les praticiens hospitaliers et extra-hospitaliers.

Le Conseil d'Administration, au regard de l'analyse qualitative réalisée dans le service, a dégagé une priorité de lutte et de prévention relative à l'apparition de comportements violents et/ou maltraitants dans l'univers familial et/ou professionnel.

➤ Une pratique et des valeurs au service d'une politique associative

Nous insistons sur l'utilisation du terme de soutien à domicile et évitons celui de maintien à domicile qui risque de priver la personne de l'initiative sur sa vie. En effet, même si la demande d'aide émane le plus souvent d'un tiers, la notion de soutien laisse une place au consentement. Elle entraîne la responsabilisation de l'utilisateur du service dans un « je veux », ou un « je veux bien » être aidé, mais aussi dans un possible refus et un respect des droits et devoirs mutuels.

Au-delà des textes régissant le soutien à domicile, l'ASPANORD a mis en avant une exigence de qualité de service depuis plus de 10 ans, aboutissant à une pratique "originale" sur son secteur d'intervention avec :

Un projet de service rédigé en 1989, avec un règlement intérieur de fonctionnement, destiné à l'information des usagers concernant leurs droits et leurs devoirs. Il est réajusté en 1999, avec les membres du bureau, du conseil d'administration et reconstruit dans une réappropriation avec la nouvelle l'équipe soignante.

Une inscription dans le réseau gérontologique

Lorsque la circulaire C.N.A.V. n°36/93 du 6 avril 1993 incita à la création de réseaux gérontologiques, l'ASPANORD initia des rencontres entre les divers partenaires du secteur gérontologique dans un objectif de coordination. Ceci aboutit à une connaissance des acteurs surtout sur le versant institutionnel avec les établissements qui vivaient tous leur phase de démarrage. La collaboration se développa plus particulièrement avec certains établissements d'hébergement et services d'aide à domicile, sur le partage de valeurs communes de prise en charge des personnes dans une optique de continuité conjointement à une volonté de réponse adaptée par des services de proximité complémentaires.

Une participation à la démarche qualité

Qualité de vie et maintien ou plutôt soutien à domicile sont des volontés politiques affirmées par tous. Mais les moyens mis en oeuvre pour répondre à ces aspirations nous semblent parfois bien limités. Le maintien à domicile et l'hébergement en établissement sont des modes de prise en charge que l'on a encore trop tendance à opposer, alors qu'ils sont complémentaires. L'hébergement constitue toujours un domicile pour la personne, avec des services qui lui assurent le plus souvent une sécurité qui n'était plus possible dans le logement individuel.

C'est pourquoi une collaboration étroite s'est élaborée au fil des années avec des partenaires soucieux de préserver la continuité des aides quel que soit le lieu de vie choisi par la personne ou imposé par son état de santé à un moment donné.

La stratégie, observée à posteriori, vise à l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes et à l'élaboration d'un véritable lien entre les acteurs, professionnels de santé libéraux et salariés, dans ce que l'on appelle aujourd'hui une pratique de réseau.

La PSD, dans sa phase de Prestation Expérimentale Dépendance (PED) en Ile et Vilaine, fut l'occasion d'une collaboration étroite, à la fois dans la phase préparatoire du projet, puis dans les phases de mise en place et d'évaluation, avec les services du Conseil Général d'Ile et Vilaine.

Un souci de réflexion et des actions dites innovantes

Parallèlement, l'ASPANORD s'est engagée dans un réseau pluridisciplinaire de recherche et d'action en gérontologie avec la participation à l'UNASSAD (Union Nationale des Associations d'Aide et de Soins à Domicile), à Psychologie et Vieillesse et au Conseil des Familles.

Les professionnels impliqués dans le champ gérontologique ont constaté, dans leur pratique professionnelle, des besoins d'écoute et d'aide psychologique de la part des familles. Des groupes de soutien psychologique aux aidants dits « naturels » de personnes âgées dépendantes ont été constitués depuis deux ans, renforçant les réunions à thème organisées localement en direction de ces familles le plus souvent démunies.

Dans la même perspective, des groupes de paroles sont destinés aux aidants « professionnels » .

A - 2 - 2 - L'aide à la dépendance : une affaire de famille et une affaire de femmes

Après un temps d'aide exclusivement « naturelle », est venu le temps de l'aide professionnelle, puis un temps de rééquilibrage à la faveur d'arbitrages sociaux, économiques et politiques.

Le vieillissement démographique et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes se sont accompagnés d'un développement important des politiques publiques, notamment dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées.

La croissance des dépenses assumées pour leur grande part par la sécurité sociale et les collectivités locales ne doit pas pour autant occulter l'apport des familles à la prise en charge des difficultés induites par la perte d'autonomie de leurs proches âgés. Cette contribution de solidarité familiale se décline de plusieurs manières : en temps, en argent, ou en hébergeant chez soi le parent dépendant.

- Les solidarités familiales au cœur de l'aide à domicile

Les enfants qui apportent à leurs parents une aide régulière dans la vie quotidienne, sont presque trois fois sur quatre des femmes, (des filles principalement: 63%, ou des bruns: 9%.)

Les études de Hanelore Jani-Le Bris²¹, de Marie-Eve Joël et de Claude Martin²² montrent toutes la prédominance féminine parmi les aidants informels. D'après ces études, les personnes âgées dépendantes, bénéficient de beaucoup plus d'aide informelle que d'aide professionnelle : les familles sont très engagées dans la prise en charge de la dépendance.

La mobilisation des solidarités familiales n'implique nullement pour autant une opposition entre ces dernières et l'aide professionnelle. Celle-ci est essentielle dans le cadre d'une politique d'aide aux aidants. Car l'aidant informel ou aidant dit « naturel » type est une femme relativement âgée qui exprime une souffrance et une charge de travail importantes.

Mais au delà d'une conception technicienne et unilatérale de la notion d'aide, une perspective interactionniste qui prend en compte le lien intergénérationnel doit venir compléter l'approche de cette « galaxie des aidants » pour mieux cerner la complexité des situations rencontrées au domicile. Monique Membrado²³ aborde ainsi l'identité de l'aidant(e) en remarquant que la notion d'« aidant » apparaît dans le champ de la gérontologie avec la mise au jour d'une définition médicale et déficitaire de la vieillesse.

- Un élément central : le lien familial et intergénérationnel

Les recherches sociologiques sur le vieillissement ont contribué, à partir d'une volonté d'intégration de cette problématique dans la sociologie de la famille, à analyser la situation d'aide au regard d'une problématique du lien intergénérationnel²⁴. Il s'agissait ainsi de donner à l'aide apportée aux vieilles générations une dimension positive et dynamique.

En effet, à ne considérer la vieillesse que comme un « risque » ou un « coût social », on en oublierait la part féconde et active du lien intergénérationnel dans la constitution des sociétés et dans la construction identitaire des individus qui les forment.

En reprenant la conceptualisation d'un modèle d'interprétation du lien familial comme « circulation

²¹ JANI-LE BRIS H., « Aide aux aidants : prise en charge familiale du grand âge en France », Paris, CLEIRPA, 1993

²² JOEL Marie Eve, MARTIN Claude, « Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux » Rennes, ENSP, 1998

²³ MEMBRADO Monique, « L'identité de l'aidant(e) : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », Paris, Gérontologie et Société, n° 89, 1999

²⁴ ATTIAS-DONFUT Claudine, « Les solidarités entre générations. Vieillesse, famille, Etat », Paris, Nathan, 1995

du don », et en considérant que la vieillesse est un processus de construction identitaire constitué de l'articulation des deux dimensions de « transition biographique », (négociation avec soi-même) et de « transition relationnelle », (négociation avec les autres et l'image qu'ils me renvoient), Monique Membrado²⁵ propose des « formes du vieillir » qui agissent sur la relation d'aide et sur le sentiment identitaire de la personne aidante. Pour elle, les formes du vieillir sont des expériences de la vieillesse au carrefour des regards et la situation d'aide est une interaction au carrefour d'une histoire personnelle et d'injonctions sociales.

La manière dont s'opère la « désignation » de l'aidant(e) aura une incidence sur le sentiment identitaire et existentiel de la personne désignée. Cette désignation est réalisée, soit par négociation au sein du groupe familial, soit par naturalisation d'une relation construite sur la longue durée, soit par attribution plus ou moins imposée. De la même façon, la situation d'aide en provoquant des bouleversements plus ou moins importants dans l'organisation des espaces-temps sociaux et relationnels de l'aidant et de l'entourage familial, est susceptible d'ébranler l'identité familiale.

La personne en situation d'aide occupe une place de donateur. Cependant, elle a connu à un moment de sa vie le statut de donataire. C'est le sentiment de dette ou de déni de la dette qui régirait le sens des échanges, continuité ou rupture dans les relations intergénérationnelles et l'identité familiale.

Ceci n'est applicable que pour les relations familiales verticales. Dans les couples, ce sont le type de contrat qui lie les membres du couple et les caractéristiques de leur histoire commune qui interviennent.

Dechaux propose une typologie des caractéristiques de l'aide :

- la plasticité, qui relève d'une adaptation aux besoins définis qualitativement par des rythmes, des caractères propres à la personne aidée ;

- la polyvalence, qui définit les multiples tâches sollicitées par l'accomplissement du travail domestique (soutien matériel, affectif, soins...) ;

- la confiance, nécessaire dans l'intrusion des affaires privées ;

- l'accessibilité, qui suppose acquise la proximité affective ou géographique (y compris la disponibilité) ;

- la gratuité, propre au système d'échanges dans la parenté mais qui peut être soumise à la contrepartie, ou au contre-don.

Or la problématique de la dette et du don/contre-don n'est pas suffisante à rendre intelligible ce qui se joue dans la construction identitaire de l'aidant(e). En effet, le cas n'est pas rare où la personne ne se sent ni reconnue dans l'action accomplie auprès de l'aîné, ni « élue » de cœur. Déchaux propose alors la notion de « filiation identitaire » pour aller au-delà des rationalisations du type familialiste (« chez nous on a toujours fait comme ça ») qui peuvent justifier dans certains cas le refus d'aide extérieure, de délégation, au mépris de sa propre autonomie et de la sauvegarde du lien familial conjugal.

Le soutien aux aidants peut alors participer d'un « travail biographique » qui se mène pour l'aidant à travers la reconstruction d'une histoire, son histoire et celle de la personne aidée, mais aussi plus profondément, en réalisant un travail de mémoire familiale.

Le travail de protection de ses anciens s'intégrerait alors à un travail de protection vis-à-vis de soi-même. Assurer la permanence du lien intergénérationnel, ce serait assurer la continuité de gestes ancestraux qui protègent de l'érosion du temps. C'est, d'une certaine manière, s'enraciner dans l'histoire. La continuité familiale procure donc un réconfort identitaire et rassure l'individu face à l'angoisse de la disparition.

Dans ce travail de préservation du temps et de l'identité familiale, la volonté de conjurer son propre devenir prend place. Les propos sur la projection de soi dans la vieillesse en sont révélateurs.

²⁵ MEMBRADO Monique, « L'identité de l'aidant(e) : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », Paris, *Gérontologie et Société*, n°8, 1999

Combien de fois entendons nous des propos inquiets d'enfants de personnes démentes tels que « j'espère ne pas devenir comme lui ».

La construction identitaire de l'aidant que l'on dit naturel n'est pas sans répercussions sur l'équilibre familial. Les conséquences de l'apparition de la dépendance d'un parent sont souvent caractérisées en premier lieu par un épuisement.

A 4 Quand aider devient épuisant

Aider peut devenir épuisant, voire insupportable, autant pour des professionnels que pour des membres de la famille. Nous présenterons d'abord les caractéristiques épuisantes de l'aide pour les proches familiaux de la personne dépendante car ce fut notre préoccupation primordiale en terme de mise en œuvre d'un dispositif spécifique de prévention. La prévention de l'épuisement professionnel fait partie intégrante de l'exercice de la fonction de direction et sera abordé en présentant les dispositifs déjà institués.

A - 4 - 1 - L'épuisement des familles

Même si beaucoup des femmes aidantes invoquent d'abord la dimension affective et le sentiment de dette qui les lie à la personne âgée, le sentiment de lourdeur de la charge qui se partage peu, et qui les contraint à arbitrer, souvent dans la solitude, entre divers espaces-temps et entre diverses relations, les conduit parfois au seuil de la rupture.

L'aide est alors source de stress ; le terme de « burden » est employé dans la littérature pour caractériser cette charge, ce « fardeau » qui pèse sur les personnes aidantes et qui compromet leur qualité de vie et parfois leur santé. C'est l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants.

La problématique de l'aide a suscité des analyses du soutien apporté aux « personnes âgées dépendantes » au sein des familles comme un « fardeau »²⁶, une charge pour les aidant(e)s, en particulier lorsque la personne aidée est atteinte de troubles du comportement à caractère de démence, de type Alzheimer et que les répercussions sur la vie sociale et affective sont majeures. Ces analyses ont eu le mérite de révéler le travail invisible fourni par les familles et les femmes en particulier, le rôle joué dans l'économie générale par ce que Déchaux²⁷ nomme « l'économie cachée de la parenté ».

Il existe des outils spécifiques pour mesurer cette charge, connaître le vécu des familles et dépister des situations de souffrance.

Comme H. Bocquet et S. Andrieu, nous soulignons l'intérêt de disposer de tels outils, pour la plupart venus des pays anglo-saxons, pour évaluer l'efficacité d'actions gérontologiques tout en reconnaissant leurs limites pour une aide à la décision en Santé Publique.

La méthodologie épidémiologique évolue de la mesure des incapacités des personnes vieillissantes vers la description des situations d'aide. Le regard sur la vieillesse s'élargit donc, notamment pour le vieillissement qui se gère à domicile.

Ce sont d'abord les soignants qui ont pris conscience du rôle essentiel joué par l'entourage dans

²⁶ GRAND A., BERTHIER F., GRAMAIN A., BOCQUET H., « L'aide informelle aux personnes âgées atteintes de démence sénile », Paris, *Gérontologie et Société*, n° 72, 1995

²⁷ DECHAUX J. H., « Les services dans la parenté : fonction, régulation, effets » in Kauffman J. C. (Dir.), « Faire ou faire-faire ? Famille et services », Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1996

cette prise en charge, mais aussi des difficultés que ce rôle pouvait engendrer et des souffrances qu'il pouvait causer. La santé des aidants pouvait donc être menacée et elle est de ce fait devenue progressivement une préoccupation de santé publique.

Il faut donc pouvoir répondre aux questions relatives aux besoins de ces personnes aidantes autant qu'au dépistage des situations à risque, risque de souffrance, de maltraitance, autant qu'aux raisons qui les amènent à recourir à des services professionnels ou au placement de la personne âgée en institution.

Ces questions se poseront d'autant plus que la population des aidants familiaux va devenir plus nombreuse et de plus en plus précieuse face au vieillissement démographique, à la prévalence croissante des démences et aux contraintes qui pèsent sur le budget de la santé et de la protection sociale.

Etre aidant c'est à la fois remplir une *fonction*, mais c'est aussi occuper un *statut*, assumer des responsabilités, vivre une expérience moralement douloureuse .

Il y a donc une dimension objective de l'aide (les actes) et une dimension subjective (le vécu). La charge subjective n'est pas toujours corrélée à la charge objective, c'est pourquoi il faut élargir le cadre de la réflexion pour comprendre la complexité des mécanismes qui déterminent le niveau de stress de l'aidant. Le modèle développé par de nombreux auteurs, dont nous retiendrons Zarit²⁸ que Réjean Hébert a adapté en version française²⁹, distingue trois types d'éléments intervenant dans le déterminisme du stress ressenti par l'aidant :

le contexte dans lequel survient l'aide et qui caractérise l'aidant sur le plan social, économique et familial ; l'histoire relationnelle entre l'aidant et l'aidé fait partie de ce contexte

les facteurs du stress : les déficits de la personne aidée, en particulier sur le plan cognitif et de ses troubles comportementaux qui entraînent des difficultés pratiques pour l'entourage mais aussi des conséquences psychologiques, ceux-ci sont alors des facteurs secondaires liés au conflit des rôles chez l'aidant issu de la difficulté à mener en parallèle son rôle d'aidant et ses autres rôles sur le plan familial, professionnel et social.

les caractéristiques psychologiques de l'aidant, sa capacité de maîtrise et son aptitude à faire face aux difficultés, son réseau de soutien familial ou amical et social.

La résultante de ces facteurs de stress et de ces caractéristiques psychologiques se traduit par la sensation plus ou moins douloureuse de supporter une charge et par un certain état émotionnel.

La recherche sur la charge supportée par les aidants répond à un souci d'équité et s'inscrit dans une réflexion sur la place d'une politique d'aide aux aidants dans la politique de santé.

A - 4 - 2 - L'épuisement des professionnels

Ce sont les mêmes circonstances qui vont provoquer l'éroussement de la tolérance aussi chez les soignants, laissant alors la possibilité d'irruption de la violence, de l'agressivité, de l'abus, de la négligence et du mauvais traitement. Le Pr Hugonot estime que la violence contre les vieux est en fait une « maladie de la tolérance ».

L'incontinence, chez plus de 70% des personnes avec les odeurs agressives, l'impossibilité de communication sur le mode habituel verbal, obligeant à inventer toujours une relation adaptée pour entrer en communication avec le dément, les refus de soins, la réalisation d'actes ou interventions

²⁸ ZARIT S. H., « Concepts and measures in family caregiving research », Toronto, The Gerontologist, 1990

²⁹ HEBERT Réjean, BRAVO G., GIROUARD D., « Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments », Sherbrooke, Aging, 1993

traumatisantes aboutissent aux phénomènes d'usure. L'accumulation de situations identiques conduit à la perte de tolérance et au phénomène de « burn-out » bien connu des professionnels du soin et de l'aide en gériatrie.

En effet, ces professionnels sont confrontés à des événements éprouvants (dégradation et souffrance physique et psychique, accident, mort avec parfois la découverte d'une personne décédée voire suicidée, violence des relations et des comportements, réalisation de gestes qui provoquent douleur et souffrance). Certains événements entraînent obligatoirement une épreuve émotionnelle et bouleverseront la personne pour une durée et d'une façon variables selon les individus. Sur le plan psychologique, ce sont des épreuves morales à l'origine de souffrance et d'angoisse. Louis Ploton, dès 1981, consacrait une partie de sa réflexion à la souffrance des soignants en gériatrie³⁰. Le soignant souffre par la discordance entre son idéal et les obligations de sa pratique. L'idéal soignant consiste à répondre à la demande, réparer, guérir, faire sortir de l'hôpital. En gériatrie, le contact avec le vieillard déchu, dément, le parfum de mort qui imprègne la plupart des relations, la confrontation à la mort réelle, le vécu d'abandon auquel le soignant est souvent renvoyé en miroir de celui du patient, sont autant de contraintes éloignées de la gratification du rôle de soignant. Il faudra alors éviter de céder à la culpabilité liée à cet écart entre l'idéal soignant et la pratique.

Les personnels ont alors besoin d'une aide spécifique et professionnalisée qui vise à les protéger, les soutenir, les écouter, les rassurer.

Quand un événement traumatisant ou bouleversant survient dans l'exercice professionnel, il faudrait, le plus rapidement possible, au cours de la journée, voire le lendemain, proposer à la personne une écoute individuelle ou collective de son ressenti émotionnel.

Ce que la personne a ressenti sur le moment, sous le coup d'une charge émotionnelle intense peut l'étonner, la choquer.

Parler ne sert pas seulement à dire les choses mais à exprimer dans le sens de sortir de soi des émotions qui peuvent être de véritables « poisons » si la personne les vit sur un mode culpabilisant.

Les professionnels de l'aide sous-estiment les risques de traumatisme sous prétexte qu'ils ont « l'habitude ». Ils n'ont pas le choix car l'être humain réagit forcément d'une façon ou d'une autre aux situations de la vie et le métier ne protège heureusement pas des émotions. Il s'agit de les canaliser au mieux afin de pouvoir aider les gens sans soi-même s'abîmer à chaque fois.

Le stress, qui se différencie du « burn-out », est une agression et une réponse à cette agression. La réponse est toujours biologique, elle permet à notre organisme de s'adapter, elle est stéréotypée, elle déclenche les mêmes mécanismes d'adaptation au niveau du cerveau et emprunte les mêmes voies, elle se traduit par une somme de sécrétions hormonales et de modifications biologiques elles mêmes responsables de somatisations. Cette réponse s'appelle le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) et comporte 3 phases : phase d'alarme : agitation, perte de contrôle, malaise ; phase d'adaptation ou de résistance : mécanisme réflexe d'autorégulation ; phase d'épuisement : apparition de maladies en cas d'impossibilité d'adaptation

Le SLA (Syndrome localisé d'adaptation) est intense mais réversible, par exemple dans le cas de surmenage par excès de travail, si on lève la cause le stress diminue.

Les conséquences du stress dépendent de la durée, de la nature et surtout de la violence des événements agressifs. On distingue des conséquences immédiates et des conséquences différées : angoisse, anxiété, hypertonie végétative. C'est l'accumulation du stress qui provoque cette sensation d'épuisement et peut aboutir au « burn-out ».

La façon de réagir est propre à chacun, à la personnalité, à l'âge, à la nature des événements stressants et à leurs conséquences, à la notion de responsabilité dans la souffrance de l'autre.

³⁰ PLOTON Louis, « La souffrance des soignants en gériatrie », La Revue de Gériatrie, T 6, n°3, 1981

Deux éléments importants interviennent : la perception des événements et situations, le contrôle perçu, la façon d'y répondre.

L'émotion marque plus nos décisions que la raison, on parle d'intelligence émotionnelle, c'est la capacité à reconnaître et diriger ses propres émotions et repérer celles d'autrui.

Le stress post traumatique est caractérisé par des troubles tardifs : troubles du caractère, colère, irritabilité; troubles caractériels avec anxiété, alcoolisation, usage abusifs de médicaments psychotropes, sentiment d'incompréhension, isolement, méfiance. Le temps de latence avant l'apparition des troubles peut être long, 6 mois parfois. Il provoque une dépression caractérisée par un syndrome d'évitement, des symptômes neurovégétatifs, une modification du mode de relations à soi, aux autres, au monde, une modification de l'image de soi, de la honte, de la culpabilité et des difficultés à prendre des décisions.

L'aide psychologique par les techniques de debriefing consiste à poser un gué entre le chaos du trauma et le retour à la vie civile, c'est plus une méthode préventive que curative, l'écoute et la verbalisation en sont les aspects centraux.

Au regard de ces risques potentiels pour les personnels du service, l'ASPANORD a intégré au temps de travail et au budget une vacation mensuelle d'intervention d'un psychologue, avec possibilité de sollicitation individuelle à tout moment par les salariés.

A - 4 - 3 - Les faits interrogateurs dans le service de soins : un problème de direction et un problème éthique

En lien avec les éléments précédents, le SSIAD observe des fonctionnements familiaux interrogateurs où l'épuisement représente un risque de passage à l'acte.

Au cours des 5 dernières années, le service de soins qui aide en moyenne 65 personnes par an pour une capacité d'accueil de 30 places, a repéré en moyenne 5 cas interrogateurs du point de vue des maltraitances par année.

L'analyse de la population concernée sur les 7 dernières années montre une grande variété dans les situations observées. La complexité de nombre d'entre elles où sont mêlées les notions de suspicion, d'incertitude et de jugement interroge les intervenants à la fois par rapport à leur attitude professionnelle et par rapport à leur capacité personnelle à supporter, puis à aider les personnes qu'ils découvrent dans le désarroi, ou encore par rapport à des actions préventives à organiser.

- Une observation de situations problèmes dans le service de soins à domicile

Nous proposons de décrire les situations problématiques, sous forme de cas cliniques, à partir des écrits de transmission des soignants, essentiellement ceux des aides soignants et de l'infirmière coordinatrice, puis d'analyser. A cela s'ajoute un cahier d'anomalies, premier outil construit avec l'équipe.

Le tableau récapitulatif des cas interrogateurs présenté en annexe permet de procéder à une première catégorisation descriptive. On distingue :

Des rapports parent-enfant où l'aidant est un enfant , souvent avec cohabitation chez l'enfant, avec :

- Des couples mère-fille avec un énorme investissement de la fille dans la prise en charge de sa mère, longtemps solitaire, que l'on peut qualifier de « sur-investissement ». Dans 3 cas sur 7 existe un contexte de maladie d'Alzheimer avec une lente dégradation physique et psychique de la mère et accumulation de troubles associés. Cette situation longue dans le

temps (plusieurs années) aboutit à une fin de vie désirée à domicile par la fille et la mère qui a pu l'exprimer dans la première phase de la maladie. Mais c'est une fin de vie épuisante, avec grabatisation, escarres, odeurs de putréfaction ... On note chaque fois un refus de la vieillesse du parent et un refus de sa propre vieillesse de la fille . L'histoire est souvent fusionnelle, avec des périodes de vie commune avant la dépendance, la mère ayant participé à l'éducation et la garde des enfants et la notion de don/contre-don est forte.

- Un cas de négation de la douleur par le fils, la belle-fille et le médecin traitant, figure référente pour eux du fait de son savoir médical, dans les 4 derniers mois de la vie de leur mère en phase terminale de maladie d'Alzheimer, avec des conduites d'acharnement thérapeutique. L'histoire des 5 années précédentes de prise en charge révélait seulement un refus d'aides autres que celle du SSIAD, notamment lors d'une démarche accompagnée avec l'informatrice aux personnes âgées (IPA) pour permettre à la belle-fille (âgée de 74 ans) d'être soulagée par une garde à domicile. L'hébergement temporaire fut accepté la dernière année à trois reprises, au moment où les enfants furent certains que leur mère ne s'apercevait pas du changement.

❖ Des personnes isolées ou vivant seules et qui n'ont que des intervenants professionnels :

Des hommes à l'histoire conjugale et familiale houleuses, divorcés, avec un contexte d'alcoolisation, abandonnés de leurs enfants, isolés, au caractère difficile, agressifs avec les soignants et les travailleurs sociaux, qui pourraient attirer de l'agressivité en retour de la part des soignants si on n'y prend garde par un dispositif de formation, compréhension, soutien ; pour le moins une mise à l'écart du fait de leur marginalité.

Des couples avec positionnement d'un aidant naturel qui comprennent :

- Des situations de conjugopathie sur des pathologies complexes et intriquées des deux membres du couple, sur contexte de pathologie alcoolique addictive le plus souvent des deux, avec une histoire de violence conjugale antérieure (cf vignette clinique). Parmi ces cas, la violence s'installe comme un mode de vie habituel, avec parfois un phénomène de répétition de génération en génération, une inscription de la violence dans l'histoire familiale.
- Des couples fonctionnant en symbiose apparente, où l'homme se dégrade (1 cas sur 2 atteint de maladie d'Alzheimer) et où la femme refuse toute aide extérieure, excepté le médecin traitant dont elle a médicalement besoin . Ces personnes ne donnent lieu qu'à des prises en charge de très courte durée (15 jours) de type essai, mais la porte ouverte à la demande réitérée du médecin se referme vite, y compris pour les informateurs aux personnes âgées. La suspicion reste le seul élément à partir d'observations courtes.
- Des couples qui ressemblent aux précédents mais où le conjoint (un homme et deux femmes sur les 3 cas de ce type) accepte l'aide avec réticence, après avoir accordé un peu de confiance aux intervenants extérieurs, mais une confiance fragile qu'il faudra toujours consolider, où l'on observe des privations de liberté, des contentions et enfermements, une brutalité dans des gestes excédés, une limitation de la parole, de l'expression de désirs, une cruauté verbale faisant de l'autre un objet encombrant mais qui fut un mari ou une épouse pour le meilleur et pour le pire, avec un fort rejet de la maladie accompagné de sentiments honteux.
- Un cas intermédiaire où le refus d'aide du mari pour sa femme atteinte de maladie neurologique dégénérative à 55 ans a fait place à une « pseudo-acceptation », d'abord par le biais d'animations de type vacances à la journée, puis par la sollicitation délicate de la fille aide-soignante dans un autre service de soins. On observe alors de grandes difficultés à obtenir de l'eau en quantité suffisante pour la toilette, du linge propre, une brutalité dans les gestes liés aux transferts et un refus d'aides techniques et de changes à usage unique, presque un refus de soin pour l'autre.

Des contextes particuliers sans désignation d'aidant familial particulier où la situation est largement subie tels que :

Des contextes d'histoires familiales complexes, douloureuses, avec mésestime de la fratrie, sur lesquels apparaît la dépendance d'un parent et se développe une maltraitance caractérisée de type spoliation ou multiple associant une entrée en institution d'hébergement brutale et sans consentement

- Des contextes ruraux précaires et frustrés avec une pauvreté sociale, économique et intellectuelle, où le parent est pris en charge « comme autrefois », (on n'envisage pas autrement), mais sans attention, plutôt comme un objet encombrant mais dont on ne peut décemment pas se débarrasser, pas même en le mettant en maison de retraite car il n'y a pas d'argent. On observe alors absence de soins, pas de changes malgré l'incontinence, pas de déshabillage pour le coucher, absence d'hygiène, pas de chauffage, un isolement social et affectif, sans parole adressée, sans relations sociales et avec refus des sorties proposées dans le cadre des animations (à quoi ça servirait ?), des contentions, peu de nourriture sans variété.
- Des situations d'abandon objectif ou subjectif avec une proximité géographique des enfants, parfois même un logement partagé, mais avec une présence lasse, excédée des enfants et un désinvestissement affectif complet. Le vieux est vécu comme une charge et l'aidant, car il aide quand même quand c'est absolument nécessaire ou sur quasi injonction des intervenants extérieurs, le lui fait sentir à chaque occasion par une cruauté verbale, des soupçons et gestes excédés, des pressions psychologiques qui aboutissent à une entrée en institution en saisissant l'opportunité d'un problème médical transitoire, sans le consentement de la personne (qui a pu précédemment lutter contre cette décision extérieure mais qui à la troisième tentative baisse les bras pour un cas sur trois).

La première catégorisation descriptive avec repérage des relations aidantes ou de leur absence donne lieu à une seconde catégorisation analytique. On peut dès à présent retrouver certaines des typologies précédemment décrites par Monique Membrado et Dechaux.

Les situations constatées et décrites par les professionnels à domicile et où se développent des comportements de type maltraitant, sur fond d'épuisement, sont à nouveau catégorisables en :

- situations de surinvestissement affectif de l'aidant pouvant aboutir à une privation de liberté, de choix et de décision de la personne aidée
- situations de sous-investissement affectif des aidants pouvant aboutir à des négligences, privations de soins et abandon
- situations complexes avec intrication des polyopathologies invalidantes des membres du couple aidant-aidé où violences et maltraitances sont présentes

- Une préoccupation partagée par les professionnels du secteur

A cet épuisement des membres de la famille, peut s'ajouter celui des professionnels. La réunion hebdomadaire et la présence de la directrice ou de l'infirmière coordinatrice aux moments d'accueil des personnels avant leur départ en tournée, et au moment du retour pour les transmissions dans le service, permet une vigilance par rapport à ces phénomènes. Mais le risque n'en reste pas moins à considérer.

Du côté des professionnels de santé libéraux, on assiste à une certaine lassitude, un abandon face à des situations dont ils ont l'impression qu'elles n'auront pas d'issue ou d'amélioration.

Ceci nous est révélé par l'étude complémentaire à partir :

- d'un débat avec les infirmières coordinatrices des SSIAD du département autour de « Droit au risque et domicile »
- d'un débat sur le même thème avec les médecins généralistes du secteur, complété par des entretiens individuels avec 5 d'entre eux.

Les questions posées par écrit avant l'entretien ou le débat étaient les suivantes :

1. Quels risques la situation d'aide au domicile présente-t-elle pour la personne aidée ? Pour les aidants ?
2. Comment les professionnels y réagissent-ils ?
3. Quelles attitudes particulières repèrent-ils ?
4. Sur quelles réflexions s'appuient-ils pour faire face à ces circonstances ?
5. Les professionnels tiennent-ils compte du consentement aux soins de la personne âgée ?
6. Est-ce qu'une aide extérieure pourrait les aider dans certains cas ? De quel type ?
7. Les professionnels pensent-ils que les familles pourraient aussi être aidées et comment ?

Le terme de maltraitance était écarté volontairement de la trame d'entretien afin d'éviter l'induction.

On retient que les médecins comme les infirmières décrivent très peu de maltraitances physiques en vers les personnes âgées mais plutôt des maltraitances affectives ou relationnelles.

D'autre part, si les risques décrits par les deux types de professionnels restent proches, les façons de les définir ou d'en parler sont assez différentes.

Lorsqu'on interroge les infirmières sur les risques pour la personne aidée dans la situation d'aide et de dépendance, elles emploient le terme « maltraitance » avec des anecdotes et cas pour illustrer. Les médecins généralistes hésitent ou sont réticents à l'utilisation du terme. Ils insistent sur la difficulté qu'ils ont à véritablement déceler des maltraitances de par leur positionnement extérieur (contrairement aux aidants à domicile qui entretiennent quotidiennement des contacts avec la personne) et du caractère souvent programmé de leur visite permettant à la famille de dissimuler certaines réalités.

Ainsi les infirmières paraissent plus actives dans le signalement quand il existe une suspicion de maltraitance, tandis que les généralistes sont plus méfiants à qualifier ou signaler ces situations.

Il n'en reste pas moins que le médecin traitant reste un vecteur incontournable que les infirmières disent utiliser le plus spontanément pour signifier la maltraitance. Elles invoquent l'autorité dissuasive du médecin et sa légitimité à prendre une décision pour agir.

Deux raisons sont invoquées pour justifier les difficultés de repérage, comparativement aux maltraitances à enfant : le système de signalement et d'action est plus repérable dans le secteur enfance et l'enfant dit toujours la vérité, tandis que la personne âgée adopte des stratégies d'évitement et de négation de ces situations. On notera l'aspect discutable du deuxième argument.

Dans la description des risques par les médecins, on observe la représentation que ce corps professionnel a de la personne âgée. Pour eux, le vieux est en position de faiblesse, de perte au fil des ans. Dans les situations de risque énoncées, la personne âgée est seule, souvent grabataire, et n'apparaît pas en position de faire des choix par rapport à l'aide qu'elle reçoit. Ceci confirme la représentation médicale déficitaire relatée dans la littérature.

Pour parler de leur façon de réagir, les médecins catégorisent les maltraitances en deux types :

les maltraitances « graves » visibles (bleus, fractures) contre lesquelles des sanctions immédiates sont prises (signalement et traitement judiciaire conjointement à l'hospitalisation pour soins), et les maltraitances « légères », (violences verbales, chantage) perçues plus difficilement et contre lesquelles ils ont peu de remèdes excepté l'hospitalisation de la personne maltraitée pour la couper de son milieu maltraitant et faire le point. Le constat est cependant que la personne reste bien souvent dans le même environnement sans modification réelle de la situation.

C'est une logique de « mise à l'abri des personnes » qui, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui est insatisfaisante puisqu'elle confond largement les désirs de la personne maltraitée (qui souvent « préfère » être maltraitée à domicile que « bien traitée » selon des critères médicaux à l'hôpital) et les pratiques de bonne conscience des aidants professionnels.

Si les médecins dénoncent l'infantilisation de la personne âgée par les membres de la famille et parfois les intervenants professionnels, ils sont eux-mêmes confrontés à cette tentation. En effet, ils font souvent alliance avec la famille, par facilité, plutôt qu'avec la personne âgée (même en l'absence de déficit cognitif), pour prendre des décisions la concernant. Cette attitude est assimilable à une déresponsabilisation de la personne âgée vis-à-vis de sa santé. C'est agir comme si la personne n'était pas majeure, ou en lui ôtant le statut de sujet.

Les médecins relatent les jeux de pression de la part des familles, avec la menace de le remplacer s'il n'accède pas aux stratégies thérapeutiques choisies par l'entourage, ceci renforce leur difficulté à se porter garant de la parole de la personne âgée.

La famille fait et défait ses alliances autour du médecin et des intervenants à domicile, c'est un pouvoir que lui confère la loi du marché et le libre choix d'un praticien. Elle contrôle ainsi la relation d'aide et cela s'avère une particularité du domicile.

Cette étude, si elle permet de découvrir les stratégies développées par les familles dans la relation d'aide, permet aussi d'appréhender des causes perçues comme favorisant le développement des maltraitances intrafamiliales.

Les professionnels interrogés laissent présager d'une influence de l'intensité de l'investissement dans la relation d'aide (que ce soit de la part du professionnel ou de la famille). Les professionnels préconisent le plus souvent une distanciation dans la relation d'aide. Ainsi, si l'abandon ou le désintéressement sont présentés comme créateurs de risques potentiels, la trop grande implication d'un aidant naturel ou d'un aidant professionnel constitue également un risque d'altération de la relation d'aide pouvant trouver une issue à travers des comportements inadéquats.

L'investissement, l'implication, entraînent un nécessaire contrôle de la situation et de l'affectivité qui peut déboucher sur des conduites sécuritaires.

Il semble que l'agressivité induite par la situation de dépendance, par la position de force possible face à la faiblesse ressentie du vieillard, doit elle-même être maîtrisée. On peut ainsi entendre la notion de « bientraitance » comme répondant à un désir de maîtrise de cette agressivité. La recherche est alors celle de bonnes pratiques, de normes, de réduction des risques et d'empêchement des dérives.

Si cela peut-être pressenti par les soignants, eux-mêmes les ressentent pour les familles : plus l'implication affective de l'entourage est ressentie comme forte, plus les tentatives de maîtrise de la situation sont prégnantes, souvent au détriment de la parole du sujet âgé. Des alliances avec les soignants sont alors tentées pour ajouter du poids au sentiment de bien faire, de bien agir, et ainsi diminuer la culpabilité. Cette recherche fonctionne aussi sur le versant du professionnel qui a également besoin d'abaisser son niveau de culpabilité pour supporter sa participation.

L'institution peut représenter le lieu qui permet la distance, la protection. Elle est aussi perçue comme offrant de meilleures garanties en ce qu'elle autorise un cadre normatif. L'institution soignante, hospitalière, est, pour les professionnels, le lieu idéalisé des pratiques soignantes « pures », entendue comme une marque du professionnalisme qui ne laisse pas de place à l'affectivité et qu'il s'agirait d'appliquer aussi à domicile dans une distance relationnelle suffisante à un bon exercice de leur métier. On remarque un désir de cliver la part affective et parfois angoissante de la relation pour ne retenir que les « bons » gestes, ceux qui soignent, s'adressent au corps. La situation est difficilement supportable pour les soignants lorsque la personne âgée refuse les soins ou la mise à l'abri par le biais d'une hospitalisation.

Enfin la culpabilité paraît partiellement évacuée dans le report de la responsabilité sur les autres professionnels. En ce qui concerne la relation à la personne âgée, les infirmières coordinatrices

reprochent aux aides soignantes et aux aides à domicile une incapacité à maintenir « la bonne distance », le débordement du cadre de leurs compétences ou le fait de générer de la dépendance. Pour les médecins aussi, ce sont les autres soignants qui infantilisent la personne âgée. Pour les médecins, les infirmières sont en première ligne dans la responsabilité du dépistage, eux-mêmes ne se sentant pas en position de pouvoir repérer les situations à risque ; pour les infirmières, au contraire, c'est au médecin que revient la prise de décision d'une action et le traitement de la gestion des conflits. Ceci pose la question de la volonté de réfléchir sur les pratiques, bien que les uns et les autres souhaitent travailler plus souvent ensemble sur les situations problématiques dans une perspective de coordination clinique.

- Une réflexion nécessaire

L'origine de la réflexion dans le service de soins remonte à un partage d'expérience douloureuse de l'équipe soignante au sens large puisqu'elle intégrait le personnel du SSIAD ainsi que le médecin généraliste, l'infirmière libérale et le kinésithérapeute. (cf Annexes éléments préparatoires à la réunion autour d'un cas)

C'est la reprise du cas et des souffrances exprimées par les soignants en réunion de coordination hebdomadaire qui a conduit à accorder une place particulière à ces questions qui n'étaient alors pas soulevées aussi « naturellement » qu'aujourd'hui. C'est à un apprentissage de repérage et de décryptage que nous avons procédé ensemble, puis à la formalisation d'un objectif de prévention figurant désormais dans le projet de service.

C'est également dans une perspective de management soucieuse d'éviter des répercussions psychologiques négatives du travail sur les personnels, en particulier le risque d'absentéisme, que le projet de service intégrait, depuis la création du service, un temps de soutien psychologique. Cette proposition, à raison d'une heure trente mensuelle, sur temps de travail et sur la base du volontariat et de la libre participation des salariés fut toujours inscrite au plan de formation annuel à la demande des soignants.

Le personnel d'encadrement pour sa part, s'il ne participe pas à ce temps institutionnel pour des raisons de facilitation de la libre expression des salariés, doit préserver un temps de recherche personnelle et de ressourcement en participant par exemple à un groupe de parole extérieur.

C'est à partir de l'observation et de la connaissance de ces cas que ma responsabilité de directrice du SSIAD est engagée. Par conséquent, nous devons mettre en œuvre une stratégie de direction concertée pour respecter les missions de prévention du service, en lien avec les partenaires médicaux et sociaux. A partir de l'analyse de cas nous élaborons des éléments de réponse complémentaires qui sont à leur tour évalués. Cette dialectique s'effectue dans un espace éthique.

A - 4 - 4 - Une articulation avec les acteurs du réseau gérontologique

Chacune des situations pointées par le service entraîne une articulation avec d'autres intervenants, en premier lieu le médecin traitant, souvent l'infirmier(e), mais très souvent aussi les équipes techniques dépendance du Conseil Général, de la CRAMB et de la MSA, partenaires essentiels depuis la mise en place de la PED en 1996 en Ille et Vilaine, parfois avec le tuteur .

Les questions des professionnels sont de différents ordres et à différents niveaux :

- quels risques la situation d'aide à domicile présente-t-elle pour la personne aidée ? pour les aidants ?
- comment réagir, dans quel cadre légal, au regard de quelle mission, de quelles obligations ?
- comment articuler secret professionnel et obligation de dénonciation ?
- quelles attitudes particulières peut-on repérer, quels signes annonciateurs, comment les décrypter ?
- sur quelles réflexions peut-on s'appuyer pour faire face à ces circonstances ?
- comment peut-on tenir compte du consentement aux soins de la personne âgée, même lorsque celle-ci présente des troubles du comportement à caractère de démence de type Alzheimer ?
- quels outils mettre en place dans un processus de prise en considération de ces situations, au delà du signalement au procureur ?
- quels sont les moyens d'aider les familles lorsqu'elles nous sollicitent ?

Autant de questions qui mettent les membres de l'équipe pluridisciplinaire en difficulté et obligent chacun de se positionner.

Ces questions mettent en évidence un décalage entre :

- d'une part les besoins des aidants dans l'accompagnement de leur aîné ou conjoint dépendant ; prise en charge le plus souvent entreprise de manière solitaire au début lorsqu'il s'agit d'une entrée progressive dans la dépendance ; puis qu'ils ont complété avec le dispositif d'aide et de soins auquel ils pouvaient accéder,
- et d'autre part les possibilités que les professionnels ont aujourd'hui de répondre à ces nouveaux aspects de dégradation des relations familiales, avec perte de tolérance, violences, abandons, abus et maltraitances, que ni les uns ni les autres n'avaient imaginé.

En l'absence de procédure et de moyens d'intervention coordonnés pour répondre aux situations repérées par le service de soins à domicile, le Conseil d'Administration de l'ASPANORD, au regard de ces éléments, et avec les professionnels de santé et les équipes médico-sociales du secteur a choisi d'intégrer cette problématique parmi ses priorités et dans le cadre de la mise en place formalisée de la coordination gérontologique sous la forme de CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance et de Médiation).

Les professionnels, faute d'avoir reçu une formation initiale ou continue sur les phénomènes de violence et de maltraitance, craignent de « pêcher par ignorance » et se sentent démunis face à un problème en voie de médiatisation qu'ils considèrent sous un angle nouveau. Lorsqu'ils sont confrontés à une situation qui leur semble relever du champ des maltraitances, ils s'adressent aux personnes et instances ressources dont le service de soins à domicile.

Cette demande d'aide des médecins, infirmiers, aides à domicile ou autres intervenants est motivée par l'objectif de compréhension, de clarification dans le but d'être en mesure d'accomplir une mission de prévention d'abord, d'accompagnement et de propositions d'aide aux aidants, voire de dénonciation si nécessaire.

La population étudiée est peu importante, du fait de la capacité du service, et du fait même du phénomène observé, mais la rareté des cas ne doit pas être un argument de désintérêt. Un seul cas oblige le directeur à mettre en place la réflexion et l'action.

Ainsi, nous tenterons de mettre en évidence les déterminants de situations maltraitantes au domicile, lors de la prise en charge des sujets âgés, en observant la convergence de facteurs susceptibles d'augmenter les risques, pour ensuite proposer une pratique coordonnée pour un accompagnement des situations repérées comme potentiellement maltraitantes dans une perspective de prévention.

Ces constats et interrogations locaux s'inscrivent dans un large problème de société, une priorité nationale venant d'être donnée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, conjointement avec

le Ministère de la Justice, notamment avec la création d'un bureau « Protection des personnes » au sein de la sous-direction des « Ages de la vie » à la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale). Mais pour être en capacité d'agir il faut comprendre les données complexes de ces interactions entre l'aidant et la personne âgée dépendante, dans une prise en charge le plus souvent durable. C'est pour poser une hypothèse explicative du phénomène observé à partir du service de soins à domicile que nous ferons appel à des théories qui permettent de comprendre en amont et d'expliquer.

2 ème partie : Les maltraitances et les violences : l'émergence d'un problème gérontologique

La violence n'est pas un phénomène nouveau, la peur de la violence non plus. Mais, de tout temps, elle a été dite nouvelle et urbaine.

Pour l'historien Jean-Claude Chesnais³¹, invariablement discours et écrits répètent les mêmes erreurs et restituent les mêmes clichés : une agressivité nouvelle marque les relations impersonnelles et sociales. De même que la violence n'est pas nouvelle, elle paraît être un de ces phénomènes dont nul ne pense qu'ils puissent diminuer.

La violence est un sujet complexe. C'est aussi un domaine où l'irrationnel tend spontanément à l'emporter sur le rationnel. L'opinion a souvent tendance à avoir une vision idyllique du passé.

Le phénomène des personnes âgées victimes de mauvais traitements, d'abus et de négligences était occulté, voire insoupçonné jusqu'au début des années 1980. Aux Etats Unis et en Europe du Nord, quelques professionnels ont commencé à faire des communications sur les sévices aux vieillards et très lentement ont fait prendre conscience de ce problème. En France, le Pr Hugonot est le premier à alerter l'opinion. En 1987, il participe à un colloque sur le thème de « la violence au sein de la famille » organisé par le Conseil de l'Europe. Il y rencontre Ida Hyde, auteur d'une étude épidémiologique en Finlande, et décide d'entamer la recherche épidémiologique en France. Il commence par un travail d'information avec une communication devant l'Académie Nationale de Médecine en 1990 puis en publiant « Violences contre les vieux ». Il favorise ainsi la prise de conscience de ce problème par les professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Dans les années suivantes il crée l'association ALMA (Allô maltraitance) et met en place une première permanence d'écoute téléphonique à Grenoble.

B 1 Définir pour connaître et comprendre

B - 1 - 1 - Définitions générales préalables

Souvent dans le langage courant, les termes violence, agressivité, abus, négligence, maltraitance sont utilisés indifféremment pour désigner une même réalité. Définir ces mots dont l'usage n'est pas sans influence sur nos comportements permet de connaître pour comprendre.

Les définitions proposées des concepts clés sont issues de la recherche à partir des dictionnaires et d'ouvrages référencés en bibliographie, en particulier du mémoire du Diplôme Universitaire de

³¹ CHESNAIS Jean-Claude, « Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours », Paris, Pluriel, Laffont, 1981, 511 p.

Gérontologie Sociale de Monique Mallier³², Directrice des soins infirmiers au Centre Hospitalier de Nord Mayenne avec qui je collabore ponctuellement depuis l'accompagnement de son propre travail de recherche sur le versant institutionnel.

- L'agressivité

Le terme agressivité vient du latin *ad gradere* et signifie marcher vers. L'expression était utilisée pour indiquer la marche de deux troupes allant à la rencontre l'une de l'autre. L'étymologie renvoie au latin *agressio* qui signifie attaque. Ainsi, très tôt, sont désignés l'acte qui consiste à porter atteinte à la personne ou à la vie de quelqu'un ainsi que l'auteur de cet acte dans une situation passagère. Cette situation peut être résolue par l'intervention extérieure, par un retournement d'intention du sujet et punie dans les conditions fixées par la loi.

Le concept d'agressivité introduit la notion de durée dans le temps. Il s'agit alors d'une disposition permanente à l'agression dans laquelle l'événement extérieur est ramené à un rôle déclenchant spécifique, disposition particulière à certains sujets. Au cours du 19^e siècle, puis du 20^e siècle, le glissement de signification s'effectue dans le sens d'un trait de caractère ou de personnalité qui rend un sujet plus vulnérable à l'agression des autres.

Le dictionnaire Larousse définit l'agressivité comme « une tendance à attaquer, une forme de déséquilibre psychologique se traduisant par une hostilité permanente à l'égard d'autrui ».

L'agressivité est une tendance, une disposition à ..., une qualité de l'être humain. Elle n'est pas une action mais un trait de caractère ou de personnalité de l'individu lui-même qui le rend plus vulnérable à l'agression. C'est cette disposition à un comportement agressif qui dans le passage à l'acte deviendrait violence.

L'agressivité constitue avant tout un comportement dirigé contre un individu et dont l'objectif est de lui nuire, lui faire mal ou le détruire. Cette agressivité peut être directe, mais peut s'attaquer de façon indirecte à des objets ou des valeurs qui appartiennent à autrui.

L'agressivité est une réaction vitale face à ce qui menace l'existence, l'intégrité, le territoire d'un être vivant : en cela elle est commune aux hommes et aux animaux dans leur commun combat pour survivre, dans leur « *struggle for life* ».

C'est un comportement de défense contre ce qui fait obstacle à la puissance d'exister de tout individu.

On peut donc dire qu'il y a une agressivité saine qui manifeste l'envie de vivre face à ce qui la met en péril, l'agressivité serait alors une réaction de santé, de vitalité face aux empêchements de vivre ressentis en soi et autour de soi.

Tel un vieillard qui ne peut se déplacer seul est laissé dans sa chambre ; il est mis dans l'impossibilité d'exprimer l'énergie physique qui lui reste et développe un comportement agressif face à ceux qu'il estime l'empêcher de sortir. Il témoigne par cette attitude qu'il ne se résigne pas à la situation qu'on lui impose et que ses forces vitales sont encore présentes.

A l'inverse d'autres subissent sans réagir des conditions de vie qui inhibent l'expression de leur vitalité : ils adoptent une attitude passive, résignée, apathique, mutique.

L'agressivité peut parfois devenir destructrice pour la personne elle-même ou pour ceux qui l'entourent : ce comportement cherche alors à atteindre l'autre (ou soi-même) pour lui ôter quelque chose de sa vie, voire pour lui nuire, et ceci à défaut de pouvoir le diriger vers ce qui fait réellement obstacle à la force vitale.

L'agressivité est un mode de relation, de langage, un mécanisme de défense.

³² MALLIER M, « Les violences institutionnelles envers les personnes âgées : identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques », Nantes, Mémoire de Diplôme Universitaire de Gérontologie Sociale, 1997

Par conséquent, l'agressivité n'est pas forcément une attitude qu'il faudrait faire disparaître, par contre il conviendrait de mettre en œuvre ce qui peut éviter qu'elle soit destructrice. Face à une conduite agressive, il est important de la décrypter pour analyser avec la personne ce qui fait réellement obstacle à sa force vitale pour chercher ensemble comment l'affronter ou pour l'aider à prendre conscience qu'elle se trompe de cible. Ceci suppose de pouvoir y mettre des mots et pour l'entourage de ne pas se tromper d'interprétation.

- La violence

A l'inverse de l'agressivité qui s'exprime uniquement dans un rapport de personne à personne, la violence peut caractériser des situations, des événements et s'exprimer aussi contre des choses.

Si seuls les êtres vivants sont agressifs et ne le sont qu'entre eux, on peut dire qu'une couleur est violente.

Le terme est aussi utilisé pour nommer l'insurrection, lorsque des hommes opprimés, réprimés, non reconnus, se rassemblent, se soulèvent, se font voir, manifestent.

Il s'agit alors d'un mouvement de révolte contre ce qui fait obstacle à la jouissance de son être. Il y a donc violence, s'agissant des personnes, lorsque quelqu'un vise à se faire reconnaître alors que cela lui est refusé. La violence est alors des deux côtés : du côté de celui qui empêche la reconnaissance et du côté de celui qui réagit à cette non reconnaissance.

Ainsi par exemple, elle peut venir de la famille, des soignants ou des travailleurs sociaux qui ne prennent pas en compte les besoins et les désirs de la personne âgée, dans son expression propre.

Elle peut aussi venir d'une situation ressentie comme violente, telle celle des personnes désorientées, (violence de ce qui advient en elles, violence aussi des conditions dans lesquelles la société accorde ou non une place aux vieux), situation qui à son tour peut engendrer la violence de ceux qui la subissent.

Ce mot issu du latin vis signifie la force brute, c'est la force vitale sans connotation agressive ni sadique. Faire violence implique l'utilisation de la force d'une manière abusive ou sous une forme déchaînée, incontrôlée. Le substantif violence a un sens double : la force en mouvement et le dommage pour autrui. Le sens d'une force naturelle brutale, sans ordre s'applique au vent et à la tempête, au soleil, au vin ... Elle est l'inorganisé qui précède l'existence des individus et des sociétés, avant que la loi ne crée, ne structure et ne les protège.

Puis la violence désigne un abus fait de la force, dans le sens où la force prime sur le droit c'est à dire lorsqu'elle s'exerce en dehors de toute légalité et de toute légitimité. Ce n'est qu'au début du 19e siècle (1804) que le code civil définit le sens juridique, conservé depuis, de « violence ».

Dans la plupart des dictionnaires, la violence est définie comme force brutale mais nous y retrouvons la notion d'abus, de dépassement des limites autorisées par la loi.

Freud fut probablement le premier à rechercher l'existence d'une espèce de violence innée, de brutalité naturelle. Dans toute son œuvre il fait allusion à cette catégorie d'instinct brutal primitif dénué de tout sadisme, lié à un besoin d'auto-conservation placé du côté des pulsions de vie. Le sujet se voit seulement poussé à se défendre contre les menaces extérieures. L'acte violent est à un moment donné la seule solution. La violence libère les tensions. Ce qui ne peut s'exprimer au travers des mots s'exprime par la violence, ou, ce qui est réprimé, d'une manière ou d'une autre, finit par jaillir de manière violente.

Jean Bergeret dans son livre « La violence et la vie »³³ rejoint la position freudienne et parle de l'existence d'un instinct violent primitif. Pour lui la violence fondamentale, présente chez tout être humain, constitue un instinct de vie, ou plutôt de survie, c'est à dire une attitude mentale défensive à l'égard de l'autre, sans aucune connotation haineuse ou sadique. La violence naturelle, pur instinct

³³ BERGERET Jean, « La violence et la vie », Paris, Payot, 1994, 254 p.

de conservation, n'est ni « bonne », ni « mauvaise » en soi. Elle existe tout simplement en tant que dynamisme premier ; elle va évoluer selon les modalités de maturation affective dont aura pu bénéficier le sujet auprès de ses environnements successifs, en commençant par les plus précoces, ceux de la petite enfance. Par contre le psychiatre genevois Samitéa met l'accent sur l'intentionnalité, la volonté de nuire. Il considère que « toute violence est un acte dirigé contre une personne visant à produire une souffrance physique ou une atteinte à son intégrité physique, voire à sa destruction ».

Nous retenons de cette brève incursion du côté du sens le caractère polysémique du terme violence. La violence est représentée par des actes et des manifestations qui l'extériorisent et par les conséquences de ces actes sur les individus. Elle s'exerce à l'encontre d'une personne, elle peut viser à lui porter atteinte ou à le détruire dans le but de lui nuire.

Cet instinct violent et primitif est souvent confondu avec l'agressivité.

- Une différenciation nécessaire trop souvent négligée

La différenciation entre violence et agressivité est nécessaire aux analyses ultérieures que nous reprendrons ou proposerons au regard de notre positionnement de directeur. En effet, l'agressivité interpelle le lien et convoque l'autre tandis que la violence est destructrice du lien, « déssubjectivante » et « symbolicide », si on se place dans la perspective de la clinique du lien, perspective proposée par le groupe « violence » du CSTS (Conseil Supérieur du Travail Social).³⁴

Ces différences sont essentielles car pour un même type de comportement comme une agitation de jeunes, pour prendre un exemple hors champ, l'analyse va être différente : on peut être dans le registre d'un appel qui cherche par cette manifestation à provoquer une écoute, cela interpelle l'interlocuteur. C'est alors une tentative de restructuration du lien social en souffrance. Dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes, nous observons ce même phénomène d'appel par la voie de l'agressivité. Les manifestations d'agressivité sollicitent l'écoute.

La violence est d'un tout autre registre, elle est destructrice et meurtrière même si elle se manifeste par des mots, par du harcèlement moral, par une absence de regard qui dénie toute humanité, toute dignité à l'autre, autant de situations observées dans les cas cliniques décrits par les soignants.

- La maltraitance

Dans le Petit Larousse on peut lire : « mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées...) ». Dans le Petit Robert, maltraiter signifie : « traiter avec brutalité, battre, brutaliser, frapper, malmener, traiter avec rigueur, inhumanité : brimer, rudoyer ; traiter sévèrement en paroles une personne à qui l'on parle : malmener, secouer ; ou dont on parle : critiquer, éreinter ».

En effet l'idée de maltraitance ne concerne tout d'abord que des rapports d'homme à homme (à la différence de l'agressivité qui peut être présente chez l'animal et de la violence qui peut concerner des choses).

Ensuite est lié à la notion de maltraitance celle de jugement : on traite l'autre mal et il s'agira de se demander ce qui est mal et par rapport à quels critères. Ce qui caractérise la maltraitance, c'est que l'on traite l'autre homme de manière non humaine, on traite le sujet comme un objet, une non-valeur. On a, en tant qu'homme un comportement jugé inhumain. La violence qui caractérise la maltraitance, c'est le comportement qui viole l'humain en soi et en l'autre, avec perte de dignité pour celui qui maltraite comme pour celui qui est maltraité.

³⁴ Conseil Supérieur du Travail Social, Commission Violence, Rapport d'étape présenté au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2000.

Tout comportement de maltraitance fait subir à l'autre une violence en le rabaisant à la condition de chose. Ce n'est pas sans raison que la maltraitance est souvent liée, face aux enfants comme face aux vieillards, à un statut de dépendance, de manque d'autonomie, qui semblerait faire perdre de vue la capacité de la personne à rester sujet.

Face à celui qui a « perdu la tête », qui voit ses facultés diminuer, que la vieillesse et/ou la maladie fragilisent ou dégradent, la tentation peut survenir de prendre ces apparences pour de la déchéance, de considérer que l'autre n'a plus figure humaine, qu'il a perdu sa dignité. La tentation consiste à le dévisager en le réduisant à ce qu'il donne à voir, parfois un « cadavre ambulante » comme le montre Jean Maisondieu³⁵, et à ne plus le considérer humainement et par là même à adopter un comportement de protection de soi qui le réduit à un objet. C'est ce à quoi en sont « réduits » trop souvent les vieux lorsqu'on n'arrive plus à envisager les êtres autrement, lorsque ce qui est perçu par les sens empêche de trouver un sens autre, au delà du visible, de l'aspect matériel si douloureux pour chacun.

On peut distinguer d'une part les mauvais traitements qui sont « une action délibérée de la personne en charge du sujet âgé qui n'assure pas les besoins, créant ou pérennisant ainsi un préjudice physique, psychologique ou financier », et d'autre part les manques de soins définis par « un défaut d'intervention d'une personne en charge du sujet âgé qui ne prodigue pas les soins essentiels, malgré l'existence de moyens connus et disponibles ».

Lorsqu'on parle de maltraitance, on se rapproche des notions d'abus (intentionnalité) et de violence (passage à l'acte).

En ce qui concerne notre sujet on pourrait dire que toute maltraitance est violence ou peut entraîner à son tour des manifestations violentes mais que toute violence n'est pas forcément de la maltraitance.

- La négligence

C'est « l'action, le fait de ne pas se soucier de quelqu'un ; le manque d'égards, d'attentions, la désinvolture envers quelqu'un » nous dit le Robert, tandis que le Larousse complète : « c'est l'action de négliger une chose, de ne pas en tenir compte, le manque de soin, d'application, l'indifférence réelle ou affectée envers quelque chose ou quelqu'un ».

Une distinction est faite entre négligence active et négligence passive. La négligence passive comporte l'omission d'un acte provoquée par exemple par ignorance ou incapacité. La négligence active suppose l'omission d'un acte en sachant que ce laisser-aller peut causer du tort à la personne. Plusieurs auteurs y ajoutent l'auto-négligence qui comprend les blessures que la personne âgée s'inflige à elle-même et l'incapacité qu'elle a de voir ses propres besoins. Cette forme de négligence chez la personne âgée est le résultat d'une perte d'autonomie physique ou/et mentale, et la famille y souscrit, en quelque sorte, par son comportement et son attitude.

Donc, la négligence suppose l'omission d'un acte, avec ou sans volonté de nuire, qui cause du tort ou du mal à la personne âgée.

- L'abus

Pour le Robert c'est « l'action d'abuser de quelque chose, l'usage mauvais, excessif d'une chose », pour le Larousse « une mauvaise coutume qui s'est établie ; injustice ».

³⁵ MAISONDIEU Jean, « Le crépuscule de la raison », Paris, Bayard, 1993

L'abus est un concept qui semble se rapporter à des actes plus sérieux, plus graves que la négligence. Dans l'abus, il y aurait intention de causer du tort ou des dommages, de profiter d'autrui ou de ses biens.

L'abus inclut les abus de pouvoir, les abus de faiblesse, dans une situation interactionniste de dépendance au sens d'Albert Memmi. Les personnes qui présentent une défaillance intellectuelle attirent vers elles les violences et les négligences sur la base de l'abus de faiblesse.

La notion d'abus fait également référence à l'abus d'autorité, elle concernera autant un professionnel qui abuse de son statut pour imposer à l'autre une décision qu'un aidant naturel qui se trouve en position de force vis à vis du vieillard affaibli.

Les concepts d'abus et de négligence gravitent autour des notions d'intentionnalité et de non intentionnalité. L'abus suppose plutôt une intervention active du responsable alors que la négligence semble répondre davantage à la passivité.

Ces repères théoriques permettent de resserrer ces concepts dans leur application à notre champ d'intervention. Le fait d'interroger le sens et les définitions doit éviter au professionnel l'étiquetage rapide, abusif et préjudiciable. Car il existe un risque réel de perte de sens à mettre tous ces phénomènes et manifestations sous l'unique terme générique de maltraitance. C'est aussi l'utilisation fréquente, massive, du terme dans l'exercice professionnel que nous interrogeons en tant que directrice. Apprécier un acte comme relevant ou non d'une violence reste marqué par le subjectif. Le directeur est aussi garant d'un usage juste et approprié des mots qui qualifient les comportements et les pratiques, dans un espace de débat éthique pluridisciplinaire.

B - 1 - 2 - De quoi parle-t-on dans le champ gérontologique ?

De quoi parle-t-on sous le nom de violences quand celles-ci s'adressent à des personnes âgées ou autour de la prise en charge de sujets âgés ?

Après les définitions générales ci-dessus, nous devons mentionner, en raison de sa fréquence d'utilisation, la définition donnée par le Conseil de l'Europe en 1987.

« *La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie , à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.* »

Les deux mots : acte et omission ont toute leur importance. La violence est caractérisée à la fois par le geste violent et par le manque. Pour les personnes âgées la violence par le manque apparaît majoritairement et là où nous éprouvons déjà des difficultés à dénoncer une violence par action, la tâche devient encore plus complexe avec l'omission, car elle n'est pas forcément perçue comme une violence par celle ou celui à qui elle s'adresse.

- Une classification internationale

Au delà de cette définition de base, nous nous référerons aux classifications internationales³⁶:

- Les violences physiques, celles dites visibles; Elles ne représentent que 5 % de l'ensemble.
- Les violences psychologiques, la maltraitance verbale, langage grossier, cruauté mentale, menace, exclusion affective

³⁶ HUGONOT Robert, « La vieillesse maltraitée », Paris, Dunod, 1999, 233 p.

- Les violences financières, elles concernent l'argent, les biens, la rétention de pension, la signature de chèques la main forcée, l'héritage anticipé, les vols divers (au sein de la famille, un vol n'est jamais un délit).

- La violation des droits du citoyen, c'est l'utilisation du droit de vote chez des personnes devenues incapables d'émettre un jugement.

- La violence médicamenteuse, les médicaments prescrits ou non par le médecin sont donnés pour apporter le calme, empêcher une personne de déambuler (excès de neuroleptiques, de somnifères), mais c'est aussi la privation de médicaments (chez les cardiaques, les diabétiques ...) et de soins.

On considère ensuite deux catégories de négligences: la négligence active, très proche de la violence, c'est enfermer à clé quelqu'un dans une pièce, voire un placard, l'attacher sur une chaise ou dans un lit pour éviter qu'il ne bouge, le placer autoritairement dans une institution...

La négligence passive c'est l'oubli, on oublie qu'il y a une personne âgée seule dans la maison, on oublie de lui donner à manger, de l'aider à faire sa toilette, de l'aider à marcher, autrement dit on oublie de compenser ce qu'on appelle l'auto-négligence.

Cette classification largement diffusée qui sert de base dans l'approche du problème des maltraitements comporte des limites, en particulier du point de vue de l'analyse.

Cependant, elle peut être reprise en lien avec les définitions précédentes des concepts.

- Une articulation des concepts et des catégorisations pour apporter des pistes de réponse au problème

De cette articulation nous dégagons deux axes croisés selon le critère d'intentionnalité ou de non intentionnalité, et selon le caractère passif ou actif du comportement.

Ces axes servent à observer ou à enregistrer les plaintes pour dégager des facteurs de risque puis proposer des pistes de prévention et d'intervention adaptées.

Nous confrontons les repères théoriques à l'étude et l'analyse de population réalisée dans le service. Celle-ci montre que sur la même personne nous pouvons constater côte à côte un certain nombre de violences, de négligences ou d'abus qui seront différenciés et analysés au regard des concepts appréhendés.

Par ailleurs nous observons de l'agressivité, parfois de la violence, de la part des personnes âgées aidées à l'encontre des pourvoyeurs de soins et d'aide. Nous verrons que ces comportements sont le produit d'interactions dans le couple aidant/aidé.

Mais, pour les intervenants extérieurs, services d'aide ou entourage plus éloigné, ces modes de vie observés sont pour le moins étonnants, voire insupportables. L'envie est alors forte de dénoncer alors que les victimes ne se plaignent pas, d'où les difficultés rencontrées renforçant le caractère tabou de cette violence.

Le jugement moral est souvent retrouvé dans les écrits de transmission des soignants, encore plus dans les transmissions orales: « c'est inadmissible ». Les notions de Bien et de Mal s'affrontent alors pour chacun d'entre eux et le risque réside alors dans la production d'un traitement moral. Nous devons être attentifs à ces tentations de résolution, par l'entrée en institution ou l'hospitalisation « débarassantes », des « déportations » en quelque sorte, solutions qui peuvent devenir à leur tour maltraitements.

D'autre part, dénoncer ces abus pour les aidants extérieurs, c'est peut-être prendre le risque d'ôter à la personne maltraitée le minimum de protection mis en place à un moment donné. La prudence s'impose donc. Il importe de mesurer si le fait de porter à la connaissance du juge la situation de maltraitance ne va pas aller à l'encontre de la protection de la personne, afin d'éviter de lui nuire.

Nous reprenons ici les propos de Ida Hydle³⁷: « déterminer la différence entre les actions acceptables et abusives est une question de conscience, cela implique qu'en dernière analyse la définition et le diagnostic dépendront d'un jugement de valeur nécessairement subjectif et propre à chaque chercheur et professionnel. »

Notre travail sera plutôt de l'ordre d'une recherche de compromis entre la protection de la personne et la tentative de mettre en mots ce qui se passe dans le contexte familial. C'est à dire qu'avec la famille, creuset de toutes ces violences, où personne ne parle de ce qui se produit, nous, intervenants, allons tenter d'amorcer un discours. Lorsqu'un service est demandé, le médecin est sollicité, c'est comme une porte qui s'entrouvre. C'est d'abord la tolérance que nous montrerons à l'égard de ce que nous découvrons et le respect des protagonistes qui va rendre possibles certaines exigences en vue d'améliorer le quotidien de ces personnes.

Les modèles théoriques sont essentiels à la compréhension et l'appropriation d'une question, mais c'est la création d'un espace de discussion multidisciplinaire et les moyens d'y accéder qui constituent notre devoir de directeur, en prenant garde à ne pas produire un décalage entre un cadre théorique et un cadre d'exercice pratique.

Les catégorisations de la partie consacrée aux définitions sont alors à utiliser en lien avec les catégorisations réalisables par chacun des soignants.

B 2 Premières études et éléments épidémiologiques

On a coutume d'utiliser le terme épidémiologie pour étudier les « facteurs déterminant la fréquence et la distribution des maladies dans les populations humaines »³⁸

La maltraitance n'étant pas une maladie mais un phénomène complexe et émergent, il s'ensuit une difficulté dans son appréciation chiffrée, non seulement en raison du secret qui l'entoure, mais aussi sans doute parce que les quelques études disponibles ne concernent pas toutes la même chose. On côtoie deux risques : celui de surestimer le phénomène si le champ a des frontières trop floues et celui de le sous-estimer si la définition est trop étroite. Nous resterons donc prudents et nous contenterons de citer le Pr Hugonot qui a synthétisé plusieurs enquêtes étrangères et faisait état en 1998 d'une atteinte de 5% des plus de 65 ans et 15% des plus de 75 ans.³⁹

En France, l'expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA constitue la source essentielle de données épidémiologiques à partir de la plainte.

C'est donc à partir du rapport rédigé en février 1999, à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale que nous dresserons l'état des lieux. La décision de saisir le problème de la maltraitance des personnes âgées par l'organisation d'un réseau national d'écoute fut prise en 1995, soutenue par la Fondation de France, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, la Caisse Nationale de Prévoyance et le Ministère de la Santé.

B - 2 - 1 - La création d'un réseau d'écoute et de recueil des plaintes : ALMA

- **Fonctionnement du réseau ALMA**

Ce réseau fonctionne avec des retraités écoutants bénévoles, formés à l'écoute et aux différents aspects de la maltraitance des personnes âgées. Cette organisation s'est réalisée « à la fois en

³⁷ Hydle Ida, « Violences aux personnes âgées au sein de la famille », in « La maltraitance des personnes âgées », Société Rhône-Alpes de Gérontologie, octobre 1992

³⁸ Le Petit Larousse, Dictionnaire Encyclopédique, Paris, 1996

³⁹ HUGONOT Robert, « Détresses cachées, vieux en danger », Nantes, Congrès de Gérontologie, CODERPA, juin 1998, 87 p.

fonction de l'impécuniosité initiale, mais aussi pour que les retraités eux-mêmes prennent mieux conscience des risques des conditions de vie liées au grand âge » précisent Robert Hugonot et Françoise Busby⁴⁰ la coordinatrice du réseau. Ce sont aujourd'hui 11 antennes d'écoute munies d'un téléphone répondeur/enregistreur qui fournissent au siège national le résultat des appels reçus et donnés. Trois groupes composent l'antenne active : des bénévoles écoutants, des référents (professionnels ou retraités bénévoles) et un Comité Technique de Pilotage comprenant des représentants de toutes les professions sanitaires, sociales, judiciaires, des représentants de la DDASS, de la Direction Santé Solidarité, d'associations d'aide à domicile, de familles d'accueil, de téléalarme, des gériatres, des psychiatres, des psychologues, des avocats, des notaires... tous sensibilisés par cette question. Ce comité a pour rôle d'informer, conseiller les référents et les bénévoles écoutants sur les modalités de traitement des dossiers, d'être informé sur les difficultés rencontrées par les personnes âgées, les familles, les professionnels qui travaillent à domicile ou en institution, d'analyser les facteurs de risque de maltraitements en milieu familial ou institutionnel, de mettre en place des moyens de prévention.

- L'anonymat et la confidentialité

L'antenne ALMA a une boîte postale qui évite les visites imprévues et préserve l'anonymat du lieu d'écoute et des écoutants. Une ligne téléphonique indépendante avec répondeur enregistreur permet aux appelants de laisser un message ou un témoignage qui peut être anonyme. Tous les messages, même anonymes, sont notés afin de procéder à une enquête si nécessaire lorsque des noms de personnes ou de résidence sont répétés, ceux-ci restent toujours confidentiels.

- Evaluation de l'écoute

Il apparaît trois niveaux de compétence : les écoutants recueillent la plainte par écrit, les référents en prennent connaissance et décident d'un certain nombre d'appels pour compléter le dossier, les consultants décident avec les référents de la suite à donner...

- Le recueil de la plainte

Les plaignants sont par ordre de fréquence : les membres de la famille de la victime, des voisins, des personnels travaillant à domicile ou en institution, des personnes âgées elles-mêmes. « Beaucoup d'entre eux ont besoin de parler, raconter, déverser leur angoisse, leurs soupçons, leur rancœur, leur fureur parfois sur quelqu'un qui les écoute avec bienveillance » nous disent les responsables d'ALMA. « Plusieurs des récits sont à ce point complexes qu'il convient de solliciter l'envoi d'une lettre ou d'un dossier. Cette demande effraie certains qui redoutent d'avoir à écrire ce que leur parole prolifique déverse sur l'écouteur. Il est alors bon que les écoutants soient deux : l'un écoute, fait compléter le récit, l'oriente, pendant que le second écrit l'histoire soumise ultérieurement au référent. »

Lorsque la victime elle-même appelle, il peut s'agir d'un syndrome délirant (délire de persécution en général bien connu des services sociaux et parfois psychiatriques, mais il doit être vérifié. Un délirant n'est pas pour autant écarté car il souffre mais le relais est alors passé aux instances de proximité.

Lorsque les plaignants sont « de la famille », il est fréquent qu'ils accusent alors d'autres membres de la famille de maltraiter leur aïeul et d'autres avis sont sollicités.

- Analyse du traitement des appels

La progression du nombre des appels est proportionnelle à l'intérêt croissant du public et des professionnels pour ce thème si longtemps resté tabou. Cela ne signifie pas que les maltraitements augmentent mais que leur connaissance est meilleure. La presse est un outil essentiel de sensibilisation et d'information. Chaque fois qu'un article paraît, avec diffusion du numéro des antennes ALMA, le nombre d'appels croît dans les jours suivants.

⁴⁰ HUGONOT Robert, BUSBY Françoise, « Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA », Gérontologie, n° 111, octobre 1999.

La coordinatrice du réseau ALMA, note l'orientation nouvelle du service vers l'encouragement à la prise en charge de la situation, à la tentative de conciliation, à la recherche d'aides sur place.

- L'instruction du dossier

Sauf s'il provient d'un professionnel qui a déjà acquis la certitude de sa réalité et sollicité un conseil, le signalement d'une maltraitance demande à être confirmé, complété par d'autres témoignages (fratrie, médecin de famille, soignants, notaires...). Lorsqu'il s'agit d'une plainte contre une institution, c'est la répétition de plaintes concordantes et l'interrogation des autorités de tutelle qui confirmeront la réalité.

Parfois, en cas de conflit familial apparemment insoluble, ALMA propose sa « médiation-conciliation » lors d'une réunion des accusateurs et accusés.

- Vers un dispositif de prévention

La formation proposée par ALMA est réalisée en direction des bénévoles écoutants, en première intention, mais aussi vers les professionnels dans les cadres de conférences. Mais ce ne sont que les formations proposées aux élèves infirmiers, aux élèves aide-soignants, aux assistants sociaux, aux médecins, mais aussi aux directeurs de services gérontologiques ou d'établissements d'hébergement qui permettront d'engager un processus véritable de réflexion-action.

B - 2 - 2 - Synthèse des formes de maltraitance des personnes âgées

Les premières données furent d'abord recueillies par les bénévoles sur 5 sites expérimentaux parmi ceux qui disposaient d'une bonne infrastructure gérontologique ainsi qu'une plate-forme gériatrique sérieuse et d'un consensus entre tous les partenaires sociaux, juridiques, administratifs et privés.

- Données générales

En moyenne nationale 1995-1998, les **maltraitements financiers** arrivent en tête avec 27,7% des plaintes, puis viennent les **maltraitements psychologiques** : 26,9%, les **atteintes physiques** pour 15,1% ainsi que les **négligences** à 15,1%, enfin les **maltraitements médicamenteux** pour 4,2% et 11% d'autres formes de maltraitements.

De 1995 à 1997, 16% des personnes âgées ont elles-mêmes appelé ALMA, et en 1998 22%, progression consécutive à la publication d'articles dans les revues de caisses de retraite. Parmi ces appelants âgés, 5% présentent des symptômes de confusion, de délire de persécution, de paranoïa, de troubles psychiatriques graves.

La majorité des victimes sont des femmes, 75% contre 25% d'hommes, taux stables depuis 1996.

La majorité des cas signalés concernent des personnes âgées de 70 à 80 ans, avec une augmentation du taux de personnes âgées de plus de 80 ans, tranche d'âge plus fragile car plus souvent dépendante de l'entourage tant familial que professionnel. Les plus âgées et les plus touchées ne peuvent pas appeler ALMA elles-mêmes. Elles font partie de cette génération qui n'a pas utilisé le téléphone au quotidien et, surtout, elles n'ont pas accès à l'information.

Les auteurs de maltraitements appartiennent à la famille dans 52,9% des cas, ils sont constitués de personnels d'établissements d'hébergement ou de services dans 19,6% des cas et enfin l'entourage et les auteurs « autres » de maltraitance représentent 34,7% de l'ensemble connu, chiffre non négligeable. L'entourage non familial comprend les voisins, les amis des personnes âgées. Les autres sont soit toute personne qui repère la fragilité, la dépendance physique, la dépendance affective des personnes âgées, soit des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions auprès des personnes âgées : banquiers, assureurs, gérants de tutelle ...

La majorité des maltraitements s'exercent en famille. Le fils maltraitant représente 32,9% des cas ; la fille pour 26,6%, le conjoint pour 10,6%, la belle-fille ou le gendre pour 10,2%, les neveux et nièces pour 3,9%, enfin, les petits enfants pour 2,7%. Les 13,1% restant sont issus de membres plus

éloignés de la famille.

Le lieu où s'exercent les maltraitances est encore le plus souvent le domicile (64,1%), cependant ALMA en relève un plus grand nombre en institutions depuis 1996.

- Données locales

En ce qui concerne les données recueillies dans notre service, nous n'avons pas procédé à des statistiques qui auraient été sans valeur, mais nous retrouvons des similitudes telles qu'une fréquence plus grande des situations de dépendance, au sens d'Albert Memmi, dans les couples mère-fille, une fréquence notoire des troubles psychiques à caractère de démence de type Alzheimer ou apparentés, la présence de pathologies alcooliques addictives, l'isolement géographique et social...

Le diagnostic local sera certes rattaché au diagnostic national, mais ce n'est pas l'émergence de la question nationale qui origine la démarche du service et de sa direction. En effet, ce sont les résonances sur l'institution et ses partenaires qui déclenchent une stratégie visant à la résolution des problèmes rencontrés dans le respect des missions de chacun autant que dans une perspective évolutive de ces missions.

Le but poursuivi consiste à mettre en place un protocole de réflexion et des outils avec les professionnels du secteur, pour l'accompagnement des personnes, aidants et aidés, par les professionnels de l'aide et du soin, coordonné par le SSIAD, dans une politique de prévention.

B 3 Des analyses pour orienter des actions

Les analyses réalisées depuis la considération du problème des maltraitances permettent aux pouvoirs publics d'intégrer des propositions d'actions de prévention et de traitement du problème. Ainsi, en septembre 1999, le rapport Guinchard-Kunstler « Vieillir en France » incluait le renforcement de la lutte contre les maltraitances dans ses 43 propositions pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie⁴¹.

Or pour lutter contre ces situations insatisfaisantes et éviter leur apparition, il faut être en mesure de repérer des facteurs de risque qui serviront de « balises » aux professionnels. Les analyses qui suivent y contribuent chacune à leur manière.

B - 3 - 1 - L'analyse d' ALMA : des facteurs de risque repérés à domicile et en institution

« La famille est souvent le lieu du meilleur comme du pire », nous dit Robert Hugonot .

Ce monde est fermé et refuse souvent de chercher de l'aide à l'extérieur. Pour beaucoup de leurs interlocuteurs, appeler ALMA est un dernier recours.

Les conflits de fratries sont majoritaires dans les dossiers ouverts par ALMA. Les problèmes financiers et les pressions psychologiques arrivent ainsi en tête des maltraitances, les difficultés financières liées au chômage augmentent les risques d'abus. Une personne âgée qui perçoit le minimum vieillesse a parfois plus d'argent qu'un petit-fils en fin de droits.

- ❖ Les facteurs de risque communs à la famille et à l'institution ont pour dénominateur commun la soumission, imposée aux personnes âgées, à des événements ou des éléments de la vie,

⁴¹ GUINCHARD-KUNSTLER, Rapport « Vieillir en France », septembre 1999, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

extérieurs à elles ou en elles, difficilement acceptés, mal gérés, aggravés par d'autres événements qui se succèdent ou se superposent .

Les facteurs de risque sont liés à: l'habitat inadapté, l'isolement géographique, l'isolement social (manque d'ouverture vers l'extérieur),des **liens affectifs étouffants**, ou, au contraire, **non existants**, **l'épuisement des aidants**, au **dépassement du seuil de tolérance**, de patience; **l'ignorance** de la différence pour la personne âgée entre dépendance et autonomie, un ralentissement progressif qui appelle à une stimulation : les dangers à surveiller sont autant la **sur-stimulation** que la **sous-stimulation** ou l'abandon, la **fragilité** physique et/ou psychique qui permet tous les excès de comportement.

Les facteurs de risque propres au milieu familial sont :
pour les personnes âgées :

- le refus de prendre en compte son propre vieillissement,
- la négligence de ses affaires financières
- les maladies qui se prolongent, les handicaps qui s'accroissent, l'incontinence qui s'installe et n'est pas prise en charge médicalement, la dépendance physique et/ou psychique
- la culpabilité de se sentir une charge psychologique et/ou financière pour les enfants,
- la charge émotionnelle reportée sur les enfants, l'agressivité, la dépression
- la cohabitation difficilement acceptée.

Pour certains membres de la famille

- l'alcoolisme, la drogue
- la cupidité, les problèmes financiers, le chômage, la cohabitation de générations multiples,
- le refus de la maison de retraite en raison de son coût,
- l'entrée forcée en maison de retraite
- les relations familiales négligées,
- l'ignorance des soutiens familiaux possibles
- les prises de décision hâtives en période de crise,
- l'ignorance des mesures de tutelle et leurs lacunes

❖ Les facteurs de risque propres aux institutions sont :

- le manque de formation gérontologique des directeurs de maison de retraite (Robert Hugonot signalait déjà à la fin de son livre « Violence contre les vieux » le manque de formation de type CAFDES pour les directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées)
- l'absence de Conseils d'Etablissement ou ses dysfonctionnements
- les clauses abusives de certains règlements intérieurs,
- le manque de communication entre les familles, les personnels soignants et les gestionnaires
- l'insuffisance numérique des personnels soignants
- le manque de formation et de qualification des personnels,
- l'épuisement des personnels, le « burn out » qui contribue à des abus de neuroleptiques ou des négligences de soins,
- l'ignorance volontaire ou non de la part des personnels des droits des personnes âgées.

Ce repérage des facteurs de risque à partir du réseau ALMA peut être complété par l'analyse réalisée dans le service de soins à domicile, analyse fondée non pas sur la plainte mais sur les observations et transmissions écrites des professionnels.

B - 3 - 2 - L'analyse à partir du SSIAD : essai de repérage des déterminants des situations violentes

Les cas décrits dans l'étude de population ciblée sur la problématique des maltraitances et ses conséquences en terme de décision de direction font l'objet d'un repérage des déterminants susceptibles de provoquer une dégradation des relations aidant/aidé et l'apparition de

comportements inappropriés ou qualifiés de maltraitants. L'anonymat est un principe fondamental du respect des individus dans l'analyse.

- Plus que la dépendance : une interdépendance des protagonistes

Parmi les déterminants de ces violences on trouve au premier plan la dépendance. Tous les cas décrits font référence à des situations de dépendance telle qu'elle est définie sur le versant incapacitaire. Néanmoins il ne s'agit pas de la dépendance au sens classique, gériatrique du terme. Il s'agit ici d'une interdépendance aux sens relationnel et psychologique du terme, vue avec la définition d'Albert Memmi, une interdépendance entre la personne aidée et l'aidant. Cette interdépendance se retrouve aussi au niveau financier (« care-givers »).

- Des pathologies aux conséquences lourdes et particulières

Nous avons signalé le niveau de GIR des personnes aidées, mais il n'est pas suffisamment pertinent pour établir une corrélation entre GIR et risque d'apparition de comportements maltraitants. Nous avons repéré la fréquence des troubles du comportement de type démentiel ou apparentés dans nos critères d'étude de population. C'est surtout l'incompréhension de la maladie démentielle et ses symptômes avec l'absence de communication verbale qui génèrent un risque de violence. On retrouve ce risque avec une personne hémiplegique à la suite d'un accident vasculaire cérébral et présentant une aphasie ou avec une personne atteinte de la maladie de Parkinson.

- Des troubles du comportement incompréhensibles et heurtants

N'est-ce pas une véritable violence reçue par un enfant ou un conjoint que le fait de ne plus être reconnu par son parent ou celui qui a partagé sa vie? Ne pas reconnaître sa progéniture mais l'identifier comme étant sa propre ascendance peut être vécu comme une extrême violence, comme une souffrance ? Connaître et comprendre les mécanismes psychiques à l'œuvre devrait contribuer à éviter ou raréfier l'apparition de comportements inadéquats .

- La confrontation à la décrépitude et à la mort

Ces vieux qui n'en finissent pas de mourir et leur décrépitude nous font violence. Or comment ne pas désirer leur mort, inconsciemment sans être submergé par la culpabilité ?

Comment se reconnaître dans ces vieillards qui sont en face de nous ? dans ces êtres humains dont nous partageons les attributs mais qui nous font peur ? Si nous ne pouvons les reconnaître tels qu'ils sont devenus, alors nous les faisons passer d'un statut de sujet à un statut d'objet de soins.

- Des situations d'isolement

Nous avons noté la durée de prise en charge par le service, mais elle est souvent inférieure à celle de prise en charge par la famille. Avant la sollicitation d'aides professionnelles, les familles persistent souvent longtemps dans un bricolage isolé qui contribue à l'altération du lien affectif dans une relation de contrainte. Cet isolement dans l'aide apportée à son parent, avec perte de contacts extérieurs, est propice aux « dérapages ».

- Une circularité largement repérée

Une sorte de phénomène circulaire est mis en avant dans le repérage des cas. Ainsi, nous ne parlons pas seulement des violences contre les vieux, pour reprendre le titre du livre de Robert Hugonot, mais aussi des violences faites aux aidants. La violence est un jeu qui se « joue » à deux !

- Des histoires de vie complexes

Nous observons des histoires conjugales houleuses sur lesquelles les difficultés d'un vieillissement pathologique et la dépendance réactivent des souffrances antérieures.

Ce sont aussi des relations affectives filiales excessives qui font le lit des comportements maltraitants au cours de la relation d'aide apportée par les filles.

Nous avons évoqué les phénomènes de répétition comme appartenant à l'histoire de certains protagonistes. Cette histoire de la personne et de son entourage est apparue comme un élément

majeur. C'est en la connaissant, en la nommant, en la prenant en considération et en la respectant que nous parviendrons à sortir du seul moment présent pour entrevoir d'autres perspectives.

La lecture de l'histoire de la personne, par la personne elle-même, au delà de sa connaissance par les autres, (récit de vie), fait partie des solutions ou « traitements » proposés.

- L'usure et l'épuisement de l'aidant

La survenue d'une hémiparésie chez un homme de 72 ans est compatible avec une durée de vie restante d'une quinzaine d'années. Quinze années de vie avec l'aide de son épouse qui n'avait pas imaginé sa retraite dans une position de soignante dévouée auprès d'un infirme.

La violence s'exerce non seulement dans les deux sens de la relation aidant/aidé, mais aussi avec deux types de relation selon que l'aidant est un professionnel ou un membre de la famille.

Outre la peur des représailles, il faut noter que l'aidant naturel auteur de gestes abusifs se trouve mis dans une position parentale (il devient parent de son parent selon Jean Maisondieu) et se jouent là des problèmes de transactions familiales.

De même le personnel soignant ou aidant, malgré la neutralité professionnelle idéale à laquelle nous voudrions bien croire, ne parvient pas toujours à élaborer sa contre-attitude, et pourra réagir aux souffrances dont il est témoin quotidiennement par des passages à l'acte.

- Le caractère sélectif des actants ou la question de la professionnalité

Il semblerait que la maltraitance soit sélective de la part des actants. Elle ne serait pas orientée vers n'importe qui. Nous observons que les violences adressées par des personnes âgées vers des professionnels le sont préférentiellement vers des personnes dont le projet professionnel n'est pas compatible à ce moment là avec la tâche à accomplir.

Les premières réponses que l'on entrevoit devront être mises en oeuvre dès le moment du recrutement des professionnels de la gériatrie, avec l'exploration des motivations bien sûr, mais cela n'est pas suffisant. N'est-ce pas un acte violent que d'embaucher des personnels ni formés ni préparés: stagiaires, CES, certaines maîtresses de maison, etc.? Les critères de bonne volonté, d'honnêteté et de gentillesse pour exercer dans le domaine de l'aide auprès des personnes âgées sont largement insuffisants pour affronter la réalité quotidienne d'une personne qui entre en démence ou pour trouver une place équilibrée au sein de cette famille et dans son histoire.

La question de la formation des personnels de l'aide et du soin sera cruciale. L'analyse des systèmes de valeurs que nous élaborons et qui ont un impact fondamental sur nos pratiques, et plus généralement sur nos comportements interviendra dans les objectifs de formation.

- Le facteur temps

Le temps est repéré comme autre déterminant des comportements abusifs. La soustraction de temps dont peut disposer le professionnel, comme l'enfant ou le conjoint aidant, peut provoquer la brusquerie. N'est-ce pas une agression faite au soignant que de réduire le temps passé auprès de quelqu'un ?

- La crise

Par définition la crise est un moment de perturbation d'équilibre. Du point de vue psychologique, pour Sigmund Freud, c'est un conflit de tendances. C'est également un conflit de valeurs contradictoires. Une nouvelle valeur émerge et peut s'opposer à une valeur précédente.

Du point de vue ordinaire, c'est dans un moment de crise que les choses se parlent. La crise permet aussi de rencontrer des professionnels : n'est-ce pas le but sous-jacent recherché par certaines hospitalisations ?

Le moment de crise est le moment où l'échange est possible car il est devenu inévitable, la situation étant trop insupportable. D'autres tentatives sur un mode plus doux ont peut-être eu lieu, mais sans résultat. Il faut qu'il y ait crise pour que des mots soient mis. On a alors l'impression que les gens n'ont plus rien à perdre. La crise est alors envisagée comme un syndrome nécessaire dans un

cheminement psycho-pathologique. Ces personnes âgées et ces aidants sont en souffrance psychique depuis longtemps, ils veulent une aide mais ils ne peuvent plus l'accepter. Après la crise, la perte de la capacité de réaction peut empêcher toute demande et contribuer à la maltraitance. La crise peut aussi faire prévention pour la suite. Une crise n'est jamais perdue ou inutile.

Les éléments d'analyse issus des observations et des transmissions écrites des soignants autant que des réflexions démarrées à l'occasion des situations rencontrées doivent conduire à des propositions de dispositifs préventifs et de traitement par le directeur. Le passage par la recherche clinique nous a paru un préalable.

B - 3 - 3 - Recherche sur la clinique de la maltraitance dans le cadre des soins à domicile

Si le mot « Maltraitance » s'est imposé ces dernières années dans le vocabulaire, si la description des formes de maltraitance puis la comptabilisation de sa fréquence progressent en France, il n'en demeure pas moins que l'évaluation des situations à risque ainsi que la connaissance de la clinique des maltraitances, voire sa théorisation, demeurent fragmentaires.

- L'approche clinique au domicile

L'approche clinique induit l'hypothèse d'une intervention possible qui aurait pour objectif d'en limiter les occurrences et de traiter les situations de maltraitance suivant une stratégie qui enrichirait l'offre d'interventions connues (écoute téléphonique, judiciarisation de la maltraitance...).

La réflexion sur la maltraitance menée au sein du service depuis 1996, rassemblant des acteurs de terrain qui apportent leurs questions et leurs situations, et des personnes engagées plus particulièrement dans le champ de la modélisation théorique a permis de poser quelques hypothèses:

- il serait possible de décrire des « cas » de maltraitance, notamment au domicile des personnes âgées
- il est possible de proposer un modèle clinique théorique assez général pour accepter des situations variables, mais en même temps suffisamment précis pour guider l'observation destinée à « produire » des cas de maltraitance qui enrichiront le corpus.

On voit immédiatement un certain nombre de difficultés surgir. La formation de la connaissance clinique s'effectue ordinairement dans des cadres structurés. Lorsqu'il s'agit de la connaissance médicale, l'hôpital en soi facilite la régularité des observations. Le travail de Michel Foucault sur « La naissance de la clinique » est éloquent à ce propos. La régularité disciplinaire, qui avait permis de « fixer » chaque malade à un lit pour la durée de son hospitalisation et obligé le médecin et son équipe à le visiter puis à consigner par écrit les observations dans des dossiers, a beaucoup contribué au développement de la connaissance et par voie de conséquence à l'amélioration de la pertinence de leurs interventions.

Mais qu'en est-il de l'observation éventuelle d'une clinique de la maltraitance ?

- Les limites du recueil téléphonique de la plainte

L'écoute téléphonique concentrée par les n° d'appel du dispositif mis en place par le Pr Hugonot et l'Association ALMA constitue un cadre. Des chiffres peuvent être envisagés puisque le téléphone permet la focalisation d'information sur du matériel chiffrable à défaut d'être observable. Le téléphone est ici l'instrument par lequel la focalisation devient possible et par lequel le tri entre ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas s'effectue.

C'est là un dispositif qui simultanément, mécaniquement, empêche largement par exemple le développement d'une observation systémique, ainsi que son enseignement. Car la connaissance a pour vocation d'être transmise en tant que savoir destiné à former les futurs professionnels ainsi qu'à continuer de former ceux qui le sont déjà. Il en résulte un déficit possible de la formation des esprits à penser les systèmes interactifs et rétroactifs.

C'est peut-être l'une des raisons de nos difficultés lorsque nous entreprenons de construire des observations en dehors des cadres habituels de la formation de la connaissance clinique, hôpital ou cabinet, pour aller vers le domicile des personnes en milieu ordinaire de vie. L'observation clinique ambulatoire ne va pas de soi.

- Le domicile et l'hôpital : deux lieux de formation de la connaissance clinique

Un exemple permettra d'illustrer notre propos. Mais auparavant, à quelle distance nous situons-nous réellement du lieu de formation habituel de la connaissance clinique ?

S'il s'agit d'observer au domicile des personnes suivies par une équipe de soins à domicile, les professionnels sont des soignants, dont certains ont travaillé dans un hôpital. Leur regard, leurs gestes, leur savoir, sont de ce fait peu distants de cette origine. Si nous supposons que l'hôpital est un lieu pour le malade, le domicile en est un second s'il est suivi par une équipe de soins à domicile. Cette équipe, confrontée à des situations différentes de celles rencontrées ordinairement, pourra éventuellement utiliser l'hôpital comme lieu pour faire entrer le malade : une situation de maltraitance, d'épuisement pour l'entourage, une affection intercurrente grave peut déclencher une hospitalisation si le médecin adopte cette vue.

L'hôpital est donc ce lieu autre qui permet de mettre un problème à distance quand on ne peut, ou ne sait, débloquer une situation avec les moyens ordinaires. C'est un lieu proche, identifié, propre à fournir des alternatives aux réponses habituelles.

Or nous assistons à la formation d'un nouvel objet jusqu'alors non identifié parmi les raisons de l'intervention de l'hôpital : la maltraitance. Certes, il est toujours possible de recourir à l'hospitalisation en cas de blessures consécutives à de la violence maltraitante. Mais s'il existe des maltraitements non-violents, les signes physiques qui permettent l'hospitalisation vont manquer. Le nouvel objet qui se forme sous le regard des soignants à domicile n'entre en réalité pas dans le cadre ordinaire, habituel, classique. Il faut par conséquent tenter de produire une nouvelle offre de réponse.

Devant l'inadéquation des moyens habituels utilisés pour répondre aux besoins de soins physiques, il est possible de se tourner vers des réponses judiciairisées. C'est une hypothèse qui nous sort du cadre clinique des soignants. Elle n'est évidemment pas à rejeter mais son application suppose de nous éloigner du référentiel clinique. Lorsque l'équipe, suspectant une situation de maltraitance, demande à la direction d'intervenir, nous évoquons avec la personne violente la possibilité d'en parler au juge. Cela provoque un effet dissuasif, ménageant par ailleurs du temps pour explorer une seconde hypothèse, plus conforme aux attentes issues du paradigme clinique des professionnels du soin.

- La réflexion avec des tiers extérieurs et la production d'hypothèses

Dans notre démarche, nous avons pris contact avec l'Association Psychologie et Vieillesse. Cette association a pour objet la prise en considération de la dimension psychologique en gérontologie. Les moyens qu'elle se donne sont notamment ceux de la réflexion sur les sujets qui préoccupent les professionnels de la prise en charge des personnes âgées. Avec des médecins, avec des psychologues, des infirmières, un groupe se forme pour traiter cette question. D'où l'émergence

d'un autre lieu, ni hôpital, ni domicile, dans lequel un travail de formation, d'analyse et donc de connaissance devient possible.

La situation se transforme par conséquent et un nouvel horizon d'attente peut se dégager. Les concepts utilisés pour développer la réflexion sont des concepts issus de la clinique psychologique. Le plus opportun a semblé être celui de l'emprunt à la connaissance et aux pratiques qui avaient vu le jour en milieu hospitalier, celles des soins palliatifs, nées du refus de l'acharnement thérapeutique. L'hypothèse consiste à assimiler l'acharnement thérapeutique à une maltraitance et les soins palliatifs au traitement clinique de cette maltraitance. L'analyse psychologique paraît utilisable par de nombreux professionnels. L'acharnement thérapeutique est considéré comme une persévération dans un projet de soins malgré la perception, plus ou moins consciente selon les personnes, de l'impossible réussite de sa réalisation. Mais en raison du projet professionnel de travailler en faveur de la vie, abandonner le soin curatif voué à l'échec passe cependant pour un coupable abandon de soin. L'acharnement thérapeutique peut être conçu comme le symptôme d'une volonté de bien traiter qui échoue et produit de la souffrance quand en principe l'attente était de bien être.

La réponse secrétée par le dispositif sanitaire fut, on le sait, le soin palliatif. Il consiste à intervenir auprès de la personne malade, éventuellement en fin de vie, par des soins de confort compatibles avec l'exigence éthique du respect de la dignité de l'homme ayant droit de vivre sa mort comme acteur et sujet. Cette alternative dans l'offre de soin permet à l'équipe et aux différents acteurs d'effectuer des choix thérapeutiques (curatifs et/ou palliatifs). Cela restaure la liberté à la fois pour le soignant et pour le malade. De plus, cela rend pensable le travail d'accompagnement de fin de vie et permet une réflexion sur la mort qui cesse du même coup sa dérive vers l'ensauvagement dénoncée par Ph. Ariès.

Nous disposons alors d'un modèle possible pour comprendre cliniquement la notion de maltraitance. Par hypothèse, la maltraitance pourrait surgir en l'absence d'alternative à un projet premier qui persiste et se maintient par persévération en raison du manque de choix autre. L'absence d'alternative abolissant la liberté conduit le donneur de soin à s'acharner par crainte d'abandon. Du reste, l'abandon lui-même serait une maltraitance par négligence, active ou passive, volontaire ou non. La maltraitance entrerait de ce fait dans le champ clinique de l'éthique, aspect majeur de la psychopathologie.

- La notion d'alternative

Le déplacement du modèle de l'acharnement thérapeutique dans le domaine de l'analyse de la maltraitance suggère alors de rechercher des alternatives thérapeutiques. D'emblée il nous semble que l'erreur consisterait à offrir des possibilités alternatives aux personnes concernées, soit sous forme de conseils, soit sous forme d'injonctions. L'orientation clinique thérapeutique à envisager est bien plutôt de permettre, si possible, aux personnes engagées dans le dispositif maltraitant de découvrir par elles-mêmes des alternatives acceptables. L'intervention du Juge servirait d'incitation forte le cas échéant. Aussitôt le déplacement effectué du modèle de l'acharnement thérapeutique pour analyser les situations de maltraitance, de nouvelles perspectives voient le jour. Par généralisation de la proposition, nous aboutissons à la formulation suivante : *il y a risque de maltraitance à chaque fois qu'un acteur est engagé dans une tâche sans qu'il puisse disposer des moyens d'élaborer une stratégie alternative.*

Par exemple, des personnels non formés confrontés à des situations difficiles ou extrêmes dans leur travail auprès de personnes âgées gravement déficitaires sont en situation de maltraitance virtuelle. Leurs employeurs voient par conséquent leur responsabilité engagée s'ils ne se donnent ni les moyens de la formation ni les moyens de l'analyse des situations critiques susceptibles de générer des hypothèses alternatives. De nombreux emplois jeunes ainsi que des personnes non formées

confrontées à la prise en charge de démences pourraient être dans cette situation de maltraitance induite par l'inconscience de leurs employeurs.

Ainsi à peu de distance des dispositions hospitalières de soins palliatifs, nous tenons un ensemble de concepts transposables dans le cadre des soins à domicile. Le nouvel objet identifié sous le nom de maltraitance reçoit simultanément des critères de formation et d'observation. Les personnels des équipes peuvent alors, par hypothèse, observer des situations et évaluer les risques ou les occurrences réelles de maltraitance. Ils disposeront de critères objectivables s'ils sont en mesure de repérer des indices de l'absence d'alternative. Ils pourront également envisager des interventions thérapeutiques, réintégrant ainsi leur position soignante mise à mal, voire maltraitée !

- Un exemple de cas clinique

Revenons maintenant à la complexité des situations d'intervention à domicile.

M. P, conjoint d'une malade, Mme P, la prend en charge pour les actes de la vie quotidienne. Echouant dans sa tâche en adoptant une stratégie unique, il est en risque de persister et de s'acharner, d'entrer dans le processus de maltraitance. Mais, bien que sa stratégie puisse être sur le principe pertinente, adaptée, rien n'empêche que la destinataire de l'acte de prise en charge ait intérêt à la faire échouer, si par exemple il lui importe de présenter un symptôme attirant de l'aide. La séduction par le symptôme requiert en effet du symptôme. Dans ce cas, la boucle de la maltraitance peut se décrire grâce à un double effet :

- a) persévération puis augmentation des actes induits par stratégie conduisant à une apparente maltraitance de Mme P par M. P
- b) résistance de Mme P à la stratégie de M. P assimilable à un refus de participer à l'effort de soins, sorte de grève de l'amélioration, assimilable à une maltraitance de Mme P sur M. P

La voie de la violence peut ensuite s'ouvrir à ce couple Mr P \leftrightarrow Mme P relié par un double lien de maltraitance. M. P maltraite Mme P et Mme P maltraite M. P, on observe deux maltraitements simples (M1 et M2).

Si par ailleurs M. P est lui-même affecté d'un trouble spécifique de l'aptitude à choisir entre plusieurs comportements lorsqu'une poussée compulsive surgit, une des formes possibles des troubles addictifs du comportement, nous nous trouvons devant une situation de risque majeur de violence. Cette fois, c'est le trouble de M. P qui va interagir avec le trouble de Mme P. Il y aura des phases d'amplification des deux maltraitements simples (M1 et M2) qui déclencheront des passages à l'acte violent dont le dénouement sera l'hospitalisation. L'hospitalisation a pour fonction de poser un écart physique entre les protagonistes. L'apaisement est de courte durée et rapidement après le retour à domicile le processus d'escalade reprend, suivi d'un paroxysme puis d'une hospitalisation. Les équipes voient leurs efforts anéantis lorsqu'elles sont sollicitées pour intervenir au domicile du couple. Il convient par conséquent de leur permettre de ne pas être happées dans le processus répétitif, notamment par la recherche de stratégies alternatives.

Notre « offre » d'un lieu de réflexion et de formation de connaissance est le premier niveau de prévention du risque pour l'équipe. Le second niveau est constitué par les hypothèses d'analyse clinique issues du modèle transposé et réanalysé du point de vue psychologique dans le cadre du groupe de réflexion.

La dernière étape consiste à rechercher une validation sur le terrain. Cela suppose désormais que les membres de l'équipe puissent détecter les indices de maltraitance.

En fait, l'offre d'un lieu et d'un temps de réflexion, hors hôpital débouche sur une proposition d'analyse qui permettra de former un nouveau type de connaissance concernant un nouveau type de clinique. La création d'une nouvelle adresse (un autre lieu, un autre temps, d'autres partenaires)

dans les réseaux enrichit les dispositifs sans pour autant exclure les précédents qui voient cependant leurs indications se préciser.

Quels sont les effets de l'ouverture des réseaux habituels ?

Au niveau conceptuel, nous venons d'identifier la formation d'un appareil analytique spécifique qui se saisit initialement de l'histoire de l'acharnement thérapeutique pour modéliser son objet. Cela devrait par hypothèse influencer sur la manière d'observer, de noter et d'intervenir de l'équipe de soins à domicile. Disposant de ce modèle, les choses à voir vont prendre forme et s'énoncer progressivement. Comment vérifier ? Une méthode consiste à comparer les observations avant et après la mise en œuvre de la réflexion. Si cela se confirmait nous aurions à notre disposition des séries possibles d'observations susceptibles de rectifier progressivement l'hypothèse initiale si elle se révélait erronée pour comprendre la maltraitance. Les séries de situations cliniques permettent également d'affiner le modèle et de mieux décrire ensuite les situations à risque afin d'intervenir plus précocement et peut-être plus efficacement.

A cette élaboration clinique, il nous semble important d'adjoindre un éclairage systémique qui permettra aux professionnels non seulement d'analyser les situations mais aussi de posséder des outils d'intervention et de proposition de stratégies à caractéristique de traitement.

B - 3 - 4 - Une analyse à partir de la clinique du lien

La différenciation essentielle faite au chapitre des définitions entre agressivité et violence s'inscrit dans une perspective de clinique du lien. Cette hypothèse prend place dans ce travail dirigé vers la mise en place d'un dispositif de prévention par la direction du service de soins. Elle intègre la notion de lien et d'écoute et oriente les modalités de réponse aux situations rencontrées.

Nous avons vu que les manifestations agressives sollicitent l'écoute, donc l'autre. Alors que dans la violence, il y a d'une part les atteintes à l'intégrité de l'autre, par des agressions physiques et matérielles, et d'autre part, les atteintes au lien de filiation et celles faites au lien social. Ces dernières se traduisent par de l'exclusion et de la désinsertion, de la mise hors jeu du champ social. C'est alors une désaffiliation.

Qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers de nos services, la violence est un indicateur de souffrance identitaire.

Les observations des soignants traduisent souvent une violence subie silencieusement, sans plainte et parfois dans la contrainte du pacte du silence, violence insidieuse, sournoise, harcelante, répétitive. Cette violence peut être invisible comme une indifférence niant la personne comme sujet. Elle est masquée, comme peut l'être la dépression masquée lorsqu'elle se cache derrière un trouble somatique.

La violence est subliminale lorsqu'elle transmet insidieusement un message qui s'installe à l'insu du sujet, qui n'en a pas conscience, mais qui dans la répétition a un effet pernicieux et destructeur. Elle peut être traumatique par un effet sidérant, atténuant les fonctions cognitives et les capacités de penser.

Chez des sujets fragilisés et vulnérables, le lien avec la pathologie démentielle peut être réalisé, comme le propose Jean Maisondieu.⁴²

La crise familiale est repérée parmi les signes d'appel relatifs à des situations de dégradation des liens familiaux.

Les changements familiaux qu'entraîne le vieillissement modifient la dynamique et les jeux de rôles

⁴² MAISONDIEU Jean, « Le crépuscule de la raison », Paris, Centurion, 1989, 224 p.

parentaux, pouvant induire un renversement des rôles, un réaménagement des alliances, une inversion de la dépendance. Les familles réagissent le plus souvent par des changements fonctionnels, et non structurels, non réalisés en profondeur et donc rarement adaptés. Des sentiments de revanche émergent, tant du côté des parents que du côté des enfants, qui peuvent infiltrer de violence la vie relationnelle. Ces sentiments sont moins l'expression d'hostilité qu'une conséquence du refoulement du chagrin et de l'angoisse occasionnés par la perte des relations affectives.

Les non-dits, les frustrations répétées, l'absence de partage relationnel authentique concourent à la crise. Les règlements de comptes familiaux non verbalisés mettent médecin et soignants en difficulté, provoquant souvent le refuge derrière le paravent du domaine privé de la famille.

Pourtant, c'est là un domaine d'action, à condition que celle-ci soit suffisamment pensée, de la prise en charge par l'équipe pour «sauvegarder» l'équilibre familial et ainsi la dignité de la personne âgée qui trouve dans sa famille l'une de ses dernières raisons de vivre. C'est en reconnaissant à la personne âgée son savoir de « préparation à sa disparition » que nous pouvons contribuer à restituer un meilleur vécu de tous pour les derniers moments à partager.

L'enfermement familial maintes fois constaté dans nos observations expose la personne âgée à l'abus, abus de pouvoir de ses proches qui conduisent aux mauvais traitements.

«La dépendance affective est sous-tendue par la peur de la dissolution de l'identité dans l'indifférence», nous dit Philippe Thomas⁴³. Elle peut conduire à enfermer le système familial pour préserver une image indestructible de soi par la suspension symbolique du temps. En effet, plus personne n'a de temps pour soi, les journées sont identiques l'une à l'autre, rythmées par les passages des soignants, centrées sur la personne dont il faut s'occuper pour tout, tous les jours.

C'est le mécanisme de permanence fréquemment retrouvé. Cette « mutilation de la temporalité » n'est pas inéluctable, mais elle ancre la famille dans un sacrifice de la liberté des aidants, souvent les enfants.

La gestion de la crise familiale est l'un des problèmes les plus délicats en gériatrie. L'histoire antérieure de la famille, la personnalité de l'aîné, les non-dits gênent l'analyse de la situation. Les comportements de fuite en avant pour satisfaire les besoins physiologiques normaux sont responsables d'une souffrance familiale.

L'institutionnalisation temporaire, l'hôpital de jour, permettent une distanciation autant que l'observation de la personne dans le déroulement des actes de la vie quotidienne et fait ainsi le bilan des justes besoins. Elles débouchent sur un projet de vie pour la personne, par elle avec une réhabilitation de ses compétences conservées et de ses talents acquis.

Le lien familial est important à reformuler, pas seulement par le médecin de famille, mais par tous les membres de l'équipe qui a le devoir et le pouvoir d'informer la famille, voire de la convoquer pour des temps de concertation/coordination.

L'approche systémique est précieuse pour analyser les mobiles et les tenants de la crise familiale, les résoudre en restaurant l'équilibre familial, en réajustant les rôles. La famille est écoutée et acceptée dans sa souffrance, déculpabilisée mais aussi responsabilisée. Cette approche a le mérite de construire un projet familial concerté et un projet de vie pour le parent acceptables et honorables pour tous.

Les constats réalisés par ALMA et par le service sont ainsi enrichis par une perspective clinique.

C'est à partir de ces réflexions partagées que nous tentons une analyse des phénomènes pour proposer des pistes de travail avec ces personnes et ces familles rencontrées dans un grand désarroi.

⁴³ THOMAS Philippe, « Dépendance affective de la personne âgée et abus de faiblesse », La gazette du palais, juillet 1996

Ainsi, au delà de l'information et de la formation auxquelles nous contribuons, nous prenons une part de recherche visant à la mise en place de dispositifs de prévention et d'aide. La compréhension des phénomènes, le repérage des facteurs de risque et des déterminants de l'apparition des situations violentes et maltraitantes permettent maintenant d'envisager la dernière partie consacrée à la mise en œuvre de l'objectif de prévention par le SSIAD.

3ème partie : La mise en place de dispositifs de protection en SSIAD : un enjeu de direction

Au delà des constats et des analyses dont nous disposons, c'est la manière dont le directeur de service de soins à domicile s'engage dans cette problématique qui constitue cette troisième partie.

La direction de l'association ASPANORD s'articule autour de deux axes stratégiques principaux :

- un axe d'animation d'une équipe de salariés du service de soins à domicile
- un axe de développement de projets associatifs orientés vers les partenaires périphériques.

Dans le projet de prévention des comportements maltraitants, ces deux axes se retrouvent avec des propositions à caractère de prévention et de traitement à la fois en interne et en externe.

Au regard des éléments dégagés dans les deux premières parties, les leviers d'intervention principaux seront :

- la formation, initiale et continue, en interne et en externe
- le soutien et l'accompagnement vers deux types de destinataires : les professionnels et les aidants familiaux
- la coordination clinique auprès des personnes et institutionnelle en partenariat

Pour construire une demande de formation ou de suivi d'équipe et pour proposer des outils aux partenaires, nous devons connaître nous même les dispositifs juridiques de protection, de prévention, de signalement et de répression. Mais au delà de la connaissance, c'est son articulation dans notre champ qui permettra une utilisation judicieuse des outils dans une stratégie de management responsable.

Aussi, nous présenterons comment nous articulons notre responsabilité d'information, de décision et d'action, en justice éventuellement, à travers le projet de service, dans le respect des droits des personnes. Puis nous ferons le lien entre coordination gérontologique et maltraitances pour présenter les orientations de management qui tiennent compte des recommandations dégagées dans la partie analytique.

C 1 Une notion de responsabilité articulée au projet de service

Protéger les personnes, leur entourage et les professionnels de l'aide relève de notre responsabilité. Nous distinguerons la responsabilité juridique de la responsabilité morale, que nous devons articuler avec la première pour la mise en œuvre d'un projet de service pertinent et respectueux des individus. Dans le concept moral de responsabilité, la volonté du responsable est impliquée, il s'agit de prendre une responsabilité, en l'occurrence celle du directeur de service. Il s'agit toujours de « répondre de ses actes ou de ses décisions ou de leurs conséquences devant l'autre » et, pour le directeur, de répondre des actes des salariés à qui nous confions une mission, dans le cadre d'une délégation. Mais la définition morale est précédée d'un « je veux » qui engage et qui, loin de nous éloigner de l'action comme pourrait y contribuer la seule notion juridique de responsabilité par contrainte et crainte de la répression, nous pousse à agir, à prévenir, à organiser, à projeter, à manager. C'est pourquoi nous verrons d'abord le cadre juridique pour prévenir la maltraitance, puis l'articulation que le directeur peut proposer pour un respect des droits de la personne en exerçant sa responsabilité.

C - 1 - 1 - La protection juridique : entre outil juridique et outil thérapeutique

La protection des personnes en situation de maltraitance telles que celles décrites précédemment relève de dispositifs différenciés et complémentaires en fonction de l'analyse de chaque cas. Parmi les outils possibles, nous trouvons ceux de la protection juridique et en particulier la loi du 3 janvier 1968, outil que l'on pourrait situer à la fois sur un versant juridique et sur un versant thérapeutique, en référence à une interrogation de Carol Jonas, psychiatre et docteur en droit.⁴⁴

C'est sous la dénomination de « violence », « sévices », « agression », la réalité que ces vocables traduisent étant manifestement comprise dans le terme de maltraitance, qu'il convient de rechercher ce que le droit positif en dit. Cependant, ces termes n'épuisent manifestement pas le sens du mot maltraitance, celui-ci faisant référence à des réalités plus variées, moins immédiatement dramatiques, et qui ne concernent pas seulement des atteintes physiques, mais également psychologiques ou morales.

La tâche n'est pas aisée lorsqu'il s'agit de cerner juridiquement ce problème de maltraitance.

Si on définit la maltraitance comme toute situation conduisant à imposer un rapport de domination à une personne ou à exercer une violence quelconque et non légitime à l'encontre de celle-ci ou à l'encontre de ses biens en profitant d'un affaiblissement dû à l'âge, soit directement, soit indirectement parce que l'âge expose plus fréquemment à des états de vulnérabilité vis à vis de la maladie, on peut proposer une analyse des aspects juridiques de la maltraitements autour de deux propositions :

- Quel est le dispositif juridique propre à éviter la maltraitance ?
- Quel est le dispositif juridique propre à assurer la répression de la maltraitance ?

Le service, non seulement doit pouvoir décider à partir d'une connaissance juridique des dispositifs relatifs à notre objet, mais en plus il doit constituer une base d'outils utilisable par les professionnels du réseau. A cet effet, nous incluons dans le projet la constitution d'outils, protocoles et fiches techniques qui serviront de repères pour les professionnels. La fiche technique juridique en annexe récapitule les articles des Codes (Civil, Pénal, de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale ou de Déontologie) les plus souvent interrogés pour orienter nos actions ou les personnes qui nous demandent conseil.

⁴⁴ JONAS Carol, « La Loi du 3 janvier 1968 : outil juridique ou thérapeutique ? », Gérontologie et Société, n° 93, juin 2000

- Prévenir la maltraitance

C'est pour une personne âgée, la protéger des risques d'abus ou d'abandon, y compris par elle-même, que sa situation de plus grande dépendance est susceptible de provoquer. C'est donc en quelque sorte organiser juridiquement la dépendance dans un but de protection, et en même temps lui donner les moyens d'une réelle indépendance pour éviter précisément que ne se développe une situation de faiblesse de nature à faciliter l'exercice d'une violence, que celle-ci vienne des personnes ou des institutions.

- Au plan individuel

On pense immédiatement au dispositif prévu par le Code Civil pour protéger les personnes dites incapables majeurs.

L'incapacité ne tient pas à l'âge, mais le grand âge peut devenir cause d'incapacités, soit directement, soit en raison des atteintes plus fréquentes de maladies affectant les capacités. La personne se trouve alors dans une situation de faiblesse propre à provoquer des abus qui seront autant de violences exercées à l'encontre d'elle-même ou de ses biens.

Le législateur a expressément prévu que les régimes de protection issus de la loi du 3 Janvier 1968 avaient vocation à s'appliquer aux personnes âgées puisque l'article 490 du Code Civil dispose que « Lorsque les facultés mentales 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 ... »

Ces régimes de protection sont certes restrictifs des libertés de la personne âgée, mais cette dépendance qu'ils organisent a précisément pour objet d'éviter une maltraitance que peut entraîner une indépendance juridique totale mais factice. (cf fiche technique)

Mais les risques de maltraitance ne sont pas seulement liés à des comportements individuels. On a vu que la violence pouvait être qualifiée d'institutionnelle et donc générer des maltraitances. Toute structure collective qui implique nécessairement règles communes et traitements moins individualisés via le développement d'une logique institutionnelle propre, peut conduire, surtout vis à vis d'une personne affaiblie, à une prise en charge trop contraignante, attentatoire à sa liberté individuelle ou à un comportement plus anonyme et donc moins respectueux de la dignité de la personne.

- Au plan institutionnel

S'il n'y a pas de dispositions spécifiques visant à protéger les personnes âgées vivant en institution de la maltraitance, il convient d'observer qu'il existe de nombreuses dispositions législatives ou réglementaires visant l'organisation des institutions d'hébergement et de soins. On peut ainsi signaler les dispositions de l'article 4 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui imposent des normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement. Le projet de réforme de cette loi prévoit des dispositions beaucoup plus explicites concernant la mise en œuvre et le respect des droits des usagers. (cf fiche technique)

Ce sont surtout les Chartes qui ont une visée préventive : Charte du patient hospitalisé et surtout la Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante éditée en 1996 et réactualisée en 1999 en renforçant l'accent sur le respect que la société tout entière doit aux personnes âgées. (cf Charte annexe)

Le repérage des dispositions législatives et réglementaires destinées à la prévention des maltraitances en organisant et en contrôlant la dépendance, en montre la caractère bienveillant mais insuffisant.

Il faut maintenir pour autant une indépendance effective, en permettant à la personne âgée d'avoir les moyens notamment de ne pas devoir subir des situations de maltraitance que la faiblesse due à

l'âge, à la maladie, au handicap ou à la précarité est susceptible de générer.

- Maintenir une indépendance réelle

La personne âgée est un citoyen à part entière et toute disposition qui donne à celui-ci les moyens de sa liberté et d'entretenir avec les autres des rapports d'égalité peut-être analysé comme propre à éviter les maltraitances.

- Au plan individuel

La situation de maltraitance peut souvent et d'abord résulter d'un état de dénuement par manque de ressources. Il convient à cet égard de rappeler les droits garantissant un minimum alimentaire et d'entretien. Mais l'obligation alimentaire peut avoir pour conséquence, alors même qu'elle a une visée protectrice, de générer un autre type de maltraitance .

- Au plan institutionnel

Les dispositions de la circulaire du 08 06 1982 ont créé des organes représentatifs des personnes retraitées et âgées , leur donnant ainsi les moyens de se faire entendre et donc de se faire respecter : Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA), CORERPA, CODERPA , COLERPA. Dans le même ordre de garantie ; par une représentativité spécifique, on trouve le décret du 12 décembre 1992 instituant les Conseils d'Etablissement.

Enfin , l'article 142 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale prévoit de laisser une somme minimum à la personne âgée placée dans un établissement et prise en charge au titre de l'Aide Sociale, ou les dispositions de la loi du 24 juillet 1997 instituant une Prestation Spécifique Dépendance.

- La répression de la maltraitance

C'est l'aspect le plus souvent envisagé, car qui dit maltraitance pense immédiatement à une action qu'il faut faire cesser et qu'il faut condamner afin d'éviter sa reproduction.

Le nouveau Code Pénal entré en vigueur le 1-03-1994 fit apparaître un souci majeur du législateur de prendre en compte la situation particulière des personnes âgées à raison de leur moindre capacité à se défendre, même s'il n'en fait pas stricto sensu une catégorie particulière, l'âge n'étant pris en compte qu'en tant qu'il peut faire présumer une situation de faiblesse.

C'est donc à un examen des dispositions répressives de ce qui peut constituer une situation de maltraitance qu'il faut procéder. Mais celui-ci serait incomplet sans l'examen des conditions dans lesquelles cette maltraitance doit être dénoncée pour qu'elle puisse être efficacement réprimée.

La répression vise à sanctionner aussi bien les atteintes aux personnes qu'aux biens. Elle a une dimension essentiellement individuelle mais peut aussi atteindre les institutions puisque désormais, il existe une responsabilité pénale, à côté d'une responsabilité civile et administrative, des personnes morales.

- La dimension individuelle de la répression

Bien évidemment toute infraction constituant une agression contre les personnes ou leurs biens est, par nature, une maltraitance. Le plus souvent l'âge de la victime source de plus grande vulnérabilité sera une circonstance aggravant les sanctions d'un comportement par ailleurs déjà délictueux .

o La répression des atteintes aux personnes

Les violences faites aux personnes vulnérables sont plus sévèrement punies, le plus souvent la peine est doublée. Les violences habituelles sur ces même personnes constituent désormais un délit ou un crime, selon leurs conséquences, et sont spécifiquement réprimées.

L'âge est même très directement un élément constitutif d'une infraction qui n'existait antérieurement que pour les incapables, puisque l'article 223-3 du Code Pénal réprime le

délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, notamment en raison de son âge.

- La répression à l'encontre des atteintes aux biens

On retrouve, à propos des infractions relatives aux biens, le même mécanisme de protection assuré aux personnes particulièrement vulnérables en raison notamment de leur âge ou de leur état, cet état constitue soit une circonstance aggravante des peines encourues, soit un élément constitutif d'une infraction spécifique. C'est le cas du vol, de l'extorsion et de l'escroquerie, de même en matière de destruction ou détérioration lorsque cet état les a facilitées.

La particulière vulnérabilité due à l'âge est un élément constitutif d'une nouvelle infraction depuis 1994, à savoir celle de « l'abus frauduleux d'ignorance ou de faiblesse, apparente ou connue de son auteur, pour obliger cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables ».

Une partie de ces infractions peuvent être imputées aux personnes morales. (cf fiche technique)

- La dimension institutionnelle de la répression

Cette répression a bien évidemment une dimension pénale, mais il existe également des sanctions que l'autorité administrative peut mettre elle-même en œuvre. (cf fiche technique)

Les textes répressifs sont assez nombreux. Mais cette possibilité de poursuivre les auteurs de maltraitements doivent être mises en œuvre par l'autorité judiciaire. Cela suppose que celle-ci soit informée, et ceci représente une dimension non négligeable du problème, certains des témoins privilégiés évoquent, à tort, le secret professionnel, par ignorance du dispositif légal.

- La maltraitance dénoncée

Nous rappelons les principes qui font obligation de dénoncer les crimes, et seulement les crimes, dont il est possible de prévenir ou de limiter les effets ou la commission de nouveaux faits par la dénonciation des auteurs, article 434-1 du Code Pénal.

L'obligation de dénonciation s'impose encore à quiconque a connaissance de mauvais traitements (enfin l'expression la plus proche du terme maltraitance) infligés entre autres à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, article 434-3. Enfin, il faut rappeler les dispositions relatives à la non-assistance à personne en danger de crime ou de délit (article 223-6) et l'omission de porter secours à une personne en péril qui font obligation non de dénoncer cette fois mais d'intervenir.

Cette dernière obligation de porter assistance, y compris en cas de risque de commission de crime ou de délit, pèse sur tout citoyen, même si celui-ci est tenu au secret professionnel.

L'article 226-14 du Code Pénal prévoit que ne commet pas une infraction au secret professionnel « celui qui informe, les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ».

A l'issue de ce parcours synthétique des dispositions actuellement en vigueur, force est de constater que le dispositif législatif et réglementaire existant offre, plus qu'on ne l'imaginait peut-être, des moyens, nombreux, de traiter la maltraitance des personnes âgées, que ce soit pour la prévenir ou pour la réprimer.

Le plan de formation des personnels intègre des formations de type initiales, des formations à caractère de soutien par rapport aux expériences professionnelles mais aussi des formations destinées à connaître les dispositifs juridiques. De plus l'intervention de Pierre Calloch, magistrat, à la conférence des professionnels, suivie par un compte rendu dans la Lettre de l'ASPANORD,

diffusée à tous les acteurs du secteur, complète ou réactualise les connaissances. (cf annexe)

C - 1 - 2 - L'articulation du respect des droits de la personne et de la responsabilité de direction

Assurer la protection des personnes âgées, souvent vulnérables, devrait impliquer, si ce n'est la suppression, du moins la réduction des dangers, quelle que soit leur nature.

Si la situation de dépendance et la prise en charge à domicile menacent l'équilibre familial au point de produire des maltraitances, nous devons concourir à la réduction des risques pour les personnes, leur entourage et les professionnels. Mais pour y parvenir, il convient d'intégrer une donnée, à notre sens fondamentale : l'existence d'un « droit au risque » des personnes âgées.

La notion de droit au risque est apparue dans les années 1997-98 avec un groupe de travail national, sous l'égide de la Fondation de France⁴⁵, en réaction aux constats de réduction ou de privation des libertés pour les vieux dépendants. Dans le même temps naissait l'Association francophone des droits de l'homme âgé. Enfin, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, largement diffusée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, constitue une base à notre réflexion.

L'existence d'un droit au risque correspond au droit, pour la personne âgée de prendre des risques, de décider elle-même de ses choix de vie et de pouvoir évaluer librement les risques liés à ces choix. Ce droit fait partie intégrante des droits de la personne et plus généralement du droit fondamental au respect de la dignité de la personne humaine.

- Le droit au risque, un aspect du droit au respect de la dignité des personnes âgées

Le principe du respect de la dignité des personnes âgées implique le respect des droits de sa personne et le recueil de son consentement.

- Le respect des droits de la personne

Quelque soit le lieu de vie de la personne âgée, à domicile ou en institution, qu'elle bénéficie ou non d'un des trois régimes civils d'incapacité définis par la loi du 3 janvier 1968 (sauvegarde de justice, tutelle curatelle), elle doit toujours être considérée comme une personne et ne doit en aucun cas être considérée comme un objet. Si nous devons intégrer cette donnée fondamentale dans le projet de service, c'est pour garantir la préservation du statut de sujet aux personnes dont nous nous occupons, contre une dérive encore trop fréquente vers un statut d'objet de soins. En effet, l'apparition de comportements maltraitants est souvent corollaire d'une perte du statut de sujet, sujet désirant.

Le droit reconnu aux personnes âgées de prendre des risques, y compris le risque de rester à son domicile dans des conditions qui peuvent être considérées comme inacceptables par des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux, repose directement sur les droits de la personne au respect de son intégrité tant physique que morale.

Respecter l'intégrité physique consiste à protéger le corps. Le respect du corps réside dans l'absence de maltraitances physiques, de gestes brusques, mais aussi dans le respect de sa pudeur. Ce respect passe encore par la reconnaissance d'un droit aux soins, la personne âgée ne devant pas être l'objet passif de soins. La Charte des libertés de la personne âgée dépendante⁴⁶ sert de base au projet du service de soins à domicile car elle rappelle ces principes fondamentaux, mais c'est à sa mise en œuvre que le directeur doit veiller dans l'évaluation continue du travail des personnels du service. L'appréciation annuelle insiste sur cet aspect en intégrant des critères d'observation spécifiques, en situation et hors situation de soins.

⁴⁵ Collectif Fondation de France, « Droit au choix, droit au risque, dignité, liberté », à paraître

⁴⁶ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, article IV

Les articles 9 et 16 du Code Civil « Chacun a droit au respect de sa vie privée » et « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » sont rappelés dans le projet de service.

Respecter l'intégrité morale du vieillard revient à respecter les droits de sa personnalité. Ils recouvrent tant ses libertés individuelles que sa vie privée. Il s'agit de la liberté d'aller et venir, de penser et de s'exprimer sans contrainte, de participer à la vie de la société, ou encore de pouvoir adopter la religion de son choix⁴⁷. La vie privée recouvre, entre autres, la vie sentimentale, l'état de santé, l'image et la correspondance de l'intéressé. Parmi les cas décrits, nous avons pointé la privation de correspondance par la nièce d'une personne, entraînant l'impossibilité de connaître ses états de pension de retraite et de gérer ses revenus. Lorsque nous sommes témoins de telles malversations, nous intervenons d'abord dans une médiation, ensuite dans le signalement si les demandes, appuyées d'écrits, ne sont pas suivies d'effets.

Nous constatons que ces droits subissent des atteintes liées à la situation de fragilité des personnes dépendantes ou à des relations de pouvoir, dans des réflexes sécuritaires des aidants. Par crainte de la « fugue », on enferme, par crainte de la chute, on utilise des contentions. Mais comment cela est-il pensé ? C'est contre l'absence de pensée sur les comportements que nous allons intervenir.

En affirmant solennellement les droits imprescriptibles et le respect de la dignité dû à toute personne, quelque soit son âge et son degré de dépendance dans cette Charte, le gouvernement souhaitait que les dispositions qui y figurent servent de référence pour la révision des règlements intérieurs des établissements. Le droit au risque y est proclamé dès l'article 1^{er} : « La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir mener une vie indépendante si elle le désire, même au prix d'un certain risque pour elle, dont il faut l'informer, ainsi que son entourage ». Le directeur est responsable de la mise en œuvre du droit à l'information et garantit son accès.

Pour Mme Guinchard-Kunstler⁴⁸, « redonner une place à la personne âgée en perte d'autonomie, c'est aussi respecter ses droits et son intégrité dans sa prise en charge ». Elle poursuit en souhaitant rendre obligatoire l'affichage de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dans les structures d'hébergement et les services de soins et d'aide à domicile. Mais c'est bien aux directeurs de ces institutions qu'incombe la responsabilité de sa mise en œuvre.

- L'exigence du recueil du consentement

Le droit civil français repose sur une philosophie volontariste. Le consentement est l'élément fondamental de la formation de tout acte juridique. Toute décision susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale de la personne requiert l'expression de sa volonté, et donc le recueil de son consentement. Le directeur du service de soins, dans sa mission de coordination des actions autour de la personne, veille au respect de ce principe.

Le consentement doit être personnel, libre et éclairé. Dès lors que la personne est jugée apte à consentir, les professionnels doivent faire la démarche de recueillir son consentement personnel, et non un consentement substitué. Or nous constatons la fréquence de la parole portée par la famille à la place de celle de la personne⁴⁹. Cette tentation de penser, d'agir et de parler à la place de leur parent âgé, peut se comprendre comme une tentative inconsciente de maîtrise du vieillissement de la personne et de son échéance ultime explique Pierre-Yves Malo⁵⁰, psychologue, animateur du groupe de parole des aides soignants de l'ASPANORD. Les professionnels doivent éviter de privilégier la volonté des familles au détriment de celle de l'individu concerné.

Les entretiens avec les médecins ont pointé les pressions que l'entourage pouvait exercer sur le

⁴⁷ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, articles V et VII

⁴⁸ Rapport GUINCHARD-KUNSTLER, « Vieillir en France »

⁴⁹ MALO P.-Y., DONNIO I., MICHEL M., SIPOS I., « Ethique du soin aux personnes âgées : quelle place pour le risque ? », Gérontologie, n° 109, mars 1999

⁵⁰ Ibid.

vieux, notamment par le biais du chantage affectif. Ce chantage s'exerce aussi sur le médecin, en le menaçant de mettre en cause sa responsabilité si les risques prévisibles se réalisent. Cette situation crée un malaise chez les professionnels partagés entre un idéal de respect de la dignité et la réalité de la pratique.

Un consentement libre et éclairé⁵¹ signifie qu'il n'est pas donné sous la contrainte et qu'il émane d'une volonté saine, ce qui exclut toute altération des facultés mentales, sous réserve d'établir l'absence de discernement. Le consentement éclairé suppose que la personne ait été informée de tous les risques encourus. L'information communiquée par le personnel soignant doit être préalable aux décisions, exprimée clairement et adaptée à la compréhension du sujet.

L'exigence du consentement de la personne implique le respect de sa volonté. Par conséquent, il faut accepter le refus de l'intéressé de consentir à la mise en place de mesures sécuritaires, même préconisées dans son intérêt. C'est accepter un retour à domicile « risqué », sans dispositif de téléalarme par exemple. L'article premier de la Charte des droits et libertés de la personne âgée indique : « La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond de la personne âgée ». Cette règle prévaut pour un exercice effectif du droit au respect de la dignité. La question révèle toute son ampleur vis à vis de pratiques largement débattues telles que la contention forcée ou l'acharnement thérapeutique, dont on a vu dans notre analyse qu'il constituait un mauvais traitement.

- Les limites de ce droit au risque pour la personne âgée

Le droit pour les vieux de prendre des risques trouve ses limites dans la nécessaire protection de la personne elle-même ou d'autrui, ou dans l'hypothèse de l'impossibilité de recueillir le consentement.

- La protection de la personne elle-même ou d'autrui

Elle suppose l'existence de risques graves, auxquels il est nécessaire d'apporter des réponses. Lorsque le risque encouru par la personne, même en connaissance de cause, est trop important, les professionnels doivent faire prévaloir la sécurité de la personne au détriment de sa volonté. Toutefois, l'atteinte au principe du recueil du consentement implique que le risque soit d'une gravité telle qu'il mette en cause la vie de la personne et constitue un risque « socialement inacceptable ». C'est, par exemple, le cas d'une personne qui, après avoir été hospitalisée pour fractures à la suite de brutalités opérées par sa fille, et qui souhaite retourner chez elle. L'équipe hospitalière et le service de soins devront articuler respect du désir de la personne et protection de celle-ci. Cela pose la question délicate de l'appréciation du risque. Mais surtout celle du dispositif de concertation que nous devons de ce fait mettre en place pour évaluer ensemble, en écartant les réponses subjectives hâtives.

De façon identique, la protection d'autrui, souvent des autres pensionnaires d'une institution, mais aussi les personnels des services, justifie la négation du droit au risque. L'agressivité ou les gestes brutaux peuvent légitimer une mise à l'écart, sous réserve d'engager une discussion avec le sujet.

Néanmoins, faut-il prendre une mesure aussi radicale que la contention pour un comportement d'errance dans les chambres voisines ? Cela revient à s'interroger sur le point de savoir si le respect de la vie privée d'autrui légitime une telle atteinte à l'intégrité physique et morale d'une personne. De même, « maîtriser » une personne âgée au comportement dérangeant, voire déviant, dans le but de sauvegarder l'image de la collectivité constitue une dérive et une pratique abusive.

Les soignants expriment leur malaise et leur sentiment de culpabilité à propos d'une des réponses les plus violentes au risque : la contention forcée. Ils justifient cette pratique en la présentant comme un « mal nécessaire », notamment pour les personnes potentiellement chuteuses. En outre ils risquent

⁵¹ Code civil, Art 489 al. 1er

d'engager leur propre responsabilité. En soumettant la contention à une prescription médicale, le projet de service contribue à éviter sa pratique non concertée et oblige à interroger son bien-fondé pour chaque cas.

Nous mesurons l'aspect controversé des réponses aux risques et constatons, à travers les entretiens complémentaires aux observations, qu'il est moins souvent question d'un droit au risque que d'une gestion des risques. En effet, la pratique consiste davantage à prévenir les risques plutôt qu'à les affronter. Or le souci de réduire ou de supprimer les risques aboutit à l'effet pervers du déplacement de ces risques. Des études montrent que la contention n'est pas associée de façon significative avec un risque moindre de chute mais qu'elle présente au contraire des conséquences physiologiques et psychologiques néfastes⁵².

- L'impossible recueil du consentement

L'incapacité de la personne présentant des troubles du comportement, à caractère démentiel, de type Alzheimer ou non, de consentir, constitue un obstacle à l'exercice de son droit au risque. Il faut alors envisager la substitution au consentement.

La personne âgée souffrant d'une altération de ses facultés mentales la privant de son discernement, ne peut valablement consentir à la prise de risques, ni refuser à l'inverse les pratiques sécuritaires. Le danger consiste pour les soignants à adopter une attitude de disqualification à l'égard de cette personne, sous prétexte qu'elle ne dit rien de la situation. Le danger réside alors dans la perte du statut de sujet. Là encore, le projet de service et son application servent de garantie à ces dérives.

Le consentement substitué prend deux aspects, selon que la personne est protégée ou non par un régime civil d'incapacité⁵³. La reconnaissance d'un mandat sur incapacité future ou testament de fin de vie sur le modèle du droit québécois afin que chaque personne puisse organiser elle-même, à l'avance, les conditions de sa propre dépendance (gestion patrimoniale, hébergement, consentement aux soins...), préconisée en 1998 par le Congrès des notaires de France et reformulée par Jean-Pierre Gridel⁵⁴ pourrait trouver son application dans des situations que nos services ont à gérer.

En l'absence d'un placement sous sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle, la famille doit pouvoir substituer son consentement à celui de leur proche dans la décision de prendre ou non des risques. Lorsque la famille est absente ou indifférente au sort du patient, le consentement de toute personne extérieure à l'établissement ou au service pourrait être recherché, sous réserve qu'elle témoigne d'un intérêt manifeste pour la personne, nous dit Karine Lefeuvre-Darnajon lors d'un débat sur cette question⁵⁵. Néanmoins, la tendance sécuritaire et le réflexe surprotecteur des familles déjà évoqué risque bien de réduire l'exercice du droit au risque et le respect de l'intégrité physique et morale de la personne. En revanche, si la personne âgée est placée sous régime protecteur, son représentant légal, le tuteur, et non plus son représentant naturel, consentira à sa place, avec l'accord du juge des tutelles pour les décisions affectant l'intimité de sa vie ou l'intégrité corporelle. Là encore, notre responsabilité de directeur, et celle des professionnels avec qui nous partageons la prise en charge, est engagée lorsque nous constatons l'incapacité du sujet. Nous devons alors mettre en œuvre le dispositif de protection nécessaire aux prises de décision dans le respect des règles de droit.

L'intervention d'un tiers extérieur au professionnel soignant, neutre dans le sens où il échappe à toute pression familiale ou médicale, peut constituer une alternative. L'intérêt des discussions en équipe est reconnu mais ne suffit pas. Les infirmières coordinatrices des services de soins à domicile interrogées, et certains médecins, lors de notre enquête, réclament la création de groupes de parole

⁵² CAPEZUTI et col., « Physical restraint use and falls in nursing home residents », JAGS, 44, 1996

⁵³ CALLOCH Pierre, « Tutelle, curatelle », Paris, TSA Editions, 1997

⁵⁴ BURGELIN Jean-François, GRIDEL Jean-Pierre, (sous la direction de), « Vieillesse démographique et droit. Vers un droit de la vieillesse », Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 1999

⁵⁵ LEFEUVRE-DARNAJON Karine, Intervention au Séminaire « Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes ? Quelle responsabilité pour les professionnels ? », Rennes, Psychologie et Vieillesse, 1^{er} octobre 1999

pour soignants, animés par un psychologue.

Le projet de service de l'ASPANORD a intégré cette modalité dès sa première rédaction, et l'a reconduite au vu des bénéficiaires reconnus en terme de prévention à l'épuisement et au stress par les soignants.

Nous constatons que la protection de la personne âgée, à domicile ou en institution, ne doit pas se transformer en une surprotection. Dénier le droit au risque irait à l'encontre du droit au respect de la dignité de ces individus vulnérables, et cela même si le recueil du consentement s'avère parfois difficile. Il faut admettre que la recherche d'une autonomie effective et la prise en considération de la personnalité suppose inévitablement la prise de risques. Nous tentons, dans le projet de service, d'articuler discours humaniste appuyé sur une démarche éthique et réalité pratique.

C'est une manière d'éviter le décalage entre l'idéal soignant et la réalité pratique dont on a vu en première partie qu'il pouvait être à l'origine de la souffrance des soignants, voire de comportements inadaptés.

Les règles sécuritaires, réduites au minimum, sont conçues comme un ultime recours, après la recherche d'alternatives. Nous n'avons pas institué de protocoles mais avons choisi de « protocoliser » la réflexion, c'est à dire de la rendre préalable à toute intervention. La pratique, y compris celle du médecin, est ainsi conforme aux règles des déontologies professionnelles, notamment celles édictées par le code de déontologie médicale⁵⁶ qui imposent le respect de la vie humaine, de la personne, de sa dignité, ou encore du principe de moralité.

Enfin, le règlement intérieur, tel qu'il est préconisé par J-M Lhuillier dans « Liberté et règlement de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux »⁵⁷, devrait faire état de ce respect du droit au risque et de ses strictes atteintes pour les usagers de nos services.

Ces réflexions rejoignent le souci du législateur d'adapter le dispositif de protection des personnes vulnérables en prenant en compte les évolutions démographiques et les transformations sociales.

C - 1 - 3 - Vers une autre manière de penser la protection des personnes vulnérables

Un groupe de travail interministériel présidé par Jean Favard⁵⁸ a émis des propositions et recommandations afin de rendre leur pleine effectivité aux principes directeurs de la loi du 3 janvier 1968 et de redonner à la protection judiciaire des majeurs toute sa souplesse et toute son efficacité, notamment face aux demandes accrues concernant des personnes âgées.

Pour une mise en pratique des principes de nécessité et de subsidiarité rappelés dans la Recommandation du Conseil de l'Europe⁵⁹, la proposition d'une évaluation médico-sociale des situations individuelles comme préalable à l'entrée dans le dispositif judiciaire dans tous les autres cas que la sauvegarde de justice ou de saisine sur requête en matière de tutelle ou de curatelle retient notre attention pour notre projet de direction.

Cette étape en amont du processus judiciaire doit concourir à une parfaite connaissance sociale et médicale de la personne pour laquelle est sollicitée une mesure lourde restrictive de liberté.

Cette étape tiendra compte de :

- L'accueil de la personne et de ceux qui souhaitent introduire la demande de protection
- L'analyse de la demande : connaissance de la situation d'état civil de l'intéressé,

⁵⁶ Art 2 et 3 du Décret n° 95.1000 du 6 septembre 1995, portant code de déontologie médicale

⁵⁷ LHUILLIER J-M, « Liberté et règlement de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Revue de Droit Sanitaire et Social, décembre 1999

⁵⁸ Rapport FAVARD, « Groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs », Direction Générale de l'Action Sociale, avril 2000

⁵⁹ Recommandation du Conseil de l'Europe n° R (99) 4 du 23 février 1999

appréciation de sa situation familiale, évaluation sociale (ressources, droits sociaux), les conditions de vie, l'évaluation médicale, l'inventaire patrimonial

- L'orientation soit vers le dispositif social de droit commun approprié, soit vers le dispositif de protection judiciaire par la saisine du procureur de la République.

Pour réaliser cette évaluation, le Rapport Favard préconise un appui sur les réseaux locaux des professionnels sanitaires et sociaux. Abandonnant l'hypothèse d'une adaptation du dispositif d'évaluation « de droit commun », faute de moyens, notamment le dispositif des équipes médico-sociales chargées de la PSD, la rapport propose de concevoir un nouveau mode de réponse, de proximité, modulable, intégrant l'ensemble des professionnels et des équipes existantes au sein de missions locales, infradépartementales. Ce choix répond à l'objectif de favoriser une approche globale des besoins de la personne à protéger ou à accompagner dans un souci de proximité. Pour cela il est prévu une unité géographique de référence, « le cas échéant, rien ne s'opposerait à ce que ce réseau bénéficie, là où ils existeront, des Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) comme lieu d'ancrage ». Ces réseaux de professionnels seraient reliés à un correspondant départemental interlocuteur des juges des tutelles, du procureur de la République et des personnes ou des familles.

C 2 La question de la maltraitance intégrée à la réflexion sur la coordination gérontologique

Nos interrogations de départ sont partagées par d'autres acteurs du champ gérontologique. En effet, il ne s'agit pas de réflexion solitaire mais bien de l'émergence d'un travail partenarial autour d'une question particulière parmi d'autres dont nous voyons les liens entre elles : la question du droit des individus âgés, droit au choix de son lieu de vie, de son mode de vie, la question de la gestion des risques inhérents à la prise en charge d'individus vulnérables, la question du travail en gérontologie et de sa coordination ...

C - 2 - 1 - La coordination, essai de définition préalable

Dans le champ de la vieillesse, la coordination date d'une bonne trentaine d'années, du moins son souhait. Mais elle est aussi « une image simpliste et souvent illusoire d'un bon fonctionnement des institutions » pour reprendre un propos de Bernard Ennuyer. Elle est surtout présentée depuis quelques années comme un « passage obligé » pour pouvoir apporter une réponse convenable au « problème des personnes âgées dépendantes », puisque problème il y a.

Dans notre présentation synthétique de l'évolution des politiques sociales de prise en charge des personnes âgées, nous avons déjà évoqué ce thème récurrent. Nous reprendrons ici des extraits des textes fondateurs de ce quasi mythe.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, l'action du gouvernement s'oriente selon 3 axes :

- améliorer la coordination des aides autour de la personne – pour cela, des expérimentations de « guichets uniques » ou de « bureaux d'informations et de conseils » seront lancées sur un certain nombre de sites volontaires
- favoriser le maintien à domicile
- préparer l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des hébergements pour personnes âgées

Et le rapport Guinchard-Kunstler « Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », dans le chapitre « une nouvelle organisation de la prise en charge », propose de créer des « bureaux d'information et d'aide à la décision » ; « cet échelon de proximité doit être conçu comme un véritable lieu d'accueil et

d'écoute des personnes en perte d'autonomie et de leur famille, afin d'offrir les réponses appropriées et de mettre en œuvre les services nécessaires ». Les missions de cette coordination des intervenants dite « coordination de proximité » seront :

- assurer la fonction de lieu d'accueil personnalisé, quelle que soit l'origine de la demande ;
- être en mesure d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire ;
- proposer l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé qui intégrera les aides financières disponibles.

De plus, ce rapport propose la création d'un échelon départemental de coordination, instance décisionnelle que l'on trouve avant ce rapport sous la forme de Comité d'Observation de la Dépendance et de Médiation en Ile et Vilaine⁶⁰.

A nouveau ressurgit l'idée d'une double coordination : coordination autour de la personne âgée et coordination des structures et des services. Cette idée date de 1962, on y lisait dans le rapport Laroque : « la multiplicité même des individus, des services et organismes ainsi appelés à mettre en œuvre la politique de la vieillesse, implique nécessairement la coordination des efforts entrepris par les uns et les autres » et « la coordination elle-même revêt deux aspects distincts, coordination administrative qui suppose une liaison entre les différents organismes publics et privés contribuant à l'action sociale en faveur de la vieillesse, et coordination sociale proprement dite, qui consiste à orienter un vieillard déterminé sur les services auxquels sont état le conduit à faire appel ».

Même l'idée de guichet unique est présente chez Laroque quand il dit « la coordination doit être aménagée de telle manière, qu'il n'existe pour la circonscription géographique retenue qu'un seul réseau d'action auquel puissent s'adresser quelle que soit leur condition, toutes les personnes âgées, et pour quelque service dont elles ont besoin ».

Dans ces intentions et efforts répétés depuis 1962, nous lisons une réelle difficulté de mise en œuvre opérationnelle, pour ne pas dire un échec. Il y a donc de la résistance à coordonner des actions et à se coordonner. C'est un frein que nous connaissons et que nous ne devons pas négliger. Mais ce frein attire aussi notre attention de manière positive, il signale peut-être un ou des dangers. Nous savons que le danger le plus fréquent réside dans le phantasme du pouvoir et de sa possible perte.

Le difficile partenariat des professionnels pourrait même être considéré comme une maltraitance institutionnelle indirecte.

La mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) à titre expérimental sur 25 sites en 2000, avec un objectif de 200 nouveaux sites chaque année jusqu'en 2005, révèle les tentatives inabouties de coordination gérontologique et ambitionne de parvenir à cette fin.

C'est surtout l'utilisation de la coordination qui fera l'objet de notre vigilance.

C - 2 - 2 - Maltraitance et coordination gérontologique : une ambiguïté à lever

Relier le terme de maltraitance à celui de coordination peut révéler une certaine ambiguïté du fait même des difficultés de définition de chacun de ces termes.

En effet l'analyse des causes et des facteurs de risque ont mis en évidence le caractère amphibologique de la coordination, soit par son absence, soit par son caractère obligé et de fait non respectueux des libertés individuelles.

Nous avons pointé le risque d'un transfert hospitalier dans l'illusion de mettre fin à une pratique violente à domicile. Ce transfert peut même être réalisé sous couvert de coordination mais ne pas être pensé avec les acteurs : la personne, sujet âgé, et son entourage.

⁶⁰ Conseil Général d'Ile et Vilaine, « Convention d'Ile et Vilaine pour la coordination gérontologique et la gestion de la prestation spécifique dépendance (PSD) », Les cahiers techniques de la Direction des Affaires Sociales, n° 77, janvier 1998.

A notre sens, la levée de cette ambiguïté devra résulter d'une politique de prévention doublée d'une réflexion sans cesse renouvelée sur le thème de la maltraitance.

Aussi, pour être efficace, la lutte contre la maltraitance doit combiner des actions tournées vers l'individu et vers les institutions qui s'inscrivent dans le cadre de la coordination gérontologique.

- Une politique au plus près des personnes

La politique préventive est orientée 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 de risque repéré, on proposera les pistes suivantes, depuis préconisées par le rapport Guinchard-Kunstler :

- Développement d'hébergements temporaires et promotion d'accueils de jour comme solutions de répit, et ce dans des conditions rassurantes pour les familles et satisfaisantes pour les hébergés. Sur le secteur géographique de l'ASPANORD, nous ne disposons que de trois places d'hébergement temporaire réparties dans trois établissements d'hébergement, avec des critères de sélection favorables aux personnes autonomes et des logements inadaptés à la dépendance. Ce besoin non satisfait fait l'objet d'une réflexion, dont l'ASPANORD est responsable, au titre du CODEM afin d'aboutir à la création concertée d'une offre adaptée. Ma position de directrice du service de soins dans une interface avec chacun des acteurs institutionnels, conjuguée à une volonté d'animer et de dynamiser la réflexion et l'organisation des aides à la population âgée sur le secteur, ont contribué à me légitimer et me missionner dans le rôle d'animatrice du CODEM.
- Développement de groupes de parole pour les aidants professionnels comme pour les aidants naturels. Il s'agit d'introduire de la distance et du tiers face aux situations éprouvantes génératrices d'épuisement et de stress en l'absence de moyens permettant de gérer les émotions et perturbations qui en résultent. Une ouverture sur l'extérieur par ce biais constitue un moyen de prévention de plus en plus privilégié. Dès 1997, dans une pratique de réseau en lien avec la Maison de Retraite St Cyr à Rennes et le Conseil des Familles (instance informelle réunissant professionnels et familles), j'ai organisé un premier groupe de parole à destination des aidants familiaux en faisant appel aux compétences de l'association Psychologie et Vieillesse qui en est toujours le prestataire. Conjointement j'ai réalisé une recherche de financements auprès du Conseil Général, des caisses d'assurance maladie et des caisses de retraite complémentaires pour compléter la participation financière des participants (50 F par séance) et rémunérer le psychologue.
- L'instauration d'un congé dépendance sur le modèle du congé prévu par la loi du 9 juillet 1999 pour le droit et l'accès aux soins palliatifs, pour permettre à un salarié de se consacrer à son parent âgé, s'il est véritablement choisi, peut éviter les clivages douloureux et le atténuer vécu de fardeau.

- Une politique de prévention tournée vers les institutions

Afin que les institutions s'inscrivent dans une véritable lutte contre la maltraitance, telle que le souhaite le rapport Guinchard-Kunstler, on peut avancer plusieurs initiatives.

L'identification des responsabilités doit permettre de mieux prévenir les violences institutionnelles⁶¹ comme l'a montré Monique Mallier, infirmière générale au Centre Hospitalier de Nord Mayenne. La violence institutionnelle peut être limitée ou évitée grâce à des réponses internes à l'institution : se référer à des valeurs qui permettent d'axer la philosophie des institutions sur les

⁶¹ MALLIER M., « Les violences institutionnelles envers les personnes âgées : identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques », Nantes, Mémoire de Diplôme Universitaire de Gérontologie Sociale, 1997

droits des résidents, construire un projet de vie individualisé s'appuyant sur les besoins, les désirs et les attentes de la personne.

Par ailleurs, les problèmes liés au manque de formation pointés par Robert Hugonot et confirmés par notre analyse, sont soulignés dans le rapport Guinchard-Kunstler. Il convient de réorganiser les formations préparant aux métiers d'aide à la personne car la prise en charge des personnes âgées mobilise des compétences nombreuses et variées. Au côté des compétences sanitaires et médico-sociales il y est recommandé de recourir à d'autres professions comme les aides médico-psychologiques que l'on retrouve dans le projet de réforme du décret des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce rapport envisage enfin de promouvoir un enseignement gériatrique dans la formation initiale et continue des médecins.

Sur le versant du domicile, ce rapport préconise un renforcement de la qualité. Pour les services d'aide à domicile, la certification AFNOR valide l'engagement dans la démarche qualité.

Dans les services de soins à domicile, le directeur ou, à défaut l'infirmière coordinatrice, est directement responsable de la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Les propositions de réorganisation de la prise en charge de ce rapport sont, pour certaines, déclinées dans la circulaire relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)⁶². Il s'agit, au plus près de la personne âgée, avec l'appui de la famille et de l'environnement, de mettre en place des « bureaux d'information, de coordination et d'aide à la décision ». Le travail en réseau et la conduite des politiques de développement local en direction des personnes âgées relève de l'échelon départemental de coordination et devrait favoriser les collaborations entre le secteur du domicile et celui des hébergements. Sur le secteur de l'ASPANORD, cette collaboration est issue d'une volonté associative et de direction. L'ASPANORD se positionne aujourd'hui comme candidat à la création d'un CLIC qui viendrait valider et renforcer les actions entreprises de manière volontaire depuis plus de 10 ans.

C 3 Les orientations de management

Le positionnement de direction dans le management du service de soins s'effectue suivant deux axes :

- un axe d'animation d'une équipe de salariés en interne
- un axe de développement de projets en lien avec les partenaires dans une pratique de réseau, en externe.

Au regard de notre problématique ces deux rôles du directeur sont aussi articulés. Aussi, nous construirons des stratégies en terme de formation, de réflexion et de suivi, dirigées vers les personnels et vers les acteurs périphériques pour atteindre les objectifs fixés au départ.

C - 3 - 1 - Une politique de formation

Avant la politique de formation, c'est bien sûr à une politique de recrutement des personnels que le directeur pense. Dans la constitution de la nouvelle équipe d'aides soignants, pour les raisons de fin de convention avec le CHR de Rennes évoquées en première partie, nous avons enrichi le descriptif de poste au regard des éléments d'évolution dans les prises en charge à domicile (éléments répertoriés en première partie), et au regard de la problématique des maltraitances. Les entretiens de sélection à l'embauche ont permis d'attirer l'attention des candidats sur les phénomènes généraux d'usure en gériatrie et sur les phénomènes spécifiques de charge émotionnelle au domicile.

⁶² Circulaire DAS-RV2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005

Depuis les premières années de fonctionnement du service de soins, soit dès 1988, la formation est apparue comme un élément fondamental dans le dispositif de ressourcement et de protection des salariés du SSIAD. Elle conduit à éviter l'épuisement et soutenir le projet professionnel individuel et collectif de travail auprès des vieillards. Les plans de formation successifs font état d'une moyenne de 22 journées annuelles de formation pour 6 salariés, confondant formations longues à la gérontologie, avec un accent sur l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs, la communication avec les déments, la prise en compte de la famille, et les participations aux colloques, séminaires et congrès sur des thèmes spécifiques. (cf tableau en annexe)

Dans cette politique centrée sur la prévention des comportements maltraitants, nous viserons à :

- palier le manque de formation initiale sur le problème des maltraitances, toutes catégories professionnelles confondues, à travers le dispositif de formation continue
- construire un support d'appel à la vigilance
- démarrer et/ou poursuivre la réflexion à travers l'analyse des pratiques dans une visée éthique ou dite de bientraitance

Ces objectifs servent à sélectionner le ou les prestataires de formation et de soutien des équipes et des partenaires locaux.

- En interne : une commande de formation spécifique dans une démarche de projet

Le programme de formation au regard de la problématique des maltraitances dans le cadre d'un exercice auprès de personnes âgées dépendantes doit correspondre aux éléments d'analyse dégagés par le service dans notre phase de diagnostic et s'intégrer dans le projet du service.

Le cahier des charges intègre une approche globale du sujet avec les éléments de définition et de classification pour disposer d'un vocabulaire commun, l'approche juridique et son articulation avec un « droit au risque », l'approche psychologique pour connaître et comprendre les mécanismes psychiques à l'œuvre, en particulier dans l'interaction avec les pathologies démentielles, les perspectives de traitement et de prévention grâce à la clinique du lien, à l'analyse du système familial et à la notion d'alternative.

- Une démarche de projet

Pour atteindre notre objectif d'appropriation par l'ensemble des acteurs nous utilisons la démarche de projet (avec un accompagnateur extérieur en lien avec notre propre rôle d'animateur de l'équipe et de sa réflexion).

En effet, il ne s'agit pas pour nous de donner des recettes, qui n'existent pas, malgré une demande fantasmagique toujours présente. Mais il s'agit bien de parvenir à l'élaboration d'analyses à partir de supports de réflexion théoriques, pour une construction d'outils utilisables par tous, dans une visée de résolution de problématiques familiales ou complexes à caractère maltraitant.

C'est une visée éthique dans le sens où nous sommes le plus souvent face à un dilemme que nous devons dépasser avec le sujet et les acteurs de l'aide et du soin.

La démarche projet associe l'ensemble des acteurs et personnes à la réflexion et à l'action. Elle articule et coordonne les interrogations sur les violences et les maltraitances.

Outre la cohérence des actions, leur continuité entre les différents professionnels, leur pertinence, l'adéquation avec les finalités poursuivies, le projet permet enfin l'évaluation des actions par rapport à l'objectif fixé.

La démarche projet est fondamentale si on veut éviter l'écueil de la réponse rapide à un problème par le seul moyen de la formation. La formation est un levier d'intervention essentiel dans notre

dispositif de prévention et de lutte contre les comportements maltraitants, en tant qu'elle s'inscrit dans un projet évolutif du service.

Nous avons fait état d'une première écriture du projet de service dans les premières années de fonctionnement du SSIAD. Puis, nous avons mentionné dans les chapitres précédents comment cette écriture s'est poursuivie en fonction de l'évolution des besoins de la population, de l'évolution du cadre réglementaire et de l'évolution de la pensée en gérontologie au sens large (introduction des chartes, place accordée à l'usager...), de l'évolution des personnels de l'équipe soignante (arrivée d'une nouvelle équipe). L'interrogation relative aux maltraitances figure dans la nouvelle écriture du projet, sur proposition de la direction, en accord avec le Conseil d'Administration, dans un partage rédactionnel avec les salariés. Cette dynamique de rédaction, non pas perpétuelle, car elle est consommatrice de temps et d'énergie, mais renouvelée, avec des temps privilégiés, et articulée à l'évolution de nos pratiques constitue aussi une responsabilité de direction.

La démarche projet en tant que processus permet de réajuster et d'évoluer au rythme des personnes.

Le projet peut ainsi être présenté comme une rencontre à un instant T, de personnes et de besoins. Il s'inscrit dans une démarche collective, se construit sur des espoirs, des peurs, des frustrations, se traduit par des engagements, des solidarités, des échecs, des réussites. Enfin et surtout, il génère et formalise une ou des interrogations, puis les efforts de tous pour les dépasser, dans une visée opérationnelle avec des valeurs fondatrices partagées.

- Un travail collectif d'élaboration et d'appropriation

Elaborer du sens, c'est d'abord mettre en lumière les valeurs qui sous-tendent les actions des professionnels, autant que celles qui constituent un cadre de référence. C'est aussi repérer les freins au respect de ces valeurs dans nos mises en acte, en particulier au regard de notre problème qui fit figure de tabou jusque très récemment.

Le travail d'élaboration collectif et accompagné par un « spécialiste » permet de mettre en cohérence des logiques différentes. Si la coordination est si difficile à réaliser, c'est sûrement parce que les logiques sont différentes : différences entre une logique médicale et une logique sociale, entre une logique financière et une logique de soins et de prendre soin, entre une logique institutionnelle et une logique affective....

Mais on peut aussi découvrir un fonds commun, du sens commun à s'occuper de vieillards, ce sont ces valeurs communes qui feront le ciment de nos actions.

C'est un travail collectif, c'est aussi un travail d'appropriation de soi-même, de ses motivations, de ce qui nous fait vivre et travailler auprès de personnes en difficultés, en souffrance, dans leur dernière étape de vie.

Entrer dans une démarche de projet s'inscrit dans une stratégie de changement. L'aspiration au changement naît et se nourrit d'une insatisfaction liée aux écarts ressentis et constatés en première partie, entre les intentions et les pratiques, par les salariés et par les partenaires.

Relevant ces écarts, les confirmant avec les professionnels du secteur et, plus largement avec les pouvoirs publics, la stratégie de changement décidée par le directeur reçoit l'approbation et le support des autres acteurs. Mais l'initiation de la démarche nécessite la formalisation de la demande des acteurs, en premier lieu des personnels du service, et la négociation avec le Conseil d'Administration, en particulier pour l'option ou non d'une démarche accompagnée.

- Le choix d'une démarche accompagnée

Le directeur impulse, dynamise, met en marche, évalue, mais il délègue aussi. Autant il serait aberrant de proposer une stratégie de changement sur une question dont on ignore les ressorts, autant il pourrait être dangereux de prétendre accompagner seul tout le processus de changement.

Certes, ma manière d'animer l'équipe, et en particulier lors des réunions hebdomadaires de coordination, mais aussi celle qui consiste à toujours interpeller l'Autre, qu'il soit membre du Conseil d'Administration, directeur d'établissement d'hébergement, assistante sociale, médecin, infirmier ou directeur d'instance décisionnelle ou d'organisme de contrôle, contribue à provoquer l'interrogation pour soi, puis le désir de changement et la production d'idées et d'outils.

Mais le passage de relais est essentiel pour préserver ce rôle « d'empêcheur de penser en rond ».

L'accompagnement de la démarche permet d'éviter deux difficultés. La première est liée à la maîtrise du temps et des différentes étapes qui constituent la démarche. La seconde tient à la protection nécessaire des acteurs contre le risque d'exposition des uns et des autres. S'impliquer dans une démarche, quelque soit le statut et la place occupée dans le service ou le réseau, valorise la personne mais peut aussi la fragiliser. Surtout sur cette question des maltraitances, elle révèle aux autres, et aux supérieurs hiérarchiques, des frustrations, des insatisfactions, mais aussi des insuffisances. Il faut garantir l'anonymat et empêcher l'utilisation inappropriée des informations recueillies.

Au cours de notre propre réflexion nous avons sollicité l'appui de l'association Psychologie et Vieillesse, pour un partage d'interrogations et une aide extérieure à mon sens essentielle dans une mise à distance nécessaire, ainsi que pour une énonciation plus conceptuelle. L'ASPANORD est membre de cette association centrée sur la réflexion et la recherche en gérontologie à partir des pratiques professionnelles. Elle agit dans le sens de la production et la transmission de savoirs à travers l'organisation de groupes de réflexion à thèmes, ce fut le cas pour la maltraitance, à travers l'organisation de séminaires et colloques, et à travers l'accompagnement de projets, de groupes de parole ou de formations.

Sur proposition au Conseil d'Administration, une convention de partenariat est passée entre l'ASPANORD et Psychologie et Vieillesse pour l'accompagnement de notre démarche.

Le coût, de cet accompagnement est négocié et accepté au regard des éléments de bénéfice directs auprès des salariés et en terme de rayonnement de l'association. C'est un coût raisonnable du fait d'une philosophie volontairement associative à Psychologie et Vieillesse, avec mixage et partage de savoirs pratiques avec des savoirs plus académiques.

Coût de la démarche accompagnée : c'est une enveloppe négociée sur la base de 10 fois 2 heures en 2001 au prix net de 1000 les 2 h, soit 10 000 F. Seul le temps de présence auprès des salariés est compté, le temps rédactionnel et organisationnel lié au projet sera valorisé par des publications et interventions en colloques. A ce coût il faut ajouter celui du temps consacré par le personnel à la démarche, temps substitué en 2001 au groupe de parole traditionnel. (cf plus loin)

L'accompagnateur du projet est un psychologue qui partage son activité entre pratique clinique institutionnelle et formation. Il est formateur dans le sens où il catalyse le changement d'autrui. Par le biais des méthodes de travail, réunions, analyse de cas, il permet d'être écouté, entendu, de manière spécifique. Certains cas ont déjà fait l'objet d'une analyse en réunion hebdomadaire de service, ou même au retour d'une tournée dans une transmission qui ne se suffit pas de l'écrit. Dans l'organisation du service de soins, la présence de l'encadrement, directeur et infirmière coordinatrice, est essentielle à ces moments de regroupement : accueillir les salariés à 7h45 avant leur départ en tournée, accueillir les émotions entre 11h30 et 12h30 après une matinée de soins en solitaire. Mais c'est la reprise à distance, avec un tiers extérieur, et dans une finalité de faire sens pour faire prévention, qui prime ici.

Le formateur est responsable de la qualité de son travail, mais il n'est pas responsable du projet. Il est également garant d'une rigueur déontologique caractérisée par la confidentialité des informations recueillies, la clarté dans les objectifs et les méthodes, le respect de la démarche décidée et du calendrier.

- Le choix d'une formation, d'un organisme

Nous pouvons maintenant choisir un seul interlocuteur d'accompagnement et de formation ou bien dissocier ces deux actions. Dans un souci d'éclairages complémentaires, nous optons pour la dissociation.

En effet, les organismes de formation spécialisés en direction des personnels du champ gérontologique ont inclus le thème des maltraitances et des violences à leur catalogue en général depuis 1997-98.

Nous avons comparé trois fiches descriptives de contenu, celles de l'URIOPSS, celle d'EDIFORM, spécialisé auprès de la formation continue des aides soignants et celle de l'UNASSAD.

L'ASPANORD est affiliée à l'UNASSAD qui propose des formations ciblées en direction des professionnels de l'aide et du soin à domicile. La possibilité de décentraliser les actions de formation et de passer une commande spécifique répond à nos critères d'exigence de construction d'une formation-action à partir de la demande des personnels de nos services.

Par ailleurs, l'Union Départementale UDASSAD, constitue un relais de formation de l'UNASSAD, et la commission Soins-Santé Publique que nous animons a pour mission de recueillir les besoins locaux et d'organiser les réponses, soit avec l'UNASSAD, soit avec d'autres organismes de formation.

L'animation du débat avec les infirmières coordinatrices a généré, à partir de nos questions, une demande de mise en place de moyens de réflexion d'abord par et pour les infirmières, puis pour leurs services. On en verra les répercussions en externe également. Cette demande conjointe permet d'organiser une formation sur Rennes avec un calendrier de 3 périodes : mars, juin et octobre, pour des groupes de 10 à 12 salariés de services du département. Ce regroupement génère une économie de moyens (absence ou limitation des frais de déplacement et d'hôtellerie), et la rencontre de salariés habitués à des pratiques relativement isolées, autre objectif de l'union.

Nous articulons donc un prestataire de formation ciblée, avec un accompagnateur dans une mission déterminée. L'un et l'autre acceptent le dispositif.

Après avoir donné la priorité à la formation « Accompagnement de fin de vie et soins palliatifs » en 2000, l'équipe a validé l'inscription prioritaire de ce thème au plan de formation 2001, avec des actions à distance pour 2002 et 2003, dans le cadre d'un processus d'évaluation.

- Phase initiale : 2 aides soignants sur 4 jours répartis en 3 périodes en 2001 (soit les 6 AS) ainsi que l'infirmière coordinatrice, au total 7 stages de 4 jours = 28 jours d'absence

Les remplacements sont intégrés au planning. Les roulements des aides soignants prévoient chaque matin 5 présents et un salarié en repos. Le report des repos et l'embauche d'une aide soignante remplaçante intégrée au roulement pour les congés annuels et les formations, permet la constitution de binômes pour les formations.

- Phase de suivi : 2 demi-journées par an sur deux ans, dans le but de valider la mise en route d'un outil de base, puis de l'évaluer.

Pour l'accompagnement, le temps de coupe peut être utilisé à raison de 2 heures toutes les 6 semaines à partir de mars 2001 pour la présentation du dispositif articulé avec la formation et la mise en place d'un calendrier de suivi à partir de novembre 2001, une fois que toute l'équipe aura reçu la formation de base. Il ne se surajoute pas au temps précédemment consacré au groupe de parole mais il s'y substitue le temps de ce projet spécifique, soit sur l'année 2001. Le groupe de

parole reprendra sous sa forme classique ensuite dans une perspective de suivi. Le rythme et la durée sont légèrement différents car les objectifs le sont, il faut à priori plus de temps entre les séances pour travailler en équipe sur des cas et des séances plus longues (2 h contre 1h30) pour une production écrite.

Coût du dispositif : 24 jours de remplacement aide soignant soit 10200 F et 7 stages à 3600 F, soit 36400 F. L'ASPANORD cotise à raison de 0,15% à l'organisme collecteur PROMOFAF et peut prétendre à une prise en charge à hauteur de 8000 F. Les 28400 F restants ont fait l'objet d'une provision pour formation et le Conseil d'Administration a pris la décision de cotiser à hauteur de 2,10% à partir de 2001 pour renforcer le plan de formation spécifique. L'infirmière coordinatrice n'est pas remplacée, son travail est assuré par la directrice.

- En externe : la formation des acteurs du réseau

La réflexion sur la maltraitance est partagée avec :

- D'autres services d'aide et de soins à domicile
- Des établissements d'hébergement
- D'autres professionnels répartis en deux catégories : des salariés (assistants sociaux, informateurs aux personnes âgées de la CRAMB, de la DAS 35, de la MSA et des caisses de retraite et aides à domicile des services ADMR ou des CCAS) et des libéraux (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ...).

Les actions tournées vers les acteurs du réseau en externe devront tenir compte de leurs particularités.

Pour les salariés des institutions CRAMB, MSA et DAS 35, les 2 journées organisées en 1998 et 1999, consacrées aux thèmes de la maltraitance et du droit au risque, pour les équipes techniques dépendance, furent réalisées à la suite de nos échanges avec le médecin responsable du « pôle adulte » au Conseil Général d'Ille et Vilaine. Nous sommes ici incitateur, force de proposition, dans le cadre de relations informelles et interpersonnelles au sein du réseau, autant que dans le cadre de relations formalisées à travers les CODEM. La formation des travailleurs sociaux et médecins de santé publique relève de leurs employeurs respectifs. Mais la création d'instances de coordination capables d'unir leurs efforts et leurs moyens pour prévenir les comportements maltraitants relève de notre rôle de développeur de projets en partenariat. La proposition de création d'un protocole commun de vigilance et de signalement des situations à risque en est un moyen.

Pour les aides à domicile, nous retrouvons la même perspective, avec la possibilité de les associer aux formations destinées aux personnels de l'ASPANORD, en convention avec leurs employeurs. Nous développons ainsi une action de communication en direction des services, et établissements d'hébergement, qui peut être à l'origine de choix de formation institutionnels ultérieurs.

Pour les professionnels de santé libéraux, les médecins généralistes ont une obligation de formation continue, organisée à travers la Formation Médicale Continue (FMC). Depuis 3 ans, la capacité de gériatrie à Rennes intègre, dans l'enseignement auquel nous participons, 3 heures sur les maltraitances, 3 h sur le droit au risque et les contentions, 3 h sur les dispositifs d'aide et de soin à domicile, et 3 h sur les régimes de protection aux majeurs.

Les conférences à destination des professionnels de santé organisées par l'ASPANORD 2 à 3 fois par an, permettent une validation FMC pour les généralistes présents. Par ailleurs, nous avons proposé une formation sur ce thème à MGFORM (organisme de formation continue des médecins généralistes du syndicat MG), dans une suite à la formation consacrée aux dispositifs d'aide et de soin à laquelle nous participons en tant qu'expert. Elle est à l'étude et en attente de validation pour la région Bretagne.

Pour les infirmier(e)s, pédicures, masseur-kinésithérapeutes et pharmaciens, au manque d'instances fédératrices repérables sur le secteur, s'ajoute le problème des remplacements, en particulier pour les

infirmiers qui peinent à trouver des collaborateurs ponctuels. Seules les conférences à destination des professionnels du secteur leur permettent de se former sur des domaines non purement de techniques propres à leur exercice. Un axe de développement reste à penser avec eux en fonction de leur demande plus polarisée sur les réunions de coordination.

En avril 2001, la première des deux conférences annuelles destinées aux professionnels de santé portera sur les solidarités familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les risques d'impasses relationnelles générées par ces situations d'aide avec les interventions de Claude Martin et Pierre-Yves Malo. Le choix des intervenants repose sur nos collaborations. Claude Martin est déjà intervenu lors de la manifestation anniversaire des 10 ans de l'ASPANORD, Pierre-Yves Malo anime le groupe de parole du service et participe à la réflexion sur ce thème au sein de Psychologie et Vieillesse. La deuxième, en octobre, avec les interventions de Pierre Calloch, magistrat déjà intervenu pour une approche des régimes de protection en 1999, et de Marie-Odile Bruneau, philosophe, complètera la réflexion en articulant les notions de responsabilité et d'intervention avec celle de respect des droits de la personne. Chacune donne au lieu à un compte rendu dans la Lettre de l'ASPANORD. Les intervenants ont accepté une participation gracieuse.

C - 3 - 2 - Une politique d'accompagnement et de soutien

Nous avons vu comment les enfants ou les conjoints des personnes âgées dépendantes se retrouvaient en position d'aidant ou de soignant. Nous avons évalué les risques d'épuisement et de dégradation des relations dans le couple aidant/aidé, sur les deux versants naturel et professionnel. Le dispositif d'accompagnement envisagé résulte des constats et des demandes exprimées par les aidants, familiaux et professionnels.

Il est aussi issu d'une lecture transposée d'un livre écrit sous la direction de Marceline Gabel, Frédéric Jésus et Michel Manciaux : « Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels »⁶³ qui recouvre le champ de l'enfance.

Avec la dépendance, le rôle d'aidant/soignant « joué » par des enfants à l'égard de leurs parents les investit d'une responsabilité nouvelle.

C'est une charge qui confère l'initiative de décisions tout en obligeant celui qui en est investi à rendre compte de leurs conséquences préjudiciables ou bénéfiques, immédiates ou ultérieures.

Le concept de responsabilité est relativement moderne. Son émergence et son développement sont contemporains de ceux de l'état de droit, en particulier du droit des assurances. Mais au-delà de cette acception juridique, il s'agit aussi d'un concept éthique, qui souligne l'impact de chaque décision individuelle sur l'ensemble de la société comme sur les générations à venir. On comprend donc le souci des enfants ou conjoints de bénéficier d'éclairages, voire de soutien et d'accompagnements quand ils sont amenés à prendre des décisions importantes quant à l'avenir de leurs parents.

Il n'en reste pas moins que les rôles d'aide, sinon la responsabilité de décisions de l'avenir prises par les enfants à l'égard de leurs parents, sont plus que jamais partagés entre les enfants (famille) et un nombre croissant d'instances sociales et médico-sociales.

Ces instances interfèrent toutes, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement.

⁶³ GABEL Marceline, JESU Frédéric, MANCIAUX Michèle, (sous la direction de), « Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels », Paris, Editions Fleurus Psychopédagogie, 2000.

De leur côté les intervenants doivent s'interroger, au-delà de leurs rôles, sur leurs fonctions spécifiques et surtout analyser le sens et la portée des interactions entre les rôles et les fonctions en présence.

L'enjeu est en effet de réussir à dépasser les risques de concurrence et à créer les conditions d'une réelle complémentarité, et, autant que possible, d'une mise en cohérence des actions d'aide, de soins et de soutien exercées ou proposées.

- Vers un dispositif d'accompagnement psychologique : pourquoi et comment accompagner les aidants, naturels et professionnels, dans leur rôle d'aidant ?

Le terme d'accompagnement désigne l'acte de se joindre à quelqu'un pour faire un parcours en commun, -le parcours de la fin de la vie pour ce qui nous concerne. Dans le domaine musical, c'est le fait de jouer d'un instrument ou d'un ensemble d'instruments pendant que la voix ou un autre instrument assume la partie principale. Celle-ci est tenue en l'occurrence par la personne âgée qui vit ce moment, ou par sa famille qui subit les conséquences de la fin de vie de son parent. Mais qui peut être accompagné ? Par qui ? De quelles façons ?

- Accompagner les familles

Accompagner des aidants consiste en réalité à accompagner des adultes, enfants de leurs parents âgés, accompagnateurs de leur vieux parents. Ce type d'accompagnement cherche à privilégier les responsabilités de l'enfant, du conjoint, en tant qu'accompagnateur, tout en évitant la culpabilité, la dépossession de son rôle d'enfant ou de conjoint en tant qu'accompagné.

C'est en mobilisant chaque adulte (enfant de vieux ou professionnel) en tant que citoyen avec le souci de construire ensemble un autre regard sur la vieillesse, que les pratiques issues de dynamiques de réseau peuvent sans doute aider à dépasser l'ambiguïté des réponses trop étroitement professionnelles à la question « Qui peut être accompagné ? ».

La même perspective s'applique dès lors à la question : « qui peut accompagner ? »

La liste des accompagnateurs, effectifs ou potentiels, professionnels, non professionnels ou bénévoles, ne saurait être arbitrairement limitée par d'autres critères que ceux de la compétence reconnue par les autres intervenants et par la proximité ou plus exactement l'accessibilité géographique et sociale de leurs offres d'intervention.

L'inventaire des offres d'accompagnement ne résulte pas seulement de l'inventaire des demandes exprimées ou de l'analyse des besoins non pourvus.

Il résulte aussi et surtout de la volonté et de la motivation des acteurs à suppléer ensemble aux limites que chacun constate dans son propre domaine d'intervention, à rechercher la synergie de leurs ressources et de leurs compétences respectives, à concevoir et à mettre en œuvre des projets mobilisateurs, cohérents et pertinents au regard des réalités familiales qu'ils ont à connaître.

Reste la question « de quelles façons ? ».

C'est la question des objectifs visés dans cet accompagnement et des activités déployées dans le cadre de ce projet d'accompagnement. « De quelles façons les enfants ou conjoints peuvent-ils être accompagnés dans leur rôle d'aidant ? »

Dans chacune des dimensions psycho-affective, soignante, socialisatrice, où ce rôle d'aidant se déploie, une grande majorité d'aidants n'entendent pas être déchargés de leurs responsabilités. Mais ils souhaitent se sentir moins seuls, moins inquiets, mieux préparés et mieux confortés pour exercer ces rôles d'aidant /soignant pleinement dans le quotidien de la vie familiale et sociale.

Ils veulent pouvoir être éclairés, si nécessaire par des professionnels compétents et respectueux, afin d'effectuer au mieux les choix essentiels qui leur incombent. C'est le cas notamment pour le choix d'une vie en institution pour leur parent, en conservant à leur parent une place d'adulte, toujours parent de son enfant et citoyen responsable. Orientées par de tels objectifs, des offres

d'accompagnement des aidants peuvent prendre des formes diverses et combinées, selon la nature des attentes qui les suscitent et les circonstances qui président à leur expression.

L'observation des initiatives locales déjà engagées de type réseau d'appui, d'écoute, de conseil, d'orientation et encouragées par le rapport Guinchard-Kunstler (promu par les pouvoirs publics) a livré quelques premiers mots clefs pour décrire les formes d'accompagnement possibles. Accueil, écoute, expression, dialogue, échange, partage, entraide, revalorisation, information, formation, conseil, guidance, soutien, appui, aide, soin, relais, médiation.

Cette première liste non exhaustive souligne une caractéristique fondamentale et commune à toutes les formes que peut prendre l'accompagnement de proximité, à savoir d'être en pratique éminemment interactif, réflexif et donc évolutif dans une circulation de la parole.

Notre projet repose sur l'idée que les parents âgés sont d'autant plus respectés que leurs enfants aidants (conjointes) le sont aussi, et qu'ils sont d'autant moins délaissés que leurs enfants (conjointes) sont et se sentent moins isolés. La réunion bisannuelle à destination des familles renforce la reconnaissance que nous accordons aux aidants. Au delà de son caractère informatif, elle oriente et mutualise les expériences et les savoirs acquis dans la situation d'aide. Sa poursuite est essentielle.

L'organisation de groupes de parole complète la palette d'offres à caractère de soutien dans le cadre du projet CLIC.

Coût des groupes de parole à destination des aidants : 10 séances de 1 h30 dans l'année, dans une convention avec Psychologie et Vieillesse, à raison de 1 000 F net la séance.

Les groupes de parole constituent un moyen de restauration ou de protection du lien familial. Martine FEAT en a analysé la portée et les limites⁶⁴ en étudiant 6 groupes bretons. Elle a pointé la difficulté d'envisager le soutien aux aidants en terme de prévention car cela ne correspond pas à leur logique d'accompagnement. C'est la disponibilité des acteurs médico-sociaux dans un réseau professionnel de proximité et leur capacité à saisir leur demande qui permet l'orientation vers le groupe de parole. Il faut donc accompagner et former les professionnels pour qu'à leur tour ils orientent et accompagnent.

- Accompagner les professionnels

Nous avons choisi une démarche de projet accompagnée pour le service. Dans le choix du psychologue accompagnateur, nous avons conscience de son rôle tel qu'il peut être joué dans un groupe de parole. Il ne s'agira pas dans cette phase de confondre les objectifs, il faut initier le changement, en créer les conditions, mais il nous faut prévoir l'après. C'est la proposition d'un groupe de parole en poursuite de cette phase qui pérennisera l'attitude réflexive et vigilante. Pendant la démarche projet, le groupe de parole mensuel est suspendu, on ne peut ni ne veut disperser les énergies.

La société dans son ensemble, a délégué au travail social une certaine forme de prise en charge des personnes en difficultés. Au fil des années cette mission s'est considérablement alourdie du fait de l'augmentation du nombre et de la complexité des situations à prendre en charge, d'une manière générale, et, y compris dans le champ gérontologique.

Le travail social a une position d'interface entre l'espace social, les usagers et les familles.

Placés aux côtés des plus démunis, les travailleurs sociaux, mais aussi les salariés de l'ASPANORD, sont amenés à être les observateurs des dysfonctionnements de la société et de leurs conséquences, y compris des phénomènes de violence.

⁶⁴ FEAT Martine, « Effets produits et limites des groupes de soutien pour les aidants de personnes âgées dépendantes (le point de vue des professionnels) », Diplôme Universitaire de Gérontologie Sociale, UBO, décembre 1999

Le rôle de témoin, d'alerte, mais aussi de soutien, les professionnels ne peuvent l'assurer sans coordination ni espace de parole.

Le dispositif d'action sociale en faveur des personnes âgées, notamment celui issu de la loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance, et en fonction de l'engagement des instances départementales, confie au travailleur social ce rôle d'interface. Au delà d'un savoir, c'est une connaissance intime du terrain et une inventivité opérante qui doivent lui permettre de pallier le risque de dissolution du lien social, et de la violence éventuelle qui peut en résulter.

Dans le mandat 1997-2000 confié par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité au Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS), le groupe de travail sur la violence a pour mission de : « contribuer à une meilleure appréhension des processus de violence dans des contextes différents, d'analyser les facteurs susceptibles de l'enrayer, ou au contraire de l'accélérer, d'étudier les voies et moyens les plus adaptés pour y faire face et de les prévenir. » ;

Ce groupe, après avoir réalisé un état des lieux des manifestations de violence et une analyse des processus, a émis des propositions visant à la prévention et à la gestion des violences.

Sans attendre les fruits du rapport du CSTS, localement, il faut donner et se donner les moyens d'éviter l'apparition des comportements maltraitants autant que ceux permettant aux soignants et travailleurs sociaux de ne pas être submergés et à leur tour en souffrance.

C'est ainsi que , à la suite des groupes de paroles à destination des aidants naturels, nous avons réalisé, en partenariat avec la CRAMB, puis avec les équipes techniques dépendance, une information suivie d'une proposition de groupe de parole à destination des travailleurs sociaux de ces instances.

En cohérence avec les hypothèses développées dans le chapitre consacré à l'analyse des phénomènes, les propositions que nous formulons visent à mettre en avant la recherche du sens de la violence dans une perspective de restructuration des liens.

La prévention des violences et maltraitances s'inscrit là dans une approche globale de la lutte contre toutes les exclusions, qu'elles soient sociales, économiques ou culturelles.

Ainsi, plutôt que de présenter comme contradictoires des options de type répressif, préventif et curatif, nous proposons de favoriser la cohérence et l'articulation de mesures partenariales participant en réseau, à tous les niveaux, à maintenir et à reconstruire des liens.

S'il est des violences qui détruisent, soulignons que l'agressivité peut accoucher d'un nouveau. Les manifestations de violence sont un langage à analyser et à décoder. Ce sont souvent les clefs nécessaires à ce décodage qui font défaut aux professionnels de l'aide comme aux non professionnels et c'est aussi à ce niveau que s'articule notre projet.

Les violences dont le travailleur social ou le soignant sont témoins et dont ils ont la charge et le devoir légitime de s'occuper, sont celles qui sont aussi faites au lien social au sens large de ce terme. Le maintien, la réparation, l'amélioration de ce lien est ou fait partie de leur métier.

- La bientraitance : des principes aux pratiques

Si la lutte contre les maltraitances faites aux personnes âgées relève pour les professionnels d'une exigence à la fois déontologique et politique, la promotion de la bientraitance ressort du registre de l'éthique, c'est à dire d'une éthique moderne, dégagée de sa tentation historique à se laisser fasciner par un impératif catégorique de dénonciation du "mal" et acceptant de s'ouvrir à des prises de position en faveur, sinon d'un "bien", du moins d'un "mieux" toujours possible pour la personne

humaine du fait même de son humanité, et tournée en premier lieu vers les personnes âgées ou leurs aidants.

Il nous paraît judicieux de s'intéresser aux actions de prévention et de réhabilitation menées ou à mener en direction des adultes maltraitants ou, surtout risquant de le devenir. Il ne saurait être question de faire porter aux seuls enfants des personnes âgées le poids et la responsabilité de ces dysfonctionnements relationnels que l'on se complaît trop souvent à analyser et à mesurer dans les seuls registres emblématiques de maltraitance.

Les professionnels des institutions sont-ils vraiment aidés à aider ces enfants de personnes âgées ou ces conjoints ?

Sont-ils suffisamment formés à agir avec eux plutôt qu'à leur place pour chercher et trouver des solutions aux problèmes qu'ils soulèvent ensemble ?

Au-delà des discours incantatoires de participation des citoyens aux décisions qui les concernent, le retissage de liens sociaux de proximité et de la solidarité, nous aurons donc comme objectif de contribuer à :

- modifier en profondeur le regard des acteurs sociaux et des décideurs sur les personnes âgées, leur environnement familial aidant, les familles, les institutions
- rechercher chez les uns et les autres les valeurs, les compétences et les ressources à promouvoir pour faire face aux carences et aux dysfonctionnements qui risquent de les victimiser ou de les stigmatiser
- favoriser les interventions les plus précoces susceptibles d'associer les "acteurs" à une "pédagogie du succès" et pas seulement au dépistage et au traitement des échecs
- développer concrètement, au-delà des concepts, des attitudes professionnelles et civiques d'empathie, de confiance et de bienveillance.

La bienveillance ne saurait résulter du seul appel à la mobilisation de bons sentiments et à la mise en œuvre de bonnes pratiques. Elle représente sans doute bien moins une finalité allégorique qu'une démarche volontaire, voire obstinée, un projet éthique, dont certaines étapes et caractéristiques ne vont pas sans une certaine prise de risques de la part de celles et de ceux qui s'y engagent au quotidien et dans la durée. Aussi le projet de bienveillance des familles requiert aussi l'instauration d'un climat de bienveillance et pour commencer de relation de confiance entre et envers les acteurs impliqués, qu'ils soient professionnels ou non professionnels ou bénévoles.

La bienveillance à l'égard des professionnels passe par une reconnaissance de leur identité (1), cette identité professionnelle ne peut s'actualiser que si leur action peut prendre sens dans un milieu donné (2), il n'est pas possible d'être "bien dans sa peau" si le milieu n'édifie par un certain nombre de balises sans lesquelles toutes les dérives deviennent possibles : sentiment de solitude, d'impuissance, d'invasion par des tâches multiformes (3), et les modes de soutien mis en place n'ont pas pour but premier de rendre heureux. Leur objectif est de créer une disponibilité intérieure qui permet de se bâtir sa propre zone de bonheur dans son lieu de travail (4).

1- Identité dans le sens d'appartenance professionnelle permettant de répondre aux quatre questions: Qui suis-je ? Qu'est-ce que je fais et comment ? Au nom de quoi ? Avec quels partenaires ?

2 - Aucun professionnel ne peut se sentir à l'aise dans son action s'il n'en reconnaît pas le sens

Une intervention professionnelle ne peut susciter du plaisir que si celui qui l'assume en connaît bien le sens. Faute d'une telle condition les actes deviennent très vite routiniers et dénués d'importance. Ils s'inscrivent peu à peu dans le circuit répétitif d'un travail où la personne s'efface en tant que sujet. Cet enlisement se retrouve trop souvent dans les services consacrés aux personnes âgées, en particulier en institution d'hébergement où l'accompagnement de la vie quotidienne devient

synonyme d'insignifiance si on ne comprend pas la signification véritable des actes posés au fil de la journée. L'organisation des levers, toilettes, repas, couchers, peut être vue la répétition jour après jour de séquences existentielles banales dont un personnel mal formé doit assumer le déroulement sans trop de heurts (en attendant la mort !).

3 – Les sentiments de solitude, d'impuissance, d'inutilité et les impressions d'envahissement par des tâches multiformes sont les émotions le plus souvent citées dans les groupes de parole. Derrière ces plaintes généralement exprimées surgissent des affects plus positifs : désir de laisser un espace de liberté, de respecter l'autre, de conserver sa dignité. Après avoir affirmé les idées généreuses, d'autres verbalisations quelque peu contradictoires sont énoncées : c'est tout le système qu'il faut changer, on doit intervenir dans l'urgence, il faut judiciariser les situations où les personnes âgées sont maltraitées ou abusées, puisqu'il n'y a pas de demande formulée alors que la souffrance est patente il faut intervenir au nom d'un mandat.

Si on a plusieurs intervenants, ce brouhaha d'attentes s'additionne sans qu'il puisse s'organiser en un schème d'actions cohérent puisque les mêmes événements ne sont pas décodés en même temps selon la même logique et la même conception d'intervention. Le personnel sent bien cette confusion et réclame alors des lieux de parole pour élucider les tensions (mais comme personne ne peut trancher, les tensions demeurent à la grande déception de tous), des réunions d'équipe plus fréquentes, des directives, tout en ayant toujours une opinion ambivalente.

Ces phénomènes existent dans tout groupe de travail mais ils sont exacerbés dans les services tournés vers l'apaisement des souffrances humaines.

La supervision et le perfectionnement permanent sont des modes de soutien que nous développons à travers les groupes de parole et la formation continue pour assurer la bientraitance des personnels.

Enfin, la confiance est ce qui permet la prise de risques dans les relations humaines. Si aidants dits naturels et professionnels autour du sujet âgé parviennent à établir cette relation de confiance mutuelle, alors la gestion des risques inhérents à la situation d'aide pourra se réaliser en harmonie.

C - 3 - 3 - Une politique de coordination articulée avec l'évolution du cadre réglementaire : le CODEM et le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)

Sur le secteur d'intervention de l'ASPANORD, nous avons initié une pratique de réseau et de coordination institutionnelle d'abord informelle. C'est souvent par une initiative informelle qu'une structure transversale s'organise progressivement pour répondre aux besoins de la population.

Cette pratique est devenue plus formelle en janvier 1998 avec la signature d'une convention de coordination de l'action gérontologique et de mise en œuvre de la PSD, par le Conseil Général, l'Etat, les organismes de protection sociale et les prestataires de services. Cette convention en instaurant les CODEM (Comités d'Observation de la Dépendance et de Médiation) représente une première opportunité pour la reconnaissance et la visibilité du travail déjà engagé par l'association ASPANORD.

En juin 2000, la circulaire CLIC complète les insuffisances des CODEM en donnant un niveau opérationnel à l'instance réflexive et en prévoyant de la doter de moyens financiers de fonctionnement.

- Le CODEM : première opportunité

Cette convention entre les partenaires institutionnels et associatifs de l'action gérontologique, a pour objectif de permettre à toute personne âgée, quel que soit son degré d'autonomie, de :

- conserver sa dignité, être respectée et reconnue
- faire valoir sa citoyenneté par l'exercice de ses droits, devoirs et libertés dans ses choix de mode de vie
- vivre dans un environnement lui apportant un bien être physique et moral ainsi que la sécurité physique et psychologique,
- être intégrée et participer à la vie sociale

Dans le respect de leurs compétences et leurs domaines d'intervention propres, les signataires de cette convention s'engagent à mettre en œuvre une politique gérontologique s'appuyant sur ces valeurs et la connaissance des besoins et de la demande des personnes âgées du département.

Ils veillent notamment à :

- informer les personnes âgées et leurs familles de l'ensemble de leurs droits
- apporter une réponse concertée, adaptée et de qualité, par une planification qui permette de répondre aux besoins des personnes âgées par nature et par secteur, par un échange d'informations, par une optimisation des moyens et services existants ou à créer
- soutenir les aidants familiaux
- solvabiliser les personnes âgées afin de leur permettre d'accéder aux services de leur choix en fonction de leurs besoins

Ces déclarations d'intention que certains pourraient juger d'ambitieuses sont toutefois nécessaires pour soutenir les actions à venir qui seront réalisées par les professionnels de terrain.

En effet, au delà de la coordination de l'action sociale et de la coordination des prestations, il est créé un comité de coordination gérontologique pour l'Ille et Vilaine chargé :

- d'évaluer les besoins et les réponses apportées à la population âgée du département
- de coordonner les politiques d'action sociale mises en œuvre par les signataires de la convention
- d'offrir un lieu de concertation et de médiation aux partenaires de l'action gérontologique départementale
- de recueillir les données relatives aux prestations servies aux personnes âgées
- de définir chaque année des programmes d'actions en faveur des personnes âgées dépendantes et/ou des acteurs de l'action gérontologique

Mais surtout l'article 6 de cette convention concerne la création de Comités d'Observation de la Dépendance et de Médiation (CODEM), sur 15 secteurs géographiques définis et rassemblant les différents acteurs locaux (collectivités locales, services de soins et d'aide à domicile, établissements sanitaires et médico-sociaux, clubs de retraités et professionnels de santé), et les équipes médico-sociales (travailleurs sociaux et médecins des équipes techniques dépendance qui, en Ille et Vilaine sont rattachés au Conseil Général mais peuvent appartenir à un organisme de sécurité sociale).

Dans cette incitation à l'encontre des acteurs locaux, le département «délègue » l'animation de chaque comité à un opérateur choisi par l'ensemble des membres de chaque CODEM.

Dès 1999, l'ASPANORD anime la réflexion autour du CODEM et constitue, avec le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) dont le siège est à Mordelles, l'entité du CODEM Nord Ouest de Rennes, avec un comité de pilotage et une commission technique élargie.

Le CODEM est chargé de :

- recueillir les données relatives à la population âgée du secteur gérontologique et identifier les ressources locales
- évaluer les besoins et les demandes exprimées par les personnes âgées et leurs familles sur

le secteur

- élaborer des projets et favoriser la mise en œuvre d'actions collectives pour répondre aux besoins non satisfaits des personnes âgées ou de leur famille
- informer le Comité de Coordination Gérontologique pour l'Ille et Vilaine des besoins de la population âgée et faire des propositions d'action
- constituer un lieu de médiation et de concertation entre les différents participants à l'action gérontologique

Au regard de ces objectifs, la question de la qualité de vie des personnes âgées et celle de l'accompagnement de leur entourage sont intégrées dans ce qui pourrait être qualifié de pratique de coordination. La pratique de réseau est elle plus fluide et part de la base alors que celle de coordination est bien ici une pratique descendante formalisée par les instance décisionnelles.

La problématique des maltraitances est abordée par les équipes médico-sociales au cours d'une première journée de sensibilisation en 1998, avec l'intervention de Jean Maisondieu, gériatre, et de Marie-Odile Bruneau, philosophe ; puis d'une deuxième journée sur le thème du « Droit au risque » en 1999, toujours avec Marie-Odile Bruneau, Pierre Calloch, magistrat, Pierre-Yves Malo, psychologue et Irène Sipos, directrice de Maison de Retraite. Pour organiser cette sensibilisation et la dépasser, le travail en lien avec le médecin coordonnateur de la PSD est fondamental.

La réflexion au sein du CODEM aboutit aux constats suivants :

- des manques en matière d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, en particulier pour les personnes présentant des troubles du comportement à caractère de démence
- l'absence de places réelles d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sur le secteur
- des lacunes pour une réelle politique de proximité en faveur des personnes âgées
- le besoin d'un dispositif de soutien des aidants familiaux de type groupe de parole
- la nécessité d'un dispositif commun et concerté de lutte contre les maltraitances

Pour pallier ces manques ou les réduire, la commission technique élargie que nous animons a pour objectif de proposer des modalités pratiques d'intervention coordonnée.

Ainsi, depuis septembre 2000, sur le seul secteur de l'ASPANORD, bien que la proposition ai été faite en CODEM, nous avons institué une réunion hebdomadaire entre le SSIAD, les services d'aide à domicile et les assistances sociales CRAMB, MSA et Conseil Général, à l'ASPANORD, chaque deuxième mardi du mois, de 9 h à 11 h, afin de faire le point sur nos dossiers communs et de fixer des objectifs concertés. Nous remplissons ici les objectifs de prévention, d'alerte, d'accompagnement concerté, de décryptage et parfois de traitement. Le calendrier des réunions est fixé jusque juin 2001 et accepté par les institutions employeurs de chacun.

Le CODEM ne pouvant bénéficier de financement de fonctionnement, principe érigé par la plupart des instances signataires de la convention, l'initiative et le coût du fonctionnement restent entièrement à la charge de l'ASPANORD.

En complément, un projet d'étude élaboré par la direction d'ASPANORD avec une sociologue et en lien avec le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine, est soumis au comité de pilotage. Il s'agit de repérer comment les personnes âgées, usagers de nos services ou non, perçoivent le réseau d'aide et de soins. L'étude est comparative sur les deux sous-secteurs qui constituent le CODEM. Ces deux sous-secteurs sont structurés différemment de manière significative. Le CIAS constitue un interlocuteur unique en matière de services pour la population âgée sur 6 communes. Il gère à la fois des hébergements, un SSIAD et un service d'aide à domicile. L'ASPANORD ne gère que le service de soins et de téléalarme. Il est en relation avec 9 CCAS, les

services ADMR, 6 établissements d'hébergement gérés différemment (CCAS, Associations), des associations de bénévoles...

A priori, le CIAS devrait mieux répondre aux besoins de la population de son secteur puisqu'il est proche des critères du « guichet unique » du CLIC, mais seule une observation fine peut nous renseigner sur la validité de cette hypothèse.

L'étude, financée par le Conseil Général et la CRAMB au titre du CODEM, devrait contribuer à une meilleure évaluation des besoins de la population et au choix de dispositifs de réponse appropriés.

C'est sur ces bases d'expérience de coordination que la candidature CLIC est posée par l'ASPANORD.

- Le CLIC : un complément opérationnel du CODEM

Les CLIC, à un niveau plus opérationnel, doivent contribuer à la mise en cohérence des coordinations existantes et non les réinventer ou s'y substituer. La candidature CLIC de l'ASPANORD repose sur un double objectif :

- renforcement de la coordination initiée par le SSIAD depuis plus de 10 ans avec optimisation des moyens de réponse aux besoins de la population âgée et de son entourage
- prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile

Le territoire de référence reste celui du SSIAD en raison de son repérage antérieur par les usagers comme par les professionnels et de son adéquation avec les critères de population de la circulaire.

➤ Les missions et services du CLIC

- Une mission d'information

L'information administrative et l'assistance juridique

L'information sur les services à caractère sanitaire : sur l'offre de soins, les consultations gériatriques, les services hospitaliers généraux ou spécialisés, sur la sectorisation psychiatrique, sur les dispositifs d'accueil d'urgence (Unité d'Orientation pour Personnes Agées du CHR, Unité d'accueil Gériatrique du Centre de Gériatrie de Chantepie, équipe mobile de soins palliatifs), sur les professionnels de santé libéraux

L'information sur les services à caractère social : protection sociale, aides et allocations, service de transport pour handicapés, associations de bénévoles (JALMALV, Conseil des familles, France Alzheimer, France Parkinson...)

L'information sur les services concernant l'habitat : les prestataires compétents en matière de diagnostic de logement, d'adaptation et de financement de ces adaptations (PACTARIM, intervention d'ergothérapeutes), l'offre de logements accessibles et adaptés

L'information concernant les établissements sociaux et médico-sociaux, EHPAD, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les hébergements temporaires, les accueils de jour, simples ou spécialisés, les Cantous...et les places disponibles

L'information sera diffusée par le CLIC et par un réseau élargi de correspondants que le CLIC devra renseigner (CCAS, associations de bénévoles, travailleurs sociaux, professionnels de santé...).

- Une mission d'évaluation des besoins de la personne (médico-sociale et environnementale)
- Une mission d'élaboration d'un plan d'aide

L'ASPANORD en déposant une candidature CLIC, renforcera son action en direction de la population et en particulier dans les domaines qui restent insuffisants, notamment le soutien des aidant.

➤ Un échancier

Alors que le Conseil Général d'Ille et Vilaine figure parmi les 25 sites expérimentaux ,retenus et affichés dans la circulaire CLIC du 6 juin 2000, l'organisation d'un séminaire intitulé « De la PSD à l'APA » le 29 septembre a permis l'annonce par la Vice Présidente du Conseil Général des deux secteurs choisis par l'instance départementale pour l'expérimentation : les villes de Rennes et de St Malo. L'année 2001, selon les prévisions du Ministère, devrait valider la création de 200 CLIC. L'ASPANORD, situé sur un territoire géographique qui remplit les conditions du cahier des charges en terme de niveau de population âgée de plus de 60 ans, se positionne comme candidat d'abord auprès de la Vice Présidente chargée des affaires sociales au cours de ce séminaire, puis auprès du chargé de mission . Le montage du dossier démarre mi octobre 2000, en lien avec la DAS 35.

C'est sur le modèle à « tête de réseau » que se constitue le projet CLIC géré par l'ASPANORD. Ce modèle repose sur des professionnels dont la mission de coordination s'ajoute à leur mission principale. Il correspond au niveau de label 2 qui prolonge les lissions d'information et d'orientation du niveau 1, par une évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

Le budget prévisionnel 2001 est déposé début novembre pour solliciter les financements complémentaires.

➤ Un renforcement des moyens

Là où le CODEM ne donnait pas lieu à un financement de fonctionnement, la circulaire CLIC prévoit un financement pérenne sur le budget de l'Etat à compter de 2001. Des financements conjoints sont sollicités dès novembre 2000 pour une inscription au budget 2001 : CCAS, Conseil Général, caisses de retraite, fonds d'aide à la qualité destinés aux réseaux de soins coordonnés.

Le niveau de financement n'est pas encore fixé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Le niveau de label 2 intègre les groupes de parole, les actions de formation et de prévention dans sa palette de services.

➤ Un renforcement en personnel

Pour remplir les missions nouvelles et compléter les moyens de réponse, un recrutement d'un responsable à temps plein est prévu, avec renforcement du poste secrétariat pour un accueil téléphonique et un accueil du public sur une large amplitude.

Enfin le CLIC nous permet de proposer un protocole aux partenaires toujours dans une démarche de concertation et d'en assurer les frais de fonctionnement.

• Vers un protocole proposé aux partenaires

Le « cahier d'anomalies » fut le premier outil mis en place en équipe pour repérer et décider des actions correctives, immédiates ou différées. Il comprend la date, l'objet, les protagonistes, l'observation et ses conséquences, l'action corrective, sa date de mise en œuvre et son évaluation, la signature du salarié.

Puis, dans nos contacts avec les personnes, les services et les établissements qui réfléchissent à ce problème, nous empruntons certains éléments, notamment au collectif départemental du Tarn, et à la « Cellule de traitement des signalements des personnes âgées en établissement » du département de l'Essonne en partenariat avec l'association AGE-ALMA.

Le service de soins à domicile sert de support à la réflexion , à l'observation et à l'élaboration d'hypothèses. Il permet aux professionnels de poser un autre regard sur les situations rencontrées.

La stratégie de direction consiste maintenant à créer des outils utiles aux soignants, personnels du service, dans le fonctionnement interne, mais également à tous les acteurs de notre champ, en externe.

C'est une procédure commune de signalement et d'évaluation qui contribuera à l'objectif de

prévention.

Nous choisissons encore une stratégie d'appropriation par les acteurs avec proposition d'esquisse, période de négociation et de réaménagement de l'outil grâce à leurs contributions et évaluation à distance.

C'est d'abord un protocole qui vise à faciliter :

- le recueil des données à partir d'un signalement de personne en danger (non pas au sens juridique du terme mais au sens de signalement d'une situation interrogative)
- l'évaluation de la situation
- la transmission de ces éléments aux autorités compétentes judiciaires, administratives, sociales ou médicales.

Il facilite ainsi l'activation du réseau de partenaires et des services compétents pour traiter dans les meilleures conditions les situations souvent complexes.

A un niveau plus large, et s'il est adopté par les partenaires, il permettra la mise en place d'un observatoire départemental de la maltraitance en diffusant cet outil de collecte de données.

C'est aussi la mise en place d'une instance de coordination permettant le traitement des situations de protection des majeurs vulnérables de manière coordonnée entre les services concernés ; à la manière de ce qui est proposé dans le rapport Favard, avec un référent départemental, qui peut être visée.

Le dispositif CLIC peut initier cette « cellule » ou structure inter-institutionnelle au niveau local. Au niveau départemental, un comité de pilotage constitué des DDASS, DAS du Conseil Général, CODERPA, services du procureur de la République, caisses de retraite, CRAM, MSA, UDASSAD, ADMR, UNCASS, URIOPSS, FEHAP, DDTEFP, DDCCRF, Hôpitaux généraux et spécialisés en psychiatrie... coordonne les actions opérationnelles transversales de lutte contre la maltraitance.

➤ La mise en place d'un protocole de signalement et d'évaluation des situations

C'est un outil qui contribue à homogénéiser et concrétiser la volonté commune d'activer le travail en réseau autour des situations de personnes vulnérables ou de familles en souffrance avec :

1. Une grille de recueil des données pour faire une liaison vers un autre service ou effectuer le signalement à une autorité judiciaire ou médicale
2. Une grille d'évaluation permettant de prendre en compte l'ensemble des aspects de la situation à évaluer, de la réaliser en s'appuyant sur les services compétents puis de la transmettre aux autorités judiciaires ou médicales. (cf Fiches jointes en Annexes)

➤ La mise en œuvre d'un traitement des situations de manière coordonnée

Cela permet aux partenaires de poser certains principes (provisaires) de concertation et des modalités de prise en charge :

- a) le service qui reçoit le signalement n'est pas obligatoirement celui qui traitera la situation, il recueille les éléments et peut transmettre grâce à la fiche de liaison au service le plus pertinent pour prendre en charge
- b) la situation est prise en charge par le service le mieux placé pour intervenir, en fonction de ses missions, de la connaissance de la situation, de la proximité, des compétences...
- c) l'évaluation dans un souci de qualité et d'objectivité, devrait être, dans la mesure du possible, réalisée avec deux professionnels d'un même service ou de services différents
- d) plusieurs services peuvent intervenir en articulation et en complémentarité et faire appel à des services spécialisés ou personnes ressources.
- e) Une étroite collaboration et des concertations entre les services sociaux, les services médicaux, administratifs et judiciaires et le secteur associatif, respectueuses des champs d'intervention et

des compétences

f) Une prise en compte de la souffrance des personnes maltraitantes (qu'il s'agisse de professionnels ou de proches) sera envisagée et prise en charge

On observe ainsi, sur un territoire, un phénomène dont on a du mal à mesurer l'ampleur et les effets pour :

- Centraliser les signalements et appréhender la réalité de cette problématique
- Evaluer la pertinence et la fonctionnalité du protocole
- Evaluer les suites données et les modalités nouvelles de traitement des situations.

Autant nous sommes vigilants à ne pas multiplier les protocoles et préférons «protocoliser» la réflexion. Autant l'obligation de rendre compte à travers l'écrit et la transmission est primordiale et relève dans sa mise en œuvre de notre responsabilité de directeur.

Les moyens pour la mise en œuvre du protocole :

- Un temps de coordination évalué à 1/8 de temps
- Un temps de secrétariat évalué à 1/8 de temps
- L'impression du protocole et de ses annexes
- La formation et la sensibilisation des professionnels à la problématique de la maltraitance à poursuivre au delà des deux premières journées de sensibilisation évoquées plus haut.

Coût prévisionnel de l'opération en 2001 : masse salariale 77200 F, frais de fonctionnement (imprimerie) 12000 F, formation des professionnels (coût pédagogique 5 jours à 3500 F) 17500 F.
Total : 106700F

C - 3 - 4 - Un fil conducteur pour interrompre la circularité repérée : la notion d'alternative

Par un rapide retour aux questionnements d'origine, nous retenons que nous avons distingué :

- Des questions de l'ordre de la reconnaissance de la situation maltraitante ou violente (diagnostic): quelles sont les occasions que les personnes ont de dire ce qu'elles vivent, comment diagnostiquer la maltraitance et faut-il intervenir avec un mandat, faut-il signaler au juge, et à partir de quoi ?
- Des questions de l'ordre du repérage des déterminants de ces situations : comment éviter de se laisser prendre dans des problèmes opposant familles et soignants dont la pseudo-maltraitance du personnel à l'égard d'une personne âgée n'est qu'un épisode (révélateur de quelle culpabilité ?), quelle séparation peut-on faire entre d'une part la maltraitance et ses causes et d'autre part la représentation de la maltraitance et de ses sources, quel événement déclenchant va faire évoluer une situation, provoquer une hospitalisation ? qu'est-ce qui devient intolérable ? En fait qu'est ce qui devient maltraitance ?
- Des questions et propositions de l'ordre du traitement et/ou de la prévention.

Pour notre analyse, nous avons emprunté le modèle des soins palliatifs, alternative à l'acharnement thérapeutique. L'enjeu est un enjeu mortifère avec la question du jusqu'au bout, jusqu'où poursuivre. Mais que devient l'agressivité de l'aidant quand une aide extérieure parvient à intervenir ? Y a-t-il alors projection sur l'aidant professionnel ou retournement sur le sujet qui devient auto-agressif ? Si le contexte change, la raison d'être agressif peut changer. Il semblerait qu'en proposant deux alternatives on produise la possibilité d'être libre. En faisant un choix on n'est pas confronté à l'impossible. C'est le sentiment d'être confronté à l'impossible qui génère malaise, angoisse, ou agression.

Dans les soins palliatifs, l'acharnement thérapeutique cesse parce qu'on donne un autre choix.

Quand on adopte une stratégie palliative, nous ne sommes plus dans le tout ou rien, à savoir l'abandon thérapeutique, demeurant cependant dans l'exercice de son métier en faisant autre chose, enrichissant ainsi le projet professionnel.

Si on conçoit l'acharnement thérapeutique comme une maltraitance et le soin palliatif comme une alternative, alors on peut éviter la maltraitance.

L'hospitalisation provoque des réaménagements chez les aidants. Il faut se désinvestir avant de pouvoir se réinvestir. Désinvestir ce serait désaider pour choisir. Pour choisir d'accompagner à nouveau. C'est le temps d'une prise de conscience des efforts fournis et de la responsabilité engagée. Les situations observées sont caractérisées par des impasses relationnelles repérées comme déterminantes dans l'apparition de violences.

Avec la formation qui contribue à comprendre et à décrypter, donc à repérer les situations à risque, avec le soutien et le temps accordé à l'expression du désir, de l'aidant et de l'aidé, nous permettons que ces situations soient parlées. Nous remplissons notre mission de prévention en montrant qu'il y a des alternatives au désarroi, que la maltraitance ne naît pas ex abrupto, mais sur un contexte de désarroi.

Il nous faut toujours dire qu'il y a des relais qui permettent la redistribution des relations, dire que ce n'est pas une fatalité. Quand les aidants restent dans l'impuissance, quand il n'y a pas de choix possible, on peut alors entrer dans le domaine de la maltraitance.

CONCLUSION

Dans ce travail de réflexion et de mise en œuvre d'un dispositif propre à résoudre le problème des impasses relationnelles dans lesquelles personnes âgées dépendantes et aidants pouvaient se trouver, nous avons tenté d'ouvrir un espace de possibles, d'esquisser des alternatives.

Le rôle du directeur consiste à assumer une fonction reconnue et assignée au sein d'un ensemble d'acteurs.

Le concept de « rôle » peut induire l'idée d'un « contrôle », d'une vérification de la conformité du rôle tel qu'il est tenu à ce qui est prescrit et attendu. Mais il valorise surtout l'inscription de chaque détenteur de rôle dans un groupe d'autres détenteurs de rôles : il n'y a pas de rôle dans la solitude, tous les rôles sont interdépendants, certains rôles consistant même à mettre en scène les acteurs, à les accompagner dans la découverte et l'exercice de leurs rôles respectifs. C'est ce que je réalise au quotidien dans le service, auprès des personnels et auprès des familles dont on découvre ou redécouvre avec la dépendance le rôle d'aidant/soignant, le plus souvent d'enfants à l'égard de leurs parents.

A travers ma propre réflexion et ma propre formation, je pense avoir contribué à une évolution objective des manières de penser les maltraitances et les violences dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, autant que des manières d'y réagir.

Si la pratique dans le service de soins à domicile ASPANORD a permis cette analyse, c'est aussi vers ce service que se concentrent mon énergie et mon désir d'intervention dans le sens du changement.

J'avais d'abord rencontré des sujets âgés en souffrance et des familles dans un grand désarroi. J'ai longtemps observé, décrypté, repéré et analysé les motifs ou déterminants de ces comportements symptomatiques des impasses relationnelles générées par la prise en charge de la dépendance de nos aînés dans un contexte socio-politique lui-même peu cohérent vis à vis des vieux.

J'ai dégagé des pistes de réflexion dans un partage d'expériences qui se poursuit, et mis en œuvre, au sein du service et dans une pratique de réseau à tendance coordonnée, des dispositifs qui permettent aux professionnels de l'aide et du soin de repérer les situations de maltraitance, puis d'agir dans le respect des individus et en concertation.

Le dispositif de formation-action complété par un dispositif de soutien aux familles, permet à ces aidants dits « naturels », si tant est qu'il puisse être « naturel » de devenir l'aidant principal de son parent ou de son conjoint, d'exprimer leur souffrance, leur culpabilité, et contribue, grâce à la circulation de la parole, à éviter ou limiter les comportements inadéquats.

J'ai saisi l'opportunité de l'évolution du cadre réglementaire pour actionner les nouveaux leviers, parfois expérimentaux, susceptibles de servir le projet de transformation d'une situation insatisfaisante en une situation socialement acceptable, et humainement vivable pour les sujets concernés, dans une articulation avec la démarche éthique.

Mais cette dynamique réflexive, cette quête de sens que j'essaie de transmettre autour de moi, est sans cesse à renouveler. En effet, il nous faut toujours craindre le langage inadapté et les usages abusifs des dispositifs que nous produisons. Ainsi, le terme de bientraitance dont certains se réjouissent qu'il apparaisse dans le champ gérontologique, ne doit pas servir à masquer des réalités moins reluisantes.

Nous avons vu l'importance du facteur temps, dans l'apparition des dysfonctionnements familiaux ou professionnels par effet d'épuisement. Nous constatons que le temps c'est aussi l'idée du deuil de l'autonomie, l'acceptation d'une situation nouvelle. Le temps, l'écoute, l'accompagnement et le palliatif sont les quatre points essentiels que nous avons repérés en termes de solutions ou de propositions.

Nous devons donc, dans notre pratique, permettre que le refus, le NON de cet impossible devienne le NON qui serait l'expression d'un choix, d'une liberté. On déplace le sens du NON initial, le NON d'opposition pour en faire un NON de choix, de liberté.

Quel choix ? établissement ou maintien à domicile ? Les deux peuvent paraître impossibles lorsqu'on les propose en ces termes. Ces deux options enferment la personne. Bien souvent la personne sait ce qu'elle veut au fond d'elle-même, dans l'absolu, mais est incapable de le verbaliser à cause de cette forte culpabilité. L'absence de discours authentique favoriserait l'impasse. En revanche, quand les personnes disent ce qu'au fond d'elles-mêmes elles veulent, un certain travail peut démarrer. Et il ne s'agit plus d'un maintien, avec son caractère contraignant, mais bien d'un soutien.

Le modèle du soin palliatif a permis de sortir d'impasses : s'acharner à soigner ou abandonner ; l'établissement ou le domicile.

L'objectif serait que chacun, à la place où il se trouve, professionnel ou familles, puisse s'interroger et nommer ce qu'il vit ou observe en utilisant les termes qui s'y rapportent.

La différence qui apparaît entre l'aidant naturel et l'aidant professionnel réside peut-être dans le fait que les gens qui se maltraitent le supportent. Par contre, ceux qui sont missionnés pour aider ne le supportent pas et veulent donc faire quelque chose. Le professionnel dispose, par le biais de la formation, d'une possibilité de réflexion et de recul que ne peut avoir l'aidant naturel en l'absence de soutiens, soutiens qu'il peut parfois trouver dans son entourage personnel.

Mais on constate aussi une impasse pour certains soignants qui, même s'ils ont reçu une formation, ne supportent pas. C'est l'intolérable de la souffrance qui provoque la lutte contre la douleur. Or certaines souffrances ne sont pas morphosensibles et le décalage peut être très difficile à vivre par

ces soignants qui comprennent mais qui n'acceptent pas car il n'y a pas de prise de distance possible pour eux à ce moment là. Il nous faut aussi respecter ces différences individuelles.

Par ailleurs, tous les soignants n'ont pas le même degré d'autonomie dans leur pratique professionnelle. L'existence d'un projet professionnel engendre de l'autonomie. Et ce n'est pas facile de toujours s'étonner dans ce milieu de la gérontologie.

Dans l'accompagnement il y a des risques. Accepter ce risque c'est déjà s'en prémunir.

A domicile on a tendance à penser que la personne âgée est victime or ce n'est pas toujours le cas, c'est aussi elle qui décide. Ce serait une première prévention de lui poser la question : « et vous, que voulez-vous ? »

On pourrait plagier Searles en titrant « l'effort pour rendre l'autre maltraitant ». Accompagner c'est prendre le risque de devenir maltraitant en particulier dans l'accompagnement de la personne démente.

Si la maltraitance surgit quand il n'y a pas de voie de secours ou de voie de recours, la libération d'autres voies reste toujours à explorer, une autre voie qui permet de sortir de l'impossible en introduisant la notion de la liberté, du choix. Ceci renvoie donc à la question de l'éthique.

Je ferai finalement référence à Paul Ricoeur pour qui « exercer une violence sur l'autre, c'est avoir une attitude telle qu'on diminue sa capacité de faire ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AMYOT Jean-Jacques, « Travailler auprès des personnes âgées », Toulouse, Privat, 1994, 174 pages

ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves, « La dynamique des groupes restreints », Paris, PUF, 1968, 1997.

ARGOUD Dominique, PUIJALON Bernadette, « La parole des vieux – Enjeux, analyse, pratiques », Dunod, 1999, 238 pages

ATTIAS-DONFUT Claudine, (dir) « Les solidarités entre générations, Vieillesse, Familles, Etat », Paris, Nathan, « Essais et recherches », 1995

BERGERET Jean, « La violence fondamentale », France, Dunod, 1994, 251 pages

BERGERET Jean, « La violence et la vie », Paris, Payot et Rivages, 1994, 254 pages

BERTIN Evelyne, « Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation, Silence vieillesse », Paris, L'harmattan, 1999

BOURDELAIS Pierre, « L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population », Paris, Odile Jacob, 1993

BRIAN L. MISHARA, ROBERT G. RIEDEL, "Le vieillissement", Vendôme, Presses Universitaires de France, 1994, 351 pages

BURGELIN Jean-François, GRIDEL Jean-Pierre, (sous la direction de), « Vieillissement démographique et droit. Vers un droit de la vieillesse », Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 1999

CALLOCH Pierre, « La responsabilité des établissements sanitaires et sociaux, pénale, administrative, civile », TSA Editions, 2000, 249 pages

CALLOCH Pierre, « Tutelles et curatelles, régime juridique de la protection des majeurs », TSA Editions, 1997

CAMDESSUS Brigitte, BOUJEAN Marilyn, SPECTOR Richard, « Les crises familiales du grand âge », Paris ESF Editeur, 1989, 203 p.

CASTEL Robert, « Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat », Paris, Fayard, 1995

CHESNAIS Jean-Claude, « Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours », Paris, Pluriel, Laffont, 1981, 511 pages

DE BEAUVOIR Simone, « La vieillesse », Paris, Gallimard, 1970

- DECHAUX J.H., « Les services dans la parenté : fonction, régulation, effets », in KAUFFMAN Jean-Claude (Dir.), « Faire ou faire-faire ? Famille et services », Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1996
- Dictionnaire Encyclopédique, Le Petit Larousse, Paris, 1996
- Dictionnaire historique de la langue française, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1992
- ENNUYER Bernard, « La question des « personnes âgées », un sujet très « mal traité » », in « Vieillards martyrs, vieillards tirelires », Genève, Médecine et Hygiène, 1999, 181 p., p. 119- 140
- EWALD François, « Histoire de l'Etat providence », Paris, Collection Biblio Essais, Livre de poche, 1995
- FOLSHEID Dominique, FEUILLET-LE MINTIER Brigitte, MATTEI Jean-François, « Philosophie, éthique et droit de la médecine, Paris, PUF, 1997
- FOUCAULT Michel, « Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical », Paris PUF
- GABEL Marceline, JESU Frédéric, MANCIAUX Michel, (sous la direction de), « Bienveillances, mieux traiter familles et professionnels », Paris, Editions Fleurus Psycho-pédagogie, 2000
- GOFFMANN Erving, « Asiles », France, Les Editions de Minuit, 1994, 447 pages
- GOFFMANN Erving, « Stigmates, les usages sociaux des handicaps », Paris, Les Editions de Minuit, 1975
- GUILLEMARD Anne-Marie., « La retraite, une mort sociale », Paris, Mouton, 1972
- GUILLEMARD Anne-Marie, « La vieillesse et l'Etat », Paris, PUF, 1980, 238 pages
- HENRARD Jean-Claude, ANKRI Joëlle, « Grand âge et santé publique », Rennes, Editions ENSP, 1999, 230 P.
- HERFRAY Charlotte, « La vieillesse », Paris, Desclée de Brouwer, 1988, 230 pages
- HUGONOT Robert, « Violences contre les vieux », TOULOUSE, Erès, 1990, 140 pages
- HUGONOT Robert, « La vieillesse maltraitée », Paris, Dunod, 1999, 233 pages
- JOEL Marie Eve, MARTIN Claude, « Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux », Rennes, Editions ENSP, 1998, 132 p.
- KAUFFMANN Jean-Claude (dir), « Faire ou faire faire. Familles et services », Rennes, Presses Ville de Rennes, 1996
- KESSLER Francis (dir), « La dépendance des personnes âgées, un défi pour le droit de la protection sociale », Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1994

- LECORPS Philippe, PATURET Jean-Bernard, « Santé publique du biopouvoir à la démocratie », Rennes, Editions ENSP, 1999, 186 pages
- LE GOUES Gérard, « L'âge et le principe de plaisir », Dunod, 2000, 161 pages
- LEVINAS Emmanuel « Ethique et infini », Paris, Livre de poche, Biblio essais, 1982, 121 p.
- LHUILIER Jean-Marc, « La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Rennes, Editions ENSP, 1998
- LOUBAT Jean-René, « Elaborer son projet d'Etablissement social et médico-social », Paris, Dunod, 1999
- MAISONDIEU Jean, « Le crépuscule de la raison », Paris, Centurion, 1989, 224 p.
- MAISONDIEU Jean, « L'idole et l'abject », Paris, Bayard, 1995, 220 p.
- MARTIN Claude, « L'économie solidaire, une perspective internationale », in « Entre Etat et famille providence », Jean Louis LAVILLE (dir), Paris, Desclée de Brower, 1994
- MATHO Yves, « Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, contexte, pratiques, enjeux », Paris, Dunod, 1999
- MEMMI Albert, « La dépendance », Paris, Gallimard, 1979
- MESSY Jack, « La personne âgée n'existe pas », Paris, Rivages, 1992, 191 pages
- MICHAUD Yves, « La violence », Que sais-je, n° 2251, PUF, 2^{ème} édition, 8/92
- MISRAHI Robert, « La signification de l'éthique », Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1995, 185 pages
- ODAS, « Grand âge et dépendance », ouvrage collectif, Rennes, Editions ENSP, 1992
- PLOTON Louis, « La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence », Lyon, Chronique Sociale, Collection Synthèse, 1990, 244 pages
- RICOEUR Paul, « Le concept de responsabilité », in « Le juste », Paris, Editions ESPRIT, 1995
- RUSZNIEWSKI Martine, avec la collaboration de Gil RABIER, « Le groupe de parole à l'hôpital », Paris, DUNOD, 1999, 153 pages
- SAUSSURE de Christian, « Vieillards martyrs, vieillards tirelires – Maltraitements des personnes âgées », Médecine et Hygiène, 1999, 181 pages
- SPINOZA, « L'éthique », Paris, Gallimard Folio Essais, (1677), 1954, 395 p.
- THEVENET Amédée, « Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social », Paris, ESF

TANGUY-MAUFFRET Martine, « La coordination gérontologique, : guide de réflexion et d'action », Paris, Editions Chroniques Sociales, 1994

« Etre vieux », Paris, Autrement, Série mutations, n° 124, 1991, 201 pages

ARTICLES

BAUZA E. « Démence sénile du groupe familial », Synapse, décembre 1998

CAPEZUTI et Col., « Physical restraint use and falls in nursing home residents », JAGS, 44, 1996

DELOMIER Y., « Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance », Gérontologie, n° 12, 1973

DONNIO I., « Les maltraitances : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de liberté ? », Paris, Gérontologie n° 109, mars 1999

DUPUY G., « Réseaux, philosophie de l'organisation », Paris, Encyclopaedia Universalis, Tome 19, 1990, p. 875-882

ENNUYER Bernard, « Dépendance et handicap : attribut de la personne ou processus d'interaction », Gérontologie et Société, n° 65, juin 1993

ENNUYER Bernard, « Coordonner ou ordonner ? du rapport Laroque à aujourd'hui » in « Handicap et vieillissement, politiques publiques et pratiques sociales, questions en santé publique », Paris, Les Editions de l'INSERM, 1996, p. 323-332

ENNUYER Bernard, « La coordination, un mythe ? », Gérontologie n° 113, janvier 2000

ENNUYER Bernard, « La construction du champ de la vieillesse dépendante, 1973-1997 : le retour en force du modèle de vieillesse biomédical » in Revue Prévenir, Marseille, n° 35, 2^{ème} semestre 1998, p. 63-70

FAVROT G., « Vieillir chez soi : un idéal pour tous, une contrainte pour les familles », Paris, Prévenir, n° 14, 1987

FORTIS Elisabeth, « La lutte contre l'abus de dépendance des personnes âgées », Revue de droit sanitaire et social, 28 (3), juillet-septembre 1992

GRAND A., BERTHIER F., GRAMAIN A., BOCQUET H., « L'aide informelle aux personnes âgées atteintes de démence sénile », Paris, Gérontologie et Société, n° 72, 1995

HASSENTEUFEL Patrick, MARTIN Claude, « Santé, dépendance. Le rôle des Associations », ESPRIT, mars/avril 1998

HEBERT Rejean, BRAVO G., GIROUARD D., « Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments », Sherbrooke, Aging, 1993

HUGONOT Robert, « Prévenir la dépendance », Le Monde, 9-10 septembre 1973

HEBERT R., BRAVO G., GIROUARD D., «Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments », Sherbrooke, Aging, 1993

HUGONOT Robert, « Abus et violences contre les personnes âgées », Gérontologie et Société, Cahier n° 54, 1990, pp 6-14

HUGONOT Robert, BUSBY Françoise, « Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA », Gérontologie, n° 111, octobre 1999

HYDLE Ida, « La violence invisible envers les personnes âgées », Gérontologie et Société, Cahier n° 54, 1990, pp 25-34

JANI-LE BRIS Hanelore, « Prise en charge familiale du grand âge en France : aide aux aidants », Paris, Rapport national : France. Etude CLEIRPA pour la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin), 1990

JONAS Carol, « La Loi du 3 janvier 1968 : outil juridique ou thérapeutique ? », Gérontologie et Société, n° 93, juin 2000

LEGRAND Monique, « Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? », Gérontologie et Société, n° 81, juin 1997

LHUILIER Jean-Marc, « Liberté et règlement de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Revue de Droit Sanitaire et Social, décembre 1999

MALO Pierre-Yves, en collaboration avec DONNIO Isabelle, MICHEL Micheline, SIPOS Irène, CHAUVIN Karine , « Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance », Paris, Gérontologie et Société n° 92, mars 2000

MALO Pierre-Yves, DONNIO Isabelle, MICHEL Micheline, SIPOS Irène, « Ethique du soin aux personnes âgées : quelle place pour le risque ? », Gérontologie, n° 109, mars 1999

MEMBRADO Monique, « L'identité de l'aidant(e) : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », Paris, Gérontologie et Société, n° 89, 1999

MIAS Lucien, « Violence aux personnes âgées en institution », Equipe soignante Soins de Longue Durée, CH Mazamet – mailto :lucien.mias@hol.fr

PLAMONDON Louis, « Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques », Gérontologie et société n°92, mars 2000-09-03

PLOTON Louis, « La souffrance des soignants en gériatrie », La Revue de Gériatrie, T 6, n° 3, 1981

RICOEUR Paul, « Les trois niveaux du jugement médical », Paris, Revue ESPRIT, décembre 1996, p. 21-33

ROZENKIER Alain, « L'aide à la dépendance : une affaire de famille », Gérontologie et Société, n° 89, juin 1989

SALVAYRE Lydie, « Tu seras bien là-bas », AUTREMENT , « Violence des familles »

SAUSSURE Christian de, VUILLEUMIE J., « De la reconnaissance et de l'existence des abus en milieu institutionnel gériatrique », actualités psychiatriques, n° 2, 1989, pp 79-83

THOMAS Ph., THOMAS-HAZIF C., PRADERE C., DARRIEUX Ph., « Dépendance affective de la personne âgée et abus de faiblesse », Gazette du palais, 16 juillet 1996

TROUILLOUD Mireille, « Les défaillances dans les soins gériatriques, Eléments de compréhension », Gérontologie et Société n°92 , mars 2000

ZARIT S.H., « Concepts and measures in family caregiving research”, Toronto, The Gerontologist, 1990

ZARIT S.H., REEVER F., BACH-PETERSON J., “Subjective Burden of Husbands and wives as caregivers : a longitudinal study”, Gérontologist. 3, 1980

« Violences... », Cahiers de politique sociale « Rencontre », Erès, n° 97, 1996

REVUES, ETUDES, ACTES DE COLLOQUES

Actualité et Dossier en Santé Publique, « Dossier maltraitements », n° 31, Paris, La documentation française, p 19-66

Courrier International, Journalistes de la Presse internationale, « 2020 Bienvenue sur la planète des vieux », Paris, n° 434, février 1999, pages 2 à 51

DREES, « Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil », Paris, Etudes et Résultats, n° 40, novembre 1999

DREES, « La prestation spécifique dépendance à domicile en pratique dans six départements », Paris, Etudes et Résultats, n° 64, mai 2000

Fondation de France, « Soutenir l'entourage des personnes âgées dépendantes », des initiatives d'aide et d'information en direction des familles, Les rencontres de la Fondation de France, 1994

Gérontologie et Société n° 92, « La maltraitance », Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, mars 2000

HYDLE Ida, « Violences aux personnes âgées au sein de la famille », in « La maltraitance des personnes âgées », Société Rhône-Alpes de Gérontologie, octobre 1992

HUGONOT Robert, « Détresses cachées, vieux en danger », Nantes, Congrès de Gérontologies, CODERPA, juin 1998, 87 p.

LEFEUVRE-DARNAJON K., Intervention au Séminaire « Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes ? Quelle responsabilité pour les professionnels ? », Rennes, Psychologie et Vieillesse, 1^{er} octobre 1999

PREVENIR, « Formes et sens du vieillir », n° 35, 2^{ème} semestre 1998

Revue Hospitalière de France, « Dossier réseaux de soins et coordination gérontologique », n° 5, sept-oct 2000, p 64-75

SESI (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information), Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « Informations rapides », n° 97, mars 1998

VEYSSET-PUIJALON B., « Le concept d'âgisme » in Colloque international : Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse, Genève, mai 1997

7^{ème} Congrès de l'Association Francophone des Droits de l'Homme Agé, « Vulnérabilité et droit au risque », OSPA St Etienne, 10 et 11 juin 1999

Documents Statistiques, « Les services de soins à domicile », Enquête SSAD 1991, n° 168, SESI, Ministère des Affaires Sociales, 1993

« Les maltraitances des personnes âgées », Actes de la journée gérontologique, ORPAB, 27 septembre 1994

« Territoires et vieillissement », Les Publications du CLEIRPPA, 1998

MEMOIRES, THESES, RECHERCHES

BOULARD Y., « Vivre ensemble », Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur les personnes âgées dépendantes, Assemblée Nationale, n° 2135, juin 1991

BUSBY Françoise, « Maltraitances et négligences envers les personnes âgées – ALMA écoute, observe, informe et installe une prévention – L'expérience d'ALMA 1995-1997 », Grenoble, Mémoire de Diplôme Universitaire de Gérontologie, octobre 1997, 75 pages

CHAUVIN Karine, « Evaluation de la dépendance et représentations sociales. Etude des représentations sociales intervenant dans l'évaluation de la dépendance par la grille A.G.G.I.R. », Mémoire de DEA de Santé Publique, Rennes, 1997

FEAT Martine, « Effets produits et limites des groupes de soutien pour les aidants de personnes âgées dépendantes, (le point de vue des professionnels) », Mémoire du Diplôme Universitaire en Gérontologie Sociale, Université de Bretagne Occidentale, Décembre 1999

FROSSARD Michel, BOITARD A., « Evaluation économique de la coordination gérontologique », Paris, Fondation de France, novembre 1995

HEBERT Réjean, LECLERC Gilbert, BRAVO Gina, GIROUARD Diane, LEFRANCOIS Richard, « Evaluation d'un programme de groupe de soutien aux aidants naturels de personnes âgées démentes vivant à domicile », Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Université de Sherbrooke, 1998

MALLIER Monique, « Violences institutionnelles envers les personnes âgées : identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques », Mémoire de Diplôme Universitaire de gérontologie sociale, Université de Nantes, 1997

SCHOPFLIN P., « Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées », Rapport de la Commission du Commissariat général du Plan, Paris, La Documentation Française, 1991

WILLIAMSON Richard-Pierre, « Maltraitance des personnes âgées à domicile – Comment les représentations et la formation influencent-elles les réponses des soignants ? », Mémoire de D.U. de gérontologie sociale, Université de Nantes, 1999

TEXTES REGLEMENTAIRES, RAPPORTS MINISTERIELS

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996, 1997

Code Civil, Dalloz

Code Pénal, Dalloz

Codes de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale, Dalloz

Code du Travail, Dalloz

Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Commissariat Général du Plan, « Vieillir demain, préparation du 8^{ème} plan », 1981-1985, Paris, La Documentation Française, mars 1980, 171 p.

Conseil Général d'Ille et Vilaine, « Politique en faveur des personnes âgées, seconde actualisation du plan gérontologique pour l'Ille et Vilaine », Les Cahiers techniques de la Direction des Affaires Sociales, n° 56, avril 1993

Conseil Général d'Ille et Vilaine, « Accueil et services aux personnes âgées, une démarche qualité en Ille et Vilaine », Les Cahiers techniques de la Direction des Affaires Sociales, n° 72, février 1997

Conseil Général d'Ille et Vilaine, « Convention d'Ille et Vilaine pour la coordination gérontologique et la gestion de la prestation spécifique dépendance (PSD) », Les Cahiers techniques de la Direction des Affaires Sociales, n° 77, janvier 1998

Conseil Général d'Ille et Vilaine, « Le dispositif de suivi de la demande d'hébergement et des admissins en établissement d'accueil pour personnes âgées », Les Cahiers techniques de la Direction des Affaires Sociales, n° 82, mai 1998

Conseil Général d'Ille et Vilaine, « Le référentiel qualité des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes », janvier 2000

Conseil Supérieur du Travail Social, Commission Violence, Rapport d'étape présenté au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2000

Conseil de l'Europe, Recommandation n° R (99) 4 du 23 février 1999

Décret n° 95.1000 du 6 septembre 1995, portant code de déontologie médicale

FAVARD, Rapport, « Groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs », avril 2000

GUINCHARD –KUNSTLER, Rapport « Vieillir en France », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 1999

LAROQUE P., « Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse », Paris, Documentation Française, 1962

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées pour l'institution d'une prestation spécifique dépendance, Journal Officiel du 25 janvier 1997

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales, guide méthodologique », Rennes, Editions ENSP, 2000, 96 pages

SUEUR J.P., Rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité », mai 2000

A PARAITRE

CHOQUET Luc-Henry, SAYN Isabelle, (sous la direction de), « Obligation alimentaire et solidarités familiales : entre droit civil, protection sociale et réalités familiales », préfiguration novembre 1999

Collectif Fondation de France, « Droit au choix, droit au risque, dignité, liberté »

Conseil Supérieur du Travail Social, Rapport de la Commission Violence, mandat 1997-2000

LISTE DES ANNEXES (non fournies par l'auteur)

Carte Les Services de Soins Infirmiers A Domicile en Ille et Vilaine au 01-01-2000.

Carte du CODEM de la couronne rennaise nord ouest

Schéma du réseau d'appartenance de l'ASPANORD

Les partenaires de la coordination gérontologique

Organigramme, domaines d'activité, tableau des formations

Tableau d'étude de population

Eléments préparatoires à la réunion autour d'un cas

Fiche technique juridique

Fiches du protocole

Fiches formation

Charte des Droits et Libertés des Personnes Agées

Extraits de la Lettre de l'ASPANORD

LISTE DES SIGLES

| | |
|----------------------------|--|
| A.G.G.I.R. | Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource |
| A.P.A. | Allocation Personnalisée à l'Autonomie |
| ASPANORD | Association de Soins pour Personnes Agées du Nord Ouest de Rennes |
| C.L.I.C. | Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique |
| C.O.D.E.M. | Comité d'Observation de la Dépendance Et de Médiation |
| D.R.E.E.S. | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| E.H.P.A. (D.) | Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| GERIAPA Personnes Agées | Groupement d'Etudes de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées |
| H.I.D. | Handicap, Incapacité, Dépendance |
| U.N.A.D.M.R. | Union Nationale de l'Aide à Domicile en Milieu Rural |
| U.N.A.S.S.A.D. | Union Nationale des Associations de Soins et Services A Domicile |
| U.D.A.S.S.A.D. | Union Départementale des Associations de Soins et Services A Domicile |
| U.N.I.O.P.S.S. | Union Nationale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux |
| U.R.I.O.P.S.S. | Union Régionale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux |
| P.S.D. | Prestation Spécifique Dépendance |

FICHE TECHNIQUE : La protection juridique

La protection des personnes en situation de maltraitance relève de dispositifs différenciés et complémentaires en fonction de l'analyse de chaque cas. Parmi les outils possibles, nous trouvons ceux de la protection juridique et en particulier la loi du 3 janvier 1968, outil que l'on pourrait situer à la fois sur un versant juridique et sur un versant thérapeutique, en référence à une interrogation de Carol Jonas, psychiatre et docteur en droit.⁶⁵

Le terme maltraitance n'étant apparu que très récemment dans les dictionnaires usuels, il figure également depuis peu dans les tables des matières et lexiques des textes de loi. Ce sont plus souvent des termes voisins comme « violence », « sévices », « agression » qui y figurent.

C'est donc sous cette dénomination, la réalité qu'ils traduisent étant manifestement comprise dans le terme de maltraitance, qu'il convient de rechercher ce que le droit positif en dit.

Cependant, ces termes n'épuisent manifestement pas le sens du mot maltraitance, celui-ci faisant référence à des réalités plus variées, moins immédiatement dramatiques, et qui ne concernent pas seulement des atteintes physiques, nous l'avons vu, mais également psychologiques ou morales. On pense alors à la notion « d'abus ».

La tâche n'est pas aisée lorsqu'il s'agit de cerner juridiquement ce problème de maltraitance.

Si on définit la maltraitance comme toute situation conduisant à imposer un rapport de domination à une personne ou à exercer une violence quelconque et non légitime à l'encontre de celle-ci ou à l'encontre de ses biens en profitant d'un affaiblissement dû à l'âge, soit directement, soit indirectement parce que l'âge expose plus fréquemment à des états de vulnérabilité vis à vis de la maladie, on peut proposer une analyse des aspects juridiques de la maltraitements autour de deux propositions :

Quel est le dispositif juridique propre à éviter la maltraitance ?

Quel est le dispositif juridique propre à assurer la répression de la maltraitance ?

Prévenir la maltraitance

C'est pour une personne âgée, la protéger des risques d'abus ou d'abandon, y compris par elle-même, que sa situation de plus grande dépendance est susceptible de provoquer. C'est donc en quelque sorte organiser juridiquement la dépendance dans un but de protection, et en même temps lui donner les moyens d'une réelle indépendance pour éviter précisément que ne se développe une situation de faiblesse de nature à faciliter l'exercice d'une violence, que celle-ci vienne des personnes ou des institutions.

- Au plan individuel

On pense immédiatement au dispositif prévu par le Code Civil pour protéger les personnes dites incapables majeurs.

L'incapacité ne tient pas à l'âge, mais le grand âge peut devenir cause d'incapacités, soit directement, soit en raison des atteintes plus fréquentes de maladies affectant les capacités. La personne se trouve alors dans une situation de faiblesse propre à provoquer des abus qui seront autant de violences exercées à l'encontre d'elle-même ou de ses biens.

Le législateur a expressément prévu que les régimes de protection issus de la loi du 3 Janvier 1968 avaient vocation à s'appliquer aux personnes âgées puisque l'article 490 du Code Civil dispose que « Lorsque les facultés mentales 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 ... »

⁶⁵ JONAS Carol, « La Loi du 3 janvier 1968 : outil juridique ou thérapeutique ? », Gérontologie et Société, n° 93, juin 2000

Ces régimes de protection sont certes restrictifs des libertés de la personne âgée, mais cette dépendance qu'ils organisent a précisément pour objet d'éviter une maltraitance que peut entraîner une indépendance juridique totale mais factice.

La sauvegarde de justice permet une protection limitée d'urgence ou transitoire, par exemple en cas de risque d'atteinte au patrimoine de la personne à protéger durant un temps d'hospitalisation.

La curatelle permet une protection sans perte de capacité civile, par un système d'accompagnement dans les décisions.

La tutelle est un système de protection lourde avec une perte de la capacité civile et un système de substitution.

Il faut souligner les dispositions de l'article 490-2 du Code Civil qui impose de garder le plus longtemps possible le logement à la disposition de la personne et soumet les actes de disposition le concernant à un contrôle strict. En outre cet article interdit d'aliéner les souvenirs et autres objets de caractère personnel.

Soulignons encore les dispositions de l'article L 471-4 du Code de la Santé Publique, résultant de la loi du 29 07 1994 relative aux dons d'organes qui interdit tout prélèvement sur une personne faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Indépendamment de ces régimes permanents, il existe des dispositions ponctuelles qui ont vocation à s'appliquer aussi aux personnes âgées dans des situations particulières de risque de maltraitance par atteinte à leur intégrité physique ou patrimoniale.

Ce sont les dispositions de l'article 909 du Code Civil qui interdisent au médecin traitant de bénéficier de dispositions testamentaires ou entre vifs faites par la personne soignée, dans le cours de sa maladie. Ensuite les dispositions plus générales de l'article 1109 du même code édictent qu'en matière contractuelle il n'y a pas de consentement valablement donné s'il a été surpris soit par violence, soit par dol (version subtile de la violence).

Dans sa définition de la violence, le Code Civil vise expressément l'âge comme un élément à prendre en compte, l'article 1112 du Code Civil disposant : « Il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent ; on a égard en cette matière à l'âge, au sexe et à la condition des personnes. »

Ces dispositions ont vocation à constituer pour les personnes âgées qui, plus fréquemment que les adultes plus jeunes se trouvent en situation de se faire soigner et donc risquent qu'il soit porté plus fréquemment atteinte à leur intégrité physique en raison des nécessités de la thérapeutique, une protection contre des abus ou des manquements à leur dignité.

Ainsi en est-il de l'article 16-3 du Code Civil, créé par la loi du 29 07 94, qui oblige à recueillir le consentement de l'intéressé préalablement à toute intervention thérapeutique, sauf impossibilité de fait.

Mais les risques de maltraitance ne sont pas seulement liés à des comportements individuels. La violence peut être qualifiée d'institutionnelle et donc générer des maltraitances. Toute structure collective qui implique nécessairement règles communes et traitements moins individualisés via le développement d'une logique institutionnelle propre, peut conduire, surtout vis à vis d'une personne affaiblie, à une prise en charge trop contraignante, attentatoire à sa liberté individuelle ou à un comportement plus anonyme et donc moins respectueux de la dignité de la personne.

- Au plan institutionnel

S'il n'y a pas de dispositions visant à protéger les personnes âgées vivant en institution de la maltraitance, il convient d'observer qu'il existe de nombreuses dispositions législatives ou réglementaires visant l'organisation des institutions d'hébergement et de soins. On peut ainsi signaler les dispositions de l'article 4 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et

médico-sociales qui imposent des normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement. Le projet de réforme de cette loi prévoit des dispositions beaucoup plus explicites concernant la mise en œuvre et le respect des droits des usagers.

La circulaire du 07 04 82 relative à la « politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées » rappelle que le contrôle des établissements accueillant des personnes âgées doit être effectué par l'autorité administrative notamment en matière de qualité de soins, de confort, d'alimentation et de sécurité. C'est donc directement une mission de prévention de la maltraitance qui est rappelée. De même cette circulaire souligne que les règlements intérieurs ne doivent pas comprendre des dispositions contraignantes relatives aux heures d'entrées et de sorties, de lever, d'interdiction des meubles personnels ...

Ce sont surtout les Chartes qui ont une visée préventive : Charte du patient hospitalisé et surtout la Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante éditée en 1996 conjointement par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et réactualisée en 1999 en mettant encore plus l'accent que le précédent texte sur le respect que la société tout entière doit aux personnes âgées.

Dans cette Charte , l'article 5 , Patrimoine et Revenus, insiste sur la maintien de la maîtrise par la personne de son patrimoine et de ses revenus disponibles. L'article 13 concerne l'exercice des droits et la protection juridique de la personne, « Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne. »

On notera les dispositions de l'article L326-1 du Code de la Santé Publique qui interdisent d'hospitaliser pour troubles mentaux une personne sans son consentement ou celui de son représentant légal hors les cas d'hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers, et celles de l'article L330 permettant la nomination d'un curateur à une personne non protégée hospitalisée sans son consentement, curateur qui a pour mission de veiller au bon usage des biens de celle-ci et à ce qu'elle retrouve son entière liberté aussitôt que possible.

Permettent encore de prévenir la maltraitance les dispositions les articles 208 et 209 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale qui prévoient une surveillance par l'IGAS et par la DDASS des établissements hébergeant des personnes âgées et celles des articles L332-2 et L332-3 du Code de la Santé Publique qui prévoient des contrôles réguliers des autorités administratives et judiciaires et un contrôle permanent par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

La loi du 06 07 92 relative à la responsabilité de certains établissements en matière de vol, de pertes ou de détérioration d'objets vise expressément les établissements d'hébergement des personnes âgées dans son article premier et prévoit une responsabilité de plein droit pour les objets de toute nature déposés entre les mains du représentant légal de l'établissement et qui s'étend aux objets non déposés pour les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou qui n'ont pu procéder au dépôt en raison de l'urgence de leur admission.

Enfin le Code Civil, dans son article 496-2 interdit de déférer la tutelle à l'établissement de traitement ou d'accueil et à tout employé de celui-ci hors le cas de la gérance de tutelle.

Ce repérage des dispositions réglementaires et légales destinées à la prévention des maltraitances en organisant et en contrôlant la dépendance, en montre la caractère bienveillant mais insuffisant.

Il faut maintenir pour autant une indépendance effective , en permettant à la personne âgée d'avoir les moyens notamment de ne pas devoir subir des situations de maltraitance que la faiblesse due à l'âge, à la maladie, au handicap ou à la précarité est susceptible de générer.

Maintenir une indépendance réelle

La personne âgée est un citoyen à part entière et toute disposition qui donne à celui-ci les moyens de sa liberté et d'entretenir avec les autres des rapports d'égalité peut-être analysé comme propre à éviter les maltraitances.

- Au plan individuel

La situation de maltraitance peut souvent et d'abord résulter d'un état de dénuement par manque de ressources. Il convient à cet égard de rappeler les droits garantissant un minimum alimentaire et d'entretien.

L'article 205 du Code Civil impose l'obligation alimentaire envers les ascendants par les descendants. L'article 210 permet au débiteur d'aliment qui JUSTIFIE ne pas pouvoir payer, d'accueillir chez lui et d'entretenir son créancier d'aliment. L'obligation alimentaire peut alors avoir pour conséquence, alors même qu'elle a une visée protectrice, de générer un autre type de maltraitance.

Les dispositions relatives au Fonds National de Solidarité et celles de l'allocation logement à caractère social visent les personnes âgées comme bénéficiaires. La loi du 06 07 1989 accorde au locataire âgé de plus de 70 ans un droit particulièrement protégé au maintien dans les lieux dès lors que les ressources sont inférieures à 1.5 SMIC et sauf relogement proposé à des conditions de confort et géographiques satisfaisantes.

- Au plan institutionnel

Les dispositions de la circulaire du 08 06 1982 ont créé des organes représentatifs des personnes retraitées et âgées, leur donnant ainsi les moyens de se faire entendre et donc de se faire respecter : Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA), CORERPA, CODERPA, COLERPA

...

Dans le même ordre de garantie ; par une représentativité spécifique, on trouve le décret du 12 décembre 1992 instituant les Conseils d'Etablissement.

Enfin, l'article 142 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale prévoit de laisser une somme minimum à la personne âgée placée dans un établissement et prise en charge au titre de l'Aide Sociale, comme les dispositions de la loi du 24 juillet 1997 instituant une Prestation Spécifique Dépendance.

La répression de la maltraitance

C'est l'aspect le plus souvent envisagé, car qui dit maltraitance pense immédiatement à une action qu'il faut faire cesser et qu'il faut condamner afin d'éviter sa reproduction.

Le nouveau Code Pénal de 1994 fit apparaître un souci majeur du législateur de prendre en compte la situation particulière des personnes âgées à raison de leur moindre capacité à se défendre, même s'il n'en fait pas stricto sensu une catégorie particulière, l'âge n'étant pris en compte qu'en tant qu'il peut faire présumer une situation de faiblesse.

C'est donc à un examen des dispositions répressives de ce qui peut constituer une situation de maltraitance qu'il faut procéder. Mais celui-ci serait incomplet sans l'examen des conditions dans lesquelles cette maltraitance doit être dénoncée pour qu'elle puisse être efficacement réprimée.

Les cas de maltraitance réprimée

Cette répression vise à sanctionner aussi bien les atteintes aux personnes qu'aux biens. Elle a une dimension essentiellement individuelle mais peut aussi atteindre les institutions puisque désormais, il existe une responsabilité pénale, à côté d'une responsabilité civile et administrative déjà ancienne, des personnes morales.

- La dimension individuelle de la répression

Bien évidemment toute infraction constituant une agression contre les personnes ou leurs biens est, par nature, une maltraitance. On s'attachera donc aux seules dispositions qui ont une vocation plus spécifique, de par les catégories spécialement désignées de personnes qu'elles visent, à concerner les personnes âgées. L'âge n'est pas retenu comme tel mais en tant qu'il fait présumer une vulnérabilité particulière, étant observé que, lorsqu'il concerne celui du début de la vie, il est soit directement défini (15 ans par exemple), soit par le terme de minorité. Aussi, lorsque l'âge est visé comme tel sans plus de précision, s'agit-il du grand âge ? Le plus souvent l'âge de la victime source de plus grande vulnérabilité sera une circonstance aggravant les sanctions d'un comportement par ailleurs déjà délictueux .

- La répression des atteintes aux personnes

Le meurtre , les tortures et actes de barbarie de personnes vulnérables sont plus sévèrement punis, le plus souvent la peine est doublée, de même pour les coups mortels ou les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.

Les violences n'entraînant pas une incapacité de plus de huit jours ne constituent qu'une contravention, mais si elles concernent une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, elle redevient un délit.

Enfin les violences habituelles sur ces même personnes constituent désormais un délit ou un crime, selon leurs conséquences, et sont spécifiquement réprimées.

L'âge est même très directement un élément constitutif d'une infraction qui n'existait antérieurement que pour les incapables, puisque l'article 223-3 du Code Pénal réprime le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, notamment en raison de son âge.

- La répression à l'encontre des atteintes aux biens

On retrouve, à propos des infractions relatives aux biens, le même mécanisme de protection assuré aux personnes particulièrement vulnérables en raison notamment de leur âge ou de leur état, cet état constitue soit une circonstance aggravante des peines encourues, soit un élément constitutif d'une infraction spécifique. C'est le cas du vol, de l'extorsion et de l'escroquerie, de même en matière de destruction ou détérioration lorsque cet état les a facilitées.

La particulière vulnérabilité due à l'âge est un élément constitutif d'une nouvelle infraction depuis 1994, à savoir celle de « l'abus frauduleux d'ignorance ou de faiblesse, apparente ou connue de son auteur, pour obliger cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables ».

Une partie de ces infractions peuvent être imputées aux personnes morales.

- La dimension institutionnelle de la répression

Cette répression a bien évidemment une dimension pénale, mais il existe également des sanctions que l'autorité administrative peut mettre elle même en œuvre.

- Les dispositions répressives pénales

Les personnes morales responsables de vol, d'extorsion, d'escroquerie ou abus frauduleux, de destruction et de détérioration sont pénalement poursuivies. A l'exception de l'Etat, toute personne morale, publique ou privée, peut voir sa responsabilité pénale recherchée dans les cas prévus par la loi.

- Les dispositions répressives administratives

L'autorité administrative peut mettre fin , au besoin par des mesures de fermeture, à des situations institutionnelles de maltraitance. Ceci est prévu à l'article 14 de la loi du 30 juin 1975 qui autorise le représentant de l'Etat à prononcer une fermeture provisoire ou définitive de l'établissement ou service dans lequel « la santé, la sécurité ou le bien être physique ou moral des usagers se trouve compromis ou menacés par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service ». Ces dispositions renvoient à celles des articles 203 à 217 du Code

de la Famille et de l'Aide Sociale , l'article 210 donne au Préfet un pouvoir d'injonction, voire de fermeture, le cas échéant en urgence, dans les cas sus cités. L'article 213 prévoit des sanctions pénales pour les responsables qui ne se soumettraient pas à ces décisions.

Les textes répressifs sont assez nombreux . Mais cette possibilité de poursuivre les auteurs de maltraitances doit être mises en œuvre par l'autorité judiciaire. Cela suppose que celle-ci soit informée, et ceci représente une dimension non négligeable du problème, certains des témoins privilégiés évoquant , à tort, le secret professionnel, par ignorance du dispositif légal.

La maltraitance dénoncée

Nous rappelons le principe général qui fait obligation de dénoncer les crimes, et seulement les crimes, dont il est possible de prévenir ou de limiter les effets ou la commission de nouveaux faits par la dénonciation des auteurs, article 434-1 du Code Pénal.

L'obligation de dénonciation s'impose encore à quiconque a connaissance de mauvais traitements (enfin l'expression la plus proche du terme maltraitance) infligés entre autres à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, article 434-3.

Enfin, il faut rappeler les dispositions relatives à la non-assistance à personne en danger de crime ou de délit (article 223-6) et l'omission de porter secours à une personne en péril qui font obligation non de dénoncer cette fois mais d'intervenir.

Cette dernière obligation de porter assistance, y compris en cas de risque de commission de crime ou de délit, pèse sur tout citoyen, même si celui-ci est tenu au secret professionnel.

L'article 226-14 du Code Pénal prévoit que ne commet pas une infraction au secret professionnel « celui qui informe, les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ».