



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**La prévention des comportements maltraitants dans
l'aide et le soin aux personnes âgées.**

– thème n° 16 –

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

Animatrice : Isabelle DONNIO

***« Nous sommes tous
potentiellement maltraitants.
En être conscient, c'est déjà
le commencement de la
prévention. »***

Dr LEGUEN.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement toutes les personnes rencontrées qui ont bien voulu nous accorder de leur temps ainsi que Madame Isabelle Donnio, animatrice du groupe, pour sa présence et son soutien constructif.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

METHODOLOGIE

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE : DEFINIR ET COMPRENDRE 3

| | | |
|----------|---|----|
| <u>1</u> | <u>LA MALTRAITANCE : UNE REALITE POLYMORPHE</u> | 3 |
| 1.1 | <u>Définir la maltraitance</u> | 3 |
| 1.2 | <u>Identifier la maltraitance</u> | 4 |
| 1.3 | <u>Expliquer : les facteurs de risque de maltraitance</u> | 6 |
| 1.4 | <u>Détecter : les indicateurs d'alerte</u> | 7 |
| <u>2</u> | <u>DE LA MORALE AU DROIT</u> | 8 |
| 2.1 | <u>Réflexion éthique et maltraitance</u> | 8 |
| 2.2 | <u>Un cadre juridique mal utilisé</u> | 10 |
| 2.2.1 | <u>Les mesures de protection</u> | 10 |
| 2.2.2 | <u>La responsabilité</u> | 11 |

DEUXIEME PARTIE : LUTTER ET PREVENIR 13

| | | |
|----------|---|----|
| <u>1</u> | <u>UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE COORDINATION</u> | 13 |
| 1.1 | <u>Renforcer l'inspection</u> | 13 |
| 1.2 | <u>Coordonner les actions et informer</u> | 14 |
| 1.2.1 | <u>Réseaux gérontologiques</u> | 14 |
| 1.2.2 | <u>Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)</u> | 15 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1.2.3 | <u>Campagnes d'information</u> | 16 |
| 1.3 | <u>Promouvoir l'indépendance des personnes âgées : l'APA</u> | 17 |
| 2 | <u>SUR LE TERRAIN : QUALITÉ, PROFESSIONNALISATION ET "AIDE AUX AIDANTS"</u> | 17 |
| 2.1 | <u>Une démarche qualité comme outil de prévention</u> | 17 |
| 2.1.1 | <u>Projet d'établissement, projet de service</u> | 17 |
| 2.1.2 | <u>Projets de soins à domicile</u> | 18 |
| 2.1.3 | <u>Démarche qualité en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)</u> | 19 |
| 2.2 | <u>Une gestion des ressources humaines à améliorer</u> | 20 |
| 2.2.1 | <u>Gérer les compétences</u> | 20 |
| 2.2.2 | <u>Promouvoir l'encadrement</u> | 21 |
| 2.2.3 | <u>Renforcer la dynamique des équipes</u> | 22 |
| 2.2.4 | <u>Valoriser la spécificité du travail en gériatrie</u> | 22 |
| 2.2.5 | <u>Améliorer les conditions de vie au travail</u> | 23 |
| 2.3 | <u>Des "aides aux aidants" à développer</u> | 23 |
| | | |
| | <u>CONCLUSION</u> | 25 |
| | | |
| | <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 26 |
| | | |
| | <u>TABLE DES ANNEXES</u> | 32 |

GLOSSAIRE

| | |
|--------|--|
| ALMA | allô maltraitance des personnes âgées |
| APA | allocation personnalisée d'autonomie |
| CCNE | comité consultatif national d'éthique |
| CLIC | centre local d'information et de coordination |
| DAS 35 | direction des affaires sociales (conseil général) |
| DDASS | direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DRASS | direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DREES | direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DDCCRF | direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes |
| DDTEFP | direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle |
| EHPAD | établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes |
| GIR | groupe iso-ressources |
| IASS | inspecteur des affaires sanitaires et sociales |
| MISP | médecin inspecteur de santé publique |
| MRIICE | mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation |
| PSD | prestation spécifique dépendance |
| SROS | schéma régional d'organisation sanitaire |

METHODOLOGIE

Dans le cadre du Module Interprofessionnel (MIP), notre groupe de travail a étudié «la prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin aux personnes âgées ».

La méthode de travail qui a été retenue et mise en œuvre est la suivante :

Lors de notre première rencontre avec **Mme Isabelle DONNIO**, animatrice de notre groupe, cette dernière **nous a présenté le contexte et les enjeux actuels** du thème que nous avons choisi de traiter. Puis chaque personne s'est présentée et a exposé les éléments qui ont motivé son choix. Au cours de cette première séance **nous avons établi un plan de travail** pour l'ensemble des 3 semaines de MIP et **un cadre méthodologique d'investigation** qui reposait sur une recherche bibliographique, la réalisation d'entretiens auprès de personnes ressources et une analyse commune des éléments recueillis.

La recherche bibliographique qui a fondé notre réflexion s'est faite en deux temps :

- Tout d'abord, une phase de lecture « générale » sur le sujet et d'analyse des données recueillies, chaque membre du groupe s'imprégnant des composantes du thème à traiter. A l'issue de cette phase, et après des temps d'échanges, un projet de plan a été élaboré qui a permis d'orienter le travail d'investigation de chacun.
- Puis, s'en est suivie une recherche bibliographique « thématique » en groupes de 2 ou de 3 personnes.

Cette phase de recherche nous a également permis d'identifier les professionnels les plus aptes à répondre à nos interrogations, de confirmer nos points de vue (à certains niveaux) mais aussi de soulever de nouvelles interrogations.

Dès le milieu de la première semaine, et après que nous ayons réalisé chacune notre recherche bibliographique générale, nous **nous sommes attachées à définir les objectifs** pour ce travail qui étaient de :

- Définir les différents termes utilisés dans le champ de la maltraitance
- Présenter la réalité que recouvre la maltraitance des personnes âgées en France
- D'analyser le contexte réglementaire, juridique et éthique
- Déterminer des indicateurs d'alerte
- Proposer des pistes de réflexion afin d'améliorer la situation.

En ce qui concerne **le fonctionnement du groupe**, nous pouvons dire qu'il a permis d'exploiter pleinement la diversité de nos différentes origines professionnelles et de faire du MIP un temps de découverte des spécificités de chacune des filières présentes à l'ENSP.

Une cohésion d'équipe forte s'est rapidement établie et a permis un travail continu et soutenu durant 3 semaines.

Un des principes généraux de travail retenu par le groupe a été que toute information détenue par un membre du groupe serait partagée avec tous et que tout écrit serait discuté et validé.

Suite à la phase de recherche bibliographique, nous **nous sommes réparti les différents thèmes à traiter** à partir du plan établi par le groupe. Cette phase a permis à chacune d'entre nous d'aborder le sujet sous un axe différent et de mettre en relief la richesse de nos points de vue. A l'issue de cette phase, un plan détaillé a été finalisé.

Afin de confronter nos idées sur le sujet et les données recueillies à travers nos lectures, **nous avons réalisé 10 entretiens semi directifs** auprès de professionnels sensibilisés à la question. Nous avons clos cette phase d'entretiens par une rencontre avec la fille d'une victime de maltraitance : cette démarche nous a semblé essentielle afin de comprendre les conséquences de la maltraitance sur la vie des victimes et de leur entourage.

Ces entretiens ont été menés en général avec au moins la moitié des membres du groupe et selon un guide d'entretien (voir annexe 1). A l'issue de chaque entretien, un compte-rendu écrit a été établi et un retour oral au groupe effectué.

La rédaction du rapport final s'est faite collégialement, chaque membre du groupe étant chargé de la rédaction d'une partie.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la population française connaît un vieillissement général. Selon le dernier recensement effectué en 1999¹, la population des plus de 60 ans s'élève à 12,5 millions de personnes, soit 1,2 millions de plus qu'en 1990. Elle représente ainsi 21,3 % de la population française. En 2010, la France comptera plus de personnes de plus de 60 ans que de moins de 20 ans.

Sur les 4,5 millions de personnes de plus de 75 ans, une sur dix réside actuellement en foyer-logement ou en institution. Le dernier recensement souligne d'une part une augmentation de 24% depuis 1990 du nombre de personnes âgées dans ces structures et d'autre part une proportion de résidents de plus en plus élevée avec l'âge : plus de 15% sont des personnes âgées de 85 à 90 ans, 30% ont entre 90 et 95 ans, et 40% ont plus de 95 ans. L'accueil en institution reflète ainsi le signe d'une dépendance.

L'importance quantitative de la population âgée en France fait de la prise en compte de la vieillesse un véritable enjeu de santé publique. Dès lors, il convient de garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées et donc de lutter contre toute forme de maltraitance.

La prise de conscience des comportements maltraitants à l'égard des personnes âgées s'est manifestée de manière tardive en France. Bien que certains écrivains célèbres tels que Shakespeare, Emile Zola ou Honoré de Balzac aient mis en scène dès le XIX^e siècle, des vieillards tantôt victimes, tantôt odieux, les premiers signalements médicaux n'apparaissent que vers 1975.

Aux Etats-Unis, des témoignages de violences de plus en plus fréquents, conduisent aux premières études. D'autres pays tels que le Canada, la Grande-Bretagne, la Suède et la Norvège se préoccupent également de ce phénomène, tandis que la France semble l'ignorer. Il faut attendre 1987 pour que le Conseil de l'Europe se saisisse du problème des « *violences au sein de la famille*. »

Robert Hugonot, médecin gériatologue à Grenoble, rencontre alors le Docteur **Ida Hyde**, auteur d'une étude épidémiologique en Finlande, et décide d'entreprendre en France une recherche du même ordre. Il préside également au Conseil de l'Europe le groupe chargé d'étudier les violences contre les personnes âgées.

Les travaux de ce groupe ont permis une sensibilisation des représentants du Ministère et de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse qui cautionnent en 1995 la création d'un réseau

¹ Source INSEE : www.insee.fr

national d'écoute téléphonique. C'est ainsi que naissent les premières antennes locales d'écoute *Allô Maltraitance des personnes âgées* (ALMA) dans six grandes villes françaises, dont Grenoble, siège national.

En 2000, ALMA dispose de 18 antennes départementales en France et de deux à l'étranger. Chaque antenne fournit au siège national une analyse trimestrielle des appels reçus et donnés, constituant ainsi une source d'informations chiffrées.

En 2000, ALMA recense pour l'essentiel 27% de maltraitances financières, 15% de maltraitances physiques et 15% de négligences par omission. L'âge moyen des victimes est de 79 ans et 75% sont des femmes, veuves et vivant en famille. Les maltraitants sont à 53% des membres de la famille, 12% des cas impliquent les amis et voisins, et 20% impliquent les professionnels soignants. La plupart des appels concernent des cas de maltraitance au sein même de la famille. Par ailleurs, les signalements mettant en cause les institutions commencent seulement à émerger. Il convient de signaler que les données fournies par ALMA reposent uniquement sur la base des appels reçus et ne reflètent sans doute pas toute la réalité des maltraitances, particulièrement en institutions.

A la demande de Paulette Guinchard-Kunstler, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, un groupe de travail a été constitué pour réfléchir sur la maltraitance des personnes âgées et sur les solutions pouvant y être apportées : ce groupe doit rendre ces conclusions le 17 décembre 2001. On voit ainsi combien la maltraitance des personnes âgées est au cœur de l'actualité.

La maltraitance, thème tabou il y a encore quelques années, reste aujourd'hui une notion floue au premier abord, mais qui recouvre de multiples réalités. Que doit-on considérer comme "maltraitance"? Les limites de ce concept semblent éminemment subjectives.

C'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur sa représentation par les professionnels pour pouvoir envisager les moyens de réduire ces violences et prévenir leur survenue.

Tout d'abord, afin de définir et comprendre la maltraitance, il convient d'examiner les différents aspects de cette réalité polymorphe et de mesurer son interaction avec la morale et le droit. Dès lors, on sera mieux à même de lutter contre la maltraitance des personnes âgées et de prévenir son apparition, ceci grâce à une politique de transparence et de coordination et, sur le terrain, par le biais d'une recherche de qualité, de professionnalisation et « d'aide aux aidants »².

² DONNIO I. *La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Social: E.N.S.P., 2000.

PREMIERE PARTIE : DEFINIR ET COMPRENDRE

1 LA MALTRAITANCE : UNE REALITE POLYMORPHE

Afin d'appréhender au mieux le phénomène de maltraitance des personnes âgées et d'être à même de le prévenir, il faut tout d'abord définir ce que recouvre cette notion, avant d'en examiner les facteurs de risque.

1.1 Définir la maltraitance

Maltraiter³ : après 1551, « traiter durement » ; s'emploie couramment aussi pour « traiter avec violence » (1617). Sous ce terme se cache un jugement de valeur moral sur ce qui est « bien » ou « mal ».

Le terme de maltraitance est, quant à lui, récent : Le Robert, dictionnaire historique de la langue française date son apparition de 1987. Il s'applique d'abord aux mauvais traitements infligés aux enfants. La notion de maltraitance est utilisée dans les publications destinées aux professionnels de soin, mais celles-ci n'en donnent pas de définition précise. Le terme est employé indifféremment pour sévices, abus, violence et négligences. En effet, le comportement ressenti comme maltraitant par la personne âgée peut être ou non délibéré : dans le premier cas on parle plutôt de sévices, de violences ou d'abus ; dans le second cas, lorsque le comportement est involontaire, qu'il consiste non plus en un acte mais en une omission, on utilise le terme de négligences.

Yves Michaud donne une définition de la violence qui met l'accent sur son caractère intentionnel : « la violence est une action directe ou indirecte, massée ou distribuée, destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques »⁴. Cependant, la philosophe Marie-Odile Bruneau⁵ s'inscrit en faux contre cette définition, puisque, selon elle, la violence n'est pas forcément volontaire : on peut par exemple faire violence à une personne âgée sans en avoir l'intention, simplement en la faisant quitter son domicile pour entrer en maison de retraite.

³ REY A. (sous la direction de). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert, 1992.

⁴ Y. MICHAUD, "Violence", *Encyclopaedia Universalis*, 1989, T.23, pp. 669-673.

⁵ Entretien avec Marie-Odile Bruneau, philosophe, le 8 octobre 2001 à Rennes.

En tout cas, le terme de violence est à distinguer de la notion d'agressivité, qui constitue de la part de la personne agressive une réaction énergique, saine, normale, à une certaine « invasion de son territoire »⁶.

Les négligences, quant à elles, consistent en des omissions d'aide à la vie quotidienne (au moment du lever, du coucher, de la toilette, du repas, de la marche...).

Marie-Odile Bruneau se refuse à faire entrer les négligences, involontaires, dans la définition de la maltraitance, car selon elle, la maltraitance se définit comme **volonté de nuire à autrui**. Cependant, si l'on se place du point de vue de ce que la personne âgée ressent, une négligence pourra bien être perçue comme une maltraitance, même si elle est involontaire. Les définitions de la maltraitance varient donc suivant que l'on se place du côté du maltraitant (intention) ou du côté du ressenti par la personne âgée (perception). Nous avons choisi ici de retenir la définition la plus large de la maltraitance, celle qui s'attache au ressenti et non à l'intention. Ce choix se justifie par le souci d'être le plus complet possible dans les mesures de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Par opposition à la notion de maltraitance, on entend aujourd'hui parler d'une notion de « bientraitance », développée notamment par l'universitaire Michel Manciaux⁷. Il s'agit d'une notion inventée au Canada dans le cadre des relations des travailleurs sociaux avec des familles dites « à problème », que l'on avait l'habitude de stigmatiser pour leurs manques, leurs carences. Une démarche nouvelle s'est développée, consistant à partir des ressources de ces familles plutôt que de leurs manques, afin de leur redonner une image positive d'eux-mêmes humaine et de trouver les meilleures solutions possibles à leurs problèmes, en les associant activement à la démarche d'aide. Transposée aux personnes âgées, cette notion permettrait de valoriser les personnes maltraitées et les aidants maltraitants et de partir des ressources dont ils disposent pour trouver le meilleur mode de vie possible pour la personne âgée.

1.2 Identifier la maltraitance

La typologie des formes de maltraitance la plus couramment utilisée est issue des travaux d'un groupe de réflexion du Conseil de l'Europe en 1991⁸ :

⁶ Marie-Odile Bruneau – cf. entretien en annexe

⁷ GABELLE/MANCIAUX/JESUS – Pour une bientraitance : mieux traiter familles et professionnels – édition 2000 Fleurus.

⁸ Groupe d'étude sur la violence envers les personnes âgées, Conseil de l'Europe, 1991

◆ **Violences physiques** : coups, sévices corporels, violences sexuelles, mauvais traitements physiques, entraves à la liberté de mouvement et ligotage, coups et blessures volontaires entraînant la mort ; voies de fait, meurtres.

◆ **Violences psychologiques** : violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, abandon ou menace de placement dans une maison de santé, chantage, effort prolongé et méthodique pour déshumaniser et dépersonnaliser la personne âgée, comportements propres à inspirer un sentiment d'insécurité et de désespoir et à amener la personne âgée à se laisser aller ; cruauté mentale, violence morale, sévices psychiques.

◆ **Exploitation-abus matériels** : exploitation financière, rétention de revenus ou de pension, vol ou détournement d'argent, d'objets de valeur ou d'autres biens, vol ou usage d'une procuration au préjudice de la personne âgée.

◆ **Violation de droits** : violation de droits garantis à tous les citoyens par la législation nationale, par exemple le droit de vote.

◆ **Abandon-négligence active** : indifférence, abandon d'une personne vulnérable, diminuée physiquement ou mentalement, incapable de prendre soin d'elle-même ; placement d'une personne diminuée dans un établissement d'accueil ou hôpital, manquement à une obligation ou rupture d'un contrat causant un préjudice ou une violation des droits.

◆ **Négligence passive** : négligence sans intention de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice physique, matériel ou moral.

Il existe d'autres classifications proches de celle-ci comme celle à laquelle se réfère le Professeur Hugonot⁹, ou encore celle mise au point par l'équipe du service de soins de longue durée du Centre hospitalier de Mazamet¹⁰. Elles suggèrent des catégories supplémentaires telles que « sévices médicaux ou médicamenteux » (privation de médicaments et de soins, ou au contraire augmentation des neuroleptiques et des somnifères entraînant confusion, désorientation, troubles de la mémoire, agitation, somnolence, laisser-aller), des « violences matérielles, architecturales » (priver la personne âgée de sortie, la changer de chambre sans son consentement, supprimer ou déplacer des objets personnels sans prévenir...).

Néanmoins, ces classifications souffrent nécessairement de carences : schématiques et réductrices, elles ne disent par exemple rien des violences au sein du couple âgé ou des personnes âgées victimes d'elles-mêmes.

⁹ HUGONOT R. *La Vieillesse maltraitée*. 1999, p.13. Cette classification est reprise à l'annexe 2.

¹⁰ Site Internet : <http://www.multimania.com/papidoc/40sensibiBDtexte.html>. Cf. Annexe 2.

Mais surtout, elles ne rendent pas compte des maltraitements des personnes âgées envers les aidants, qu'ils soient « naturels » (parents et proches) ou soignants. Elles ne laissent rien non plus deviner de la complexité de la relation qui se noue entre aidant et aidé dans laquelle ce qu'un observateur considère comme « maltraitance » ne sera pas forcément ressenti comme tel par les acteurs. Il ne faut pas réduire la maltraitance à un phénomène unilatéral en considérant la personne âgée comme victime, mais il faut avoir conscience de la « circularité » de la relation maltraitante : « *la violence est un jeu qui se joue à deux* »¹¹. C'est aussi ce dont rend compte la notion de « violence institutionnelle » mise en lumière en 1982 par Stanislaw Tomkiewicz : les violences institutionnelles « *sont celles que subissent les usagers dans les institutions spécialisées, sociales et médico-sociales. Elles ne sont pas exercées seulement par des professionnels, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux* »¹².

La diversité même de ces classifications montre combien la maltraitance est polymorphe : ses contours sont flous et subjectifs. En effet, la perception de ce qui est maltraitance dépend de critères culturels et varie selon les époques et les sociétés.

S'ajoute à ce flou le fait que ces différentes formes de maltraitance ne sont pas des phénomènes isolés mais interviennent souvent simultanément ou successivement : « *les maltraitements se succèdent souvent et s'associent pour ne plus donner à voir qu'une situation confuse d'où seule la violence ressort* »¹³.

1.3 Expliquer : les facteurs de risque de maltraitance

Des chercheurs américains¹⁴ proposent quatre facteurs pour aider à diagnostiquer les mauvais traitements **au sein de la famille** :

◆ **La psychologie du maltraitant.** Les auteurs remarquent que de nombreux sujets responsables de mauvais traitements ont été plusieurs fois hospitalisés pour des maladies psychiatriques, qu'ils sont souvent alcooliques ou toxicomanes. Ces aidants sont souvent mal préparés à assumer la charge d'une personne dépendante et travaillent de façon isolée ou ne reçoivent aucun soutien personnel ou communautaire.

¹¹ DONNIO I. Les maltraitements : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de liberté ? *Gérontologie*, n°109, p.21.

¹² CORBET E. Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2000, n°31, p.20.

¹³ BUSBY. La maltraitance et les personnes âgées. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2000, n°31, p. 35.

¹⁴ ABRAM, BEERS, BERKOW. *Manuel Merck de Gériatrie*. Paris: Editions d'après, 1996, pp. 956-963.

◆ **Le stress** – « les problèmes financiers, un décès dans la famille, les responsabilités des soins et d'autres tensions peuvent créer des frustrations et des insatisfactions que certaines personnes expriment par des actes violents »,

◆ **La violence entre les générations** – « la violence est une réponse aux expériences de vie difficiles et une méthode apprise d'expression de la colère et de la frustration »,

◆ **La dépendance** – les personnes âgées qui sont dépendantes d'une aide extérieure pour leurs soins sont exposées à un risque élevé d'abus et de négligences.

Pour ce qui est de la maltraitance **en institution**, L. Mias¹⁵ évoque principalement des causes liées à l'organisation (absence de projet de soins, de discussions en équipe, d'encadrement et de formation) et des causes psychologiques (travail fatigant, manque de communication, confrontation à la vieillesse et à la mort, absence de communication entre parent et enfant)¹⁶.

En outre, plusieurs facteurs de risque sont **communs à la famille et aux institutions** : des situations d'isolement familial et/ou géographique, des histoires de vie complexes, l'usure et l'épuisement de l'aidant (selon Hugonot, la maltraitance est une « *maladie de la tolérance* »), des conditions économiques défavorables et enfin le facteur temps car la réduction du temps dont dispose l'aidant peut occasionner de sa part de la brusquerie et être vécu comme une négligence par les personnes âgées. Ce dernier problème semble voué à prendre plus d'importance avec le passage aux 35 heures¹⁷.

1.4 Détecter : les indicateurs d'alerte

Les signes de maltraitance peuvent être difficiles à observer, **à domicile**, en raison de la présence de la famille et/ou de la réticence de la victime¹⁸. Aussi, nous est-il apparu indispensable de relever quelques indicateurs facilement repérables permettant de mettre en évidence ou de prévenir ces violences. La présence d'un ou plusieurs de ces indices ne suffit pas à prouver l'existence d'une maltraitance mais doit entraîner une vigilance accrue.

¹⁵ MIAS L. Soignants et violences aux personnes âgées. *La revue du généraliste et de la gérontologie*, Juin 1996, n°26, pp.27-31.

¹⁶ Ces facteurs se retrouvent à nouveau dans les écrits d'ALMA : cf. annexe

¹⁷ Cf. supra

Les indicateurs liés à l'état de la personne âgée, et à son environnement sont notamment :

- ◆ impossibilité de s'entretenir seul avec la personne,
- ◆ personne âgée craintive, parlant peu,
- ◆ aspect extérieur : vêtements usés, sales,
- ◆ état médical : hygiène individuelle déficiente, signes physiques de violences, signes de malnutrition, état de dépendance physique, existence d'escarres,
- ◆ troubles du comportement, du sommeil, somnolence, confusion,
- ◆ famille trop présente ou au contraire absente,
- ◆ gestion du budget ,
- ◆ mise en place de contention.

En établissement, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, établi en mars 2001 concernant des maisons de retraites privées, proposait des indicateurs d'alerte pouvant être repérés dans quatre champs particuliers lors des visites d'inspection : l'accueil; le respect des résidents; l'hôtellerie, l'animation et la vie quotidienne; la prise en charge des personnes.

La recherche de ces indicateurs¹⁹ fait partie de la démarche qualité de l'établissement, dans le sens d'une vigilance et d'une prévention des maltraitances bien souvent involontaires à l'encontre des personnes âgées.

Il ressort de cette analyse que la maltraitance est une notion difficile à appréhender. Ce phénomène est d'autant plus complexe qu'il est en interaction permanente avec la morale et le droit.

2 DE LA MORALE AU DROIT

2.1 Réflexion éthique et maltraitance

La protection des droits fondamentaux de la personne âgée est du devoir de chacun. Ces droits sont ceux de tout être humain tels que définis dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme²⁰.

¹⁸ Entretien avec Mme Dalifard en date du 10 Octobre 2001

¹⁹ Cf. annexe 4

²⁰ Cf. Déclaration universelle des Droits de l'Homme, 1946 (articles 3 et 25).

Appliqués à la personne âgée, on retrouvera avec une acuité particulière ²¹ :

- ◆ **Le respect de la personne humaine et le droit à la dignité** particulièrement dans les petits gestes de la vie quotidienne : tenue vestimentaire correcte, cadre de vie personnalisé, absence du tutoiement systématique, respect de l'intimité dans l'aide à la toilette...
- ◆ **Le respect de la liberté de choix** avec information sur l'existence d'alternatives possibles : choix de rester à domicile avec toutes les aides possibles, choix du personnel soignant libéral... Dans le même cadre, il est important que la personne âgée puisse être entendue sur son choix de refuser les soins dans la mesure où ceux-ci ne peuvent aboutir à une guérison.
- ◆ **Le respect de la liberté de déplacement**, d'aller et venir souvent paradoxalement contrebalancé par la mission de surveillance de l'établissement qui a en charge la personne, entre démarche sécuritaire (contention, portes verrouillées) et « droit au risque »²². La limite est difficile et la réponse adaptée doit être réellement discutée avec les membres de l'équipe soignante, la personne elle-même dans la mesure de ses possibilités de compréhension et la famille, afin d'arriver à trouver un équilibre entre les notions de quantité de vie restante et de qualité de vie.
- ◆ **Le respect de la liberté de conscience** et le besoin de spiritualité souvent développé en fin de vie ne devraient jamais être entravés.
- ◆ Enfin, les notions de **droit à une vie sociale, à une vie affective** toujours existante quelque soit le niveau de l'intellect, le **principe de non discrimination** de la part des soignants face à une personne qui leur renvoie l'image de leur propre vieillissement future, sont autant de principes de base de l'éthique et de la morale.

Le code de déontologie des médecins²³, dont la base est inscrite dans le serment attribué à Hippocrate il y a 2500 ans, est le fondement de leur pratique. La compétence et la disponibilité, l'écoute et le dévouement, le devoir d'accompagnement²⁴ et de soulagement de la douleur, le devoir d'information souvent difficile et la non-ingérence dans les affaires de famille devraient être autant de garde-fou qui devraient aider la personne âgée à aller jusqu'au bout de son existence dans la quiétude et avec la meilleure qualité de vie possible.

²¹ Cf. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Annexe 7

²² in *Gérontologie* n°109 – *Ethique du soin aux personnes âgées : quelle place pour le risque ?* p.13

²³ Décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale. Cf. Annexe 6

²⁴ Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

Chaque pays, à partir de ses valeurs morales a développé un code juridique permettant la protection des personnes et condamnant les atteintes aux libertés. Ce code n'est pas toujours bien utilisé.

2.2 Un cadre juridique mal utilisé

2.2.1 Les mesures de protection

Le droit français a mis en place des mesures de protection de la personne pouvant s'appliquer en cas de maltraitance. Ces mesures relèvent de la loi du 3 janvier 1968 réformant le droit des incapables majeurs et s'adressent à toute personne majeure dont les facultés mentales sont altérées ou dont l'expression de la volonté est empêchée par une atteinte physique.

Trois types de protection existent : la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle ²⁵:

◆ **La sauvegarde de justice** n'est pas un véritable régime de protection, car le majeur conserve la faculté d'accomplir tous les actes de la vie civile²⁶. Néanmoins, ces actes peuvent être annulés en cas de lésion ou réduits en cas d'excès. Ce régime, temporaire, est adapté aux cas d'urgence en attendant l'ouverture d'une tutelle ou d'une curatelle (Art. 491-6, al. 2 du Code Civil). Il résulte soit d'une déclaration du médecin au Procureur de la République, soit d'une décision du juge des tutelles.

◆ **La curatelle** constitue un régime d'incapacité partielle. Quatre causes peuvent concourir à son ouverture : la "faiblesse d'esprit", la prodigalité, l'intempérance et l'oisiveté. C'est une mesure de protection pour la personne qui a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile (Art. 508-1 du Code Civil). La personne agit en son nom mais avec l'assistance de son curateur. Une expertise psychiatrique est nécessaire pour sa mise en œuvre.

◆ **La tutelle** est le régime de protection le plus contraignant, elle peut priver la personne de la totalité ou d'une partie de ses capacités civiles : en particulier la personne âgée sous tutelle est déchargée de la gestion de son patrimoine au profit du tuteur assisté d'un conseil de famille.

²⁵ Articles 433, 491 à 514 du Code Civil ; article L 330 du Code de la Santé Publique ; loi du 27 juin 1990 : loi d'hospitalisation sous contrainte

²⁶ PAIRE C., DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L. *Droit hospitalier*, Paris: Dalloz, 1999, p.336.

Ces trois types de protection sont ouverts à l'initiative du médecin traitant, du juge des tutelles, du Procureur de la République sur demande des personnes concernées ou d'un tiers agissant dans l'intérêt de la personne.

La mise en œuvre de ces trois types de protection génère des difficultés. En effet, la mesure mise en place est parfois inadaptée. Lorsque le tuteur ou le curateur est un membre de la famille, ce qui est souvent le cas, il n'agit pas toujours dans l'intérêt de la personne âgée.

La curatelle, conçue pour la personne qui a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile, semble la mesure la mieux adaptée au sujet âgé et devrait être plus utilisée, tant que le sujet n'a pas atteint le stade de démence avancée.

La tutelle par "associations tutélaires" peut être une autre réponse au problème. Ces associations sont composées d'anciens juristes, médecins, personnels soignants, travailleurs sociaux, ce qui constitue une garantie d'intégrité et de neutralité à l'égard de la personne âgée.

Les dérives et les dysfonctionnements du dispositif de protection des majeurs institué par la loi de 1968, constatés dans le rapport « de Foucault » en 1998, ont amené un groupe de travail interministériel présidé par Jean Favard²⁷ à définir des champs d'actions prioritaires : protection de la personne, et non plus seulement de ses biens ; évaluation médico-sociale en amont de la saisine judiciaire ; adéquation des mesures avec les principes de nécessité et de subsidiarité ; financement des mesures de protection ; contrôle des comptes des majeurs ; formation des gérants et des délégués à la tutelle. Le bureau de la Protection des Personnes à la DGAS travaille actuellement sur la base de ce rapport à des mesures visant à améliorer le dispositif juridique et financier de protection des majeurs.

2.2.2 La responsabilité

En cas de maltraitance à domicile ou en établissement, la justice peut être saisie et plusieurs régimes juridiques de responsabilité peuvent être appliqués selon le but recherché :

1- Si la victime ou ses ayants droit recherchent une **indemnisation** en réparation du préjudice subi : ils feront jouer la *responsabilité civile* envers les établissements privés et les intervenants à domicile (devant le juge judiciaire), et la *responsabilité administrative* dans le cas d'un établissement public (devant le juge administratif).

²⁷ Travail Social Actualité – n°786 – 26/5/2000 – pages 11 à 12 – tutelles : le rapport Favard – Les cahiers de l'UNAPEI – n°107 – novembre 2000 – tutelles infos – page 3 : le rapport Favard.

2- En revanche, si une **sanction** est recherchée :

- ◆ la victime pourra faire jouer la *responsabilité pénale* d'une personne physique (un « aidant » maltraitant) ou d'une personne morale (l'hôpital, la maison de retraite...)
- ◆ l'ordre professionnel ou l'établissement d'origine du professionnel « maltraitant » pourra lui infliger une *sanction disciplinaire*.

La mise en œuvre des responsabilités pénale et disciplinaire n'exclut en rien que soit recherchée parallèlement une indemnisation.

Les personnes âgées peuvent ainsi obtenir réparation en cas de maltraitance. Cependant, les chefs d'accusation cernent encore de façon imparfaite les maltraitances dont elles peuvent être victimes, notamment en ce qui concerne les pressions psychologiques et les négligences. Le Code Pénal comprend cependant de nombreuses dispositions permettant d'intervenir en cas de maltraitances :

- ◆ Art 222-16 qui spécifie les atteintes volontaires à la vie, à la santé et à la tranquillité,
- ◆ Art 222-17 sur les menaces,
- ◆ Art 223-3 qui définit le délaissement, l'abandon,
- ◆ Art 226-4 sur les atteintes à la vie privée, à la violation du domicile (la chambre d'un patient est considérée comme domicile),
- ◆ Art 226-15 sur la violation de correspondance.

La réforme du code pénal en 1994 a introduit des changements positifs dans ce domaine.

Par exemple, les professionnels sont incités à intervenir grâce à la définition de la non-assistance à personne en péril (qui comprend l'atteinte à la vie ou à la santé). En effet, l'article 226-13 qui interdisait aux professionnels soumis au secret de révéler quoi que ce soit en rapport avec leur activité professionnelle, est désormais nuancé par l'article 226-14 : l'article 226-13 n'est plus applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

De plus, la modification du Code Pénal permet d'aggraver les peines lorsqu'il s'agit de personnes dites vulnérables. Mais il n'existe pas encore de définition précise de cette vulnérabilité et elle doit être connue de l'auteur du préjudice pour pouvoir être prise en compte juridiquement.

Enfin, l'article 313-14 punit l'abus frauduleux de l'état de faiblesse ou de l'état d'ignorance, ce qui constitue une nouveauté. Il faut cependant démontrer qu'il existe une contrainte entraînant un acte ou une abstention juridique, et que cet acte a été préjudiciable, ce qui n'est pas toujours facile.

Après avoir ainsi défini le champ de la maltraitance et ses implications morales et juridiques, nous sommes désormais à même de faire le point sur les mesures de lutte et de prévention de ce phénomène.

DEUXIEME PARTIE : LUTTER ET PREVENIR

1 UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE COORDINATION

1.1 Renforcer l'inspection

A partir des priorités retenues par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour 2001²⁸, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) a proposé de renforcer l'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants, des personnes handicapées, des personnes âgées ou des personnes en difficulté sociale.

Il s'agit de passer d'une logique de contrôle a posteriori à la suite de plaintes ou de signalements, à des inspections a priori afin de prévenir les situations de maltraitance.

A cette fin, la DGAS a conçu un avant-projet²⁹ qui précise les modalités de contrôle pour la période 2002-2006. Il prévoit de vérifier l'ensemble du fonctionnement et de l'organisation des établissements afin de dépister les situations de maltraitance grâce à des indicateurs d'alerte. Ce programme sera mis en œuvre au niveau régional : son animation ainsi que la coordination des inspections sont confiées à la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE), mission de soutien à l'inspection créée en 1999 dans chaque Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

²⁸ Directive Nationale d'Orientation pour 2001.

²⁹ Direction Générale de l'Action Sociale (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité), Avant-projet n°4 : « Prévention et lutte contre la maltraitance – Programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux 2002-2006 », Septembre 2001.

En matière de lutte contre les maltraitements, ses attributions sont les suivantes³⁰ :

- ◆ élaboration des plans d'inspection dans le cadre des programmes ministériels
- ◆ aide à la mise en œuvre de ces programmes
- ◆ veille technique et méthodologique
- ◆ mise à disposition d'un « vade-mecum » pour les inspecteurs. Ce guide, en cours d'élaboration au niveau national, doit permettre de détecter les facteurs de risques institutionnels et les dysfonctionnements susceptibles de générer de la maltraitance.

Le programme envisage de contrôler 2000 structures sur 5 ans en plus des inspections menées à la suite de plaintes. Ce programme aura probablement un effet pédagogique positif sur les établissements : en effet, la perspective d'une inspection les incite à régler leurs dysfonctionnements par avance.

Parallèlement, Madame Guinchard-Kunstler, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, a constitué le 4 septembre 2001 un groupe de travail sur les maltraitements envers les personnes âgées. Plusieurs missions lui sont confiées, notamment :

- ◆ **accélérer** la mise en œuvre d'un réseau national d'écoute téléphonique,
- ◆ **améliorer** l'information et la formation des professionnels du corps médical et des secteurs sanitaire et social,
- ◆ **formuler** des recommandations pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital.

1.2 Coordonner les actions et informer

1.2.1 Réseaux gérontologiques

Isolement et solitude sont deux notions qui reviennent souvent lorsque l'on parle de vieillesse. Celles-ci sont, cependant, à relativiser car dans nombre de cas, c'est le parcours de la personne âgée elle-même qui l'aura conduite à l'isolement. Le poids de celui-ci n'en reste pas pour autant moins lourd. Aussi, le travail en réseau auprès de la personne âgée à domicile, surtout si les troubles de mémoire commencent à se faire sentir, s'impose afin de soutenir et remplacer les fonctions déficientes.

³⁰ Entretien avec Monsieur GUILLOU, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales en charge de la MRIICE à la DRASS de Bretagne.

Que les réseaux soient de petites entités créées au fil du temps à partir d'énergies individuelles ou des entités plus importantes, ils permettent en tout cas une véritable coordination gérontologique qui s'impose quand il s'agit d'aider la personne à mieux vivre. Médecin généraliste, infirmier(e) des services de soins à domicile, médecin gériatre, médecin psychiatre, service hospitalier, service social et différents services d'aide à domicile peuvent s'entendre pour intervenir. Une telle organisation en réseau peut poser des problèmes de coordination. Là se trouve la justification de la structuration de ces réseaux au sein des « bassins de vie » comme le préconise le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale : des réunions d'acteurs permettent en effet une réflexion et une décision en faveur de la meilleure aide possible, impliquant la personne et sa famille dans le respect de leurs choix. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé insiste particulièrement sur la nécessité d'assouplir la réglementation et d'élargir la notion de réseau en l'appliquant à la coordination avec le secteur social et médico-social.

1.2.2 Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) contribuent, tout comme les réseaux gérontologiques, à coordonner l'action des aidants en faveur de la personne âgée. Les CLIC constituent en effet la « dernière génération » des instances de coordination gérontologique³¹. En 2000, 25 CLIC existaient en France à titre expérimental. L'objectif annoncé est d'implanter 140 CLIC supplémentaires en 2001 et de parvenir à mettre en place un maillage cohérent du territoire national à l'échéance 2005.

Les CLIC sont conçus comme une instance de coordination gérontologique des dispositifs en place. D'un point de vue global, les CLIC sont chargés d'informer le public de l'ensemble des services existant localement qui contribuent à améliorer la vie quotidienne des personnes âgées et de leur entourage. Dans certains cas, ils proposent des plans d'aide personnalisés qui partent de la définition des ressources et des besoins de la personne pour améliorer les conditions de vie. De cette manière, les CLIC contribuent à la prévention de la maltraitance, et même au-delà à la promotion de la bienveillance, en proposant des solutions qui permettent de soulager les aidants. Reste à savoir si l'organisation de ce dispositif sera suffisamment performante pour répondre à l'ensemble des demandes.

³¹ Ordonnance 96-345 du 25 avril 1996 et Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999.

1.2.3 Campagnes d'information

La mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance nécessite l'implication et la coordination de tous les intervenants aussi bien dans un but de prévention primaire (dépistage des situations à risque) que secondaire (réponse à des situations avérées).

Pour que chacun se sente concerné, il faut que chacun soit informé.

Les campagnes d'information auprès du public et des professionnels s'occupant des personnes âgées doivent être impulsées en partenariat (éditions de plaquettes, dossiers d'informations, mise en place de journées délocalisées, de colloques, de modules de formations...).

Des actions de sensibilisation peuvent trouver leur place dans le cadre de Programmes Régionaux de Santé (PRS) et des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Un numéro téléphonique national, comme celui de l'enfance maltraitée, pourrait être privilégié. Le groupe de travail mis en place le 4 septembre 2001 par Paulette Guinchard - Kunstler³² aura à choisir entre, d'une part, étendre le réseau ALMA à l'ensemble du territoire national en constituant des antennes sur le terrain avec de multiples partenariats, ce qui peut être très long ; ou, d'autre part, créer ex nihilo un numéro de téléphone national indépendant d'ALMA, du type numéro vert. Mais, dans ce dernier cas, un problème se posera : celui du traitement au plan local des signalements ainsi reçus.

Une information systématique auprès de tous les professionnels (libéraux en particulier) et des structures de soins ou d'accueil pour personnes âgées pourrait être effectuée par l'envoi de documentations à l'initiative des DDASS.

L'information du public par la mise à disposition de documents mentionnant les personnes ressources dans les centres médico-sociaux, les mairies ainsi que par voie d'affichage semble simple à réaliser pour peu que l'impulsion soit donnée.

Enfin, la mise en place de réunions locales en petits groupes sur le thème de la maltraitance des personnes âgées ou la création de permanences par des bénévoles, comme cela se fait au sein du « Conseil des familles » de Rennes³³, semble être une initiative à favoriser et à développer.

Toutes ces campagnes d'information doivent s'accompagner d'un protocole bien établi de gestion des signalements et des déclarations au sein des DDASS et des Conseil Généraux.

³² Entretien avec M. ANGHELOU, Chef du Bureau Protection des Personnes à la DGAS, le 5 octobre 2001.

³³ Entretien avec Mme QUERE-LEGOFF, psychologue à la Tauvrais, C.H.U. de Rennes.

Il est, à ce propos, intéressant de rapporter l'expérience du département de l'Essonne³⁴ qui a mis en place une cellule inter-institutionnelle de traitement des signalements, réunissant des personnes référentes du Conseil Général, de la DDASS, de la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF) et de la Justice chargée de centraliser, de gérer, de coordonner les inspections et de prioriser les actions en établissant des procédures. Un élargissement à d'autres services de l'Etat, la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP), par exemple, pourrait en améliorer le fonctionnement.

1.3 Promouvoir l'indépendance des personnes âgées : l'APA

La loi du 24 janvier 1997, instituant une Prestation Spécifique Dépendance, est une loi d'aide sociale pour les personnes présentant une grande dépendance. Cette prestation doit être remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA, loi du 20 juillet 2001) permettant dès 2002 de rendre la personne âgée indépendante financièrement³⁵. L'APA sera plus importante, économiquement parlant, et concernera plus de personnes que la PSD. Dès lors, plus de personnes âgées auront accès à des aides supplémentaires, à domicile par exemple. Il en résultera un soulagement des aidants naturels et donc une prévention d'éventuelles maltraitances liées à l'épuisement.

Cependant, certaines personnes estiment que l'APA, qui constituera une ressource supplémentaire pour la personne âgée, pourra être l'objet de convoitises de la part de l'entourage, et générer ainsi un risque de maltraitance financière. Néanmoins, le Conseil Général assure un contrôle sur l'utilisation de cette allocation, ce qui devrait limiter ce risque.

2 SUR LE TERRAIN : QUALITE, PROFESSIONNALISATION ET "AIDE AUX AIDANTS"

2.1 Une démarche qualité comme outil de prévention

2.1.1 Projet d'établissement, projet de service

La question de la maltraitance des personnes âgées se pose dans toutes les structures accueillant des personnes âgées et notamment à l'hôpital général.

³⁴ PICON B. *Lutte de la maltraitance des personnes âgées hébergées en maison de retraite: intérêt de l'approche interinstitutionnelle du département de l'Essonne*. Mémoire de médecin Inspecteur de Santé Publique, 2001.

³⁵ Entretien avec le Dr LEGUEN.

Au travers des différents entretiens³⁶ que nous avons pu mener dans le cadre de ce travail, nous avons pu constater qu'en dehors des services à orientation gériatrique, les professionnels étaient très peu sensibilisés à cette problématique.

Un des moyens dont disposent les établissements de santé pour sensibiliser les professionnels à la cause des personnes âgées est le projet d'établissement. En effet, document cadre d'un hôpital, le projet d'établissement a pour fonction première de clarifier et d'explicitier les valeurs sur lesquelles doivent s'appuyer l'ensemble des activités dans l'établissement. C'est ainsi qu'en inscrivant dans un projet d'établissement, au titre des axes prioritaires, l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée, voire la prévention de la maltraitance, on garantit la prise en compte de ces problématiques au niveau des projets de service³⁷ et donc de la pratique quotidienne des professionnels.

Prenons pour exemple l'expérience menée au sein du CHU de Saint-Etienne³⁸. En cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et les projets des professionnels de l'établissement, il a été retenu au titre des objectifs prioritaires pour les années 2000 à 2005, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans tous les secteurs de l'établissement. Puis de nombreux services ont décliné cet « objectif cadre » en plans d'actions dans leurs propres projets de service. C'est ainsi qu'une filière gériatrique a été formalisée, des consultations gériatriques avancées en service d'urgences envisagées, la rénovation de nombreux locaux accueillant des personnes âgées entreprise et le renforcement des connaissances des professionnels dans le domaine gérontologique inscrit au plan de formation (notamment des formations portant sur la maltraitance). Ce recentrage de l'activité des établissements autour de la personne âgée nous apparaît comme un moyen efficace de prévenir la maltraitance en intensifiant la vigilance et l'attention des professionnels sur cette partie de la population, de plus en plus importante à l'hôpital.

2.1.2 Projets de soins à domicile

Les soins à domicile ont été pris en considération pour la première fois par l'ordonnance du 19 octobre 1945. Ces soins sont réalisés soit au cabinet des infirmiers, soit au domicile des patients par des infirmiers libéraux ou par des infirmiers salariés d'une structure de soins en

³⁶ Entretien avec le Dr STIERLE et son équipe, le 5 Octobre 2001 au Centre Hospitalier de Mulhouse.

³⁷ « Les projets de service ont pour vocation de mettre en évidence les valeurs essentielles des services, de clarifier leurs missions, fédérer les imaginations et les énergies autour de quelques ambitions... Ils déclinent les grandes orientations du projet d'établissement et ils garantissent sa réalisation effective » - Circulaire du 23 février 1990 – Renouveau du service public (X° plan).

³⁸ Sous l'impulsion du Pr Gonthier – Chef de service de la structure gériatrique du CHU de Saint Etienne.

collaboration avec des aides soignantes³⁹. Ces services de soins à domicile ont été mis en place dans le but d'éviter, si possible, l'hospitalisation des personnes âgées, faciliter les retours à domicile après hospitalisation, prévenir et/ou retarder la dégradation de leur santé, et ce toujours dans un souci de suivi et de coordination des soins en lien avec le médecin traitant et les différents services d'aide à domicile. Sachant que seulement une personne âgée dépendante sur sept vivant à son domicile⁴⁰ bénéficie de ces structures de soins, il semble urgent d'en augmenter le nombre de places.

Réglementairement, la tenue d'un dossier médical n'est actuellement organisée que dans les établissements de santé. Celui-ci contient le dossier de soins infirmiers. « *La tenue d'un dossier de soins infirmiers pour des malades à domicile n'est pas obligatoire* »⁴¹ et quand il existe, il est généralement peu structuré. En 1997, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES)⁴² a émis des recommandations pour la tenue de ce dossier, qui doit préciser l'identification du patient, sa caisse d'affiliation, le projet de soins, l'évaluation de l'autonomie, les objectifs thérapeutiques, l'avis de la personne...

Dans le cadre de la démarche qualité et de la vigilance à l'égard des maltraitances envers les personnes âgées, il serait important que ce projet de soin individualisé se généralise.

On peut par ailleurs regretter que les services de soins à domicile ne soient pas nommément mentionnés dans l'avant projet d'inspection de la DGAS.

2.1.3 Démarche qualité en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

La loi du 24 janvier 1997 relative à la PSD dispose que les EHPAD doivent passer une convention avec le président du conseil général et le préfet. Cette convention a pour objet de définir les conditions de fonctionnement de l'établissement pour assurer la qualité de prise en charge des personnes âgées. Elle détermine aussi les moyens à mettre en œuvre dans le cadre de sections tarifaires : hébergement, dépendance et soin.

La réforme de la tarification des EHPAD, vise à mettre la personne âgée au centre des préoccupations des institutions. Pour cela un projet d'établissement incluant un projet de vie et un projet de soins doit être élaboré dans chaque établissement. Dans certaines structures, ces projets se déclinent également en plans individualisés. La généralisation de ces expériences mériterait d'être étudiée.

³⁹ décret du 08/05/1981

⁴⁰ Les cahiers du CCNE – *Rapport n°59 sur le vieillissement* – 1999 – p. 8

⁴¹ ANAES, recommandation pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile – juin 1997 – page 3

◆ **Le projet de vie et le projet de soins** reflètent l'esprit de la structure sur la prise en charge qu'elle veut développer.

◆ **Le projet de vie** concerne la qualité de l'accueil, de l'hôtellerie et de l'animation.

◆ **Le projet de soins** précise les modalités d'organisation des soins et de coordination des divers intervenants en fonction de l'état de santé des résidents : l'objectif étant de considérer la personne âgée non plus comme « objet de soins » mais comme « sujet de soins » en mettant en avant le côté relationnel.

Le but est de passer d'une offre de services à laquelle les personnes devaient s'adapter à l'adaptation des services aux besoins des résidents. Projets de vie et projets de soins permettent une réflexion des agents sur la qualité de vie des personnes hébergées et garantissent une meilleure prise en charge : en cela ils contribuent à la prévention de la maltraitance.

2.2 Une gestion des ressources humaines à améliorer

Un des moyens de prévenir la maltraitance consiste à mettre en place une politique de ressources humaines que l'on peut décliner en cinq axes : la gestion des compétences, le renforcement du rôle de l'encadrement, la dynamique d'équipe, la valorisation de la spécificité du travail en gériatrie et l'amélioration des conditions de vie au travail.

2.2.1 Gérer les compétences

Pendant de nombreuses années, la politique de gestion des compétences n'a pas été une priorité dans les structures accueillant des personnes âgées. Or, le recrutement, la formation et l'évaluation nous paraissent être des éléments essentiels dans la lutte contre la maltraitance. Une définition précise des fonctions que doivent remplir les professionnels du soin dans le secteur gériatrique apparaît comme un préalable indispensable.

Ainsi ne doivent être recrutés que des personnels qui n'ont pas choisi le secteur gériatrique par défaut. Dans cette optique, le « contrat mobilité » qui est conclu lors du recrutement au C.H. de Mulhouse est intéressant : lorsqu'un professionnel exprime le souhait de quitter la structure, l'administration s'engage à le rendre prioritaire dans le cadre des tours de mutation.⁴³

⁴² ibid -

⁴³ Entretien avec le Docteur PETER et son équipe, le 28 septembre 2001 au Centre Hospitalier de Mulhouse.

Quant à la formation, qu'elle soit initiale ou continue, elle doit être adaptée à la pratique des soins gériatriques : une présentation exacte et valorisante du travail à accomplir est nécessaire afin qu'il n'y ait pas de décalage entre les attentes du personnel et les réalités du terrain. La création de filières de formations centrées sur la prise en charge des personnes âgées, accessibles à l'ensemble des professionnels (soignants et administratifs) sont autant de moyens de sensibilisation à la question de la maltraitance. A ce sujet, Madame SIPOS, directeur d'établissement privé, nous livre qu'il serait souhaitable que le corps des directeurs des structures privées connaisse une certaine professionnalisation au travers de formations spécifiques validantes⁴⁴.

Les temps d'évaluation individuelle, prévus dans les statuts, doivent être considérés comme des moments privilégiés durant lesquels les personnels :

- ◆ évaluent l'écart existant entre leur pratique et/ou leur comportement et ce qui est attendu par l'institution ou la profession,
- ◆ expriment leurs besoins en formation ou sont amenés à en prendre conscience,
- ◆ élaborent leurs propres projets professionnels combinant à la fois leurs souhaits et les axes des projets d'établissements et de services.

Les bénévoles doivent être choisis, formés et évalués de la même façon. Une charte pourra formaliser leur activité.

2.2.2 Promouvoir l'encadrement

La sensibilisation à la question de la maltraitance des personnels d'encadrement en contact avec des personnes âgées est primordiale et constitue une garantie de la mise en œuvre d'une politique de prévention. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'encadrant a un triple rôle à jouer : faire respecter règles et valeurs ; être vigilant quant aux éventuels comportements maltraitants ; écouter, valoriser et conseiller les personnels. La politique managériale, impulsée par l'encadrement administratif et soignant, a un impact fort sur les comportements des soignants et peut donc constituer un levier de changement. C'est pourquoi il est important que l'encadrement soit en cohérence avec les valeurs exprimées dans les projets d'établissements.

⁴⁴ Entretien avec Mme SIPOS, le 26 septembre 2001 à la maison de retraite S aint-Cyr à Rennes.

2.2.3 Renforcer la dynamique des équipes

Les groupes de paroles, animés le plus souvent par des psychologues, permettant la verbalisation de la charge émotionnelle ou les réunions multidisciplinaires visant à adapter au mieux les modalités de prise en charge de la personne âgée concourent à instaurer une dynamique collective. Or la maltraitance, quelque soit sa forme, est en général un acte individuel face auquel ce travail en équipe constitue un garde fou.

De plus, ces travaux de groupes permettent de passer d'une culture de la transmission des informations à une culture de la concertation.⁴⁵

Travailler ainsi ensemble permet de prendre conscience que chaque membre de l'équipe est un maltraitant potentiel. Cela impose une vigilance mutuelle de tous les instants et une certaine tolérance à l'égard de l'épuisement des autres en dehors de tout jugement moral.

Des expériences telles que des séminaires d'intégration pour nouveaux professionnels, des voyages d'études ou des présentations lors de journées professionnelles participent activement au renforcement de cette solidarité professionnelle.

2.2.4 Valoriser la spécificité du travail en gériatrie

Le secteur gériatrique souffrant dans son ensemble d'un « déficit d'image », un travail de revalorisation, qui prendra du temps, est nécessaire. Dans ce but, différentes pistes sont à explorer :

- ◆ démarches de communication visant à corriger les représentations erronées et à présenter la spécificité des soins en gériatrie : possibilité de prise en charge globale des patients, autonomie d'action pour les soignants, niveau de technicité des soins. En effet, le soin en gériatrie ne se résume nullement à une tâche de garde malade.

- ◆ interventions par les professionnels du secteur gériatrique dans les centres de formation ou dans les journées professionnelles afin qu'ils puissent témoigner de la richesse de leurs expériences.

- ◆ soutenir et respecter la créativité des soignants en leur donnant les moyens de l'exprimer (ex. : réalisation de coiffures et de maquillages par les soignants sur leur propre initiative).

⁴⁵ Entretien avec le Docteur PETER et son équipe, le 28 septembre 2001 au Centre Hospitalier de Mulhouse.

2.2.5 Améliorer les conditions de vie au travail

En adaptant l'architecture au mode de vie de la personne âgée, en équipant les services de matériels tels que des lits électriques, des fauteuils gériatriques, des soulève-malades et des salles de bains ergonomiques, on facilite le travail du personnel et on évite certaines maltraitances involontaires liées à la manipulation et au déplacement des patients.⁴⁶

Par ailleurs, on peut craindre les effets de la mise en place des 35 heures dans le secteur sanitaire. En effet, si la Réduction du Temps de Travail s'effectue à effectifs constants, il en résultera une augmentation de la charge de travail du personnel qui pourra entraîner de la brusquerie voire de la négligence ; en outre, le temps consacré aux soins relationnels risque d'être réduit au détriment de la personne âgée.⁴⁷

2.3 Des "aides aux aidants" à développer

Afin de soulager les aidants familiaux qui se refusent à placer leurs parents, les établissements sanitaires et sociaux développent des prises en charge plus adaptées aux besoins des familles.

- ◆ **L'accueil de jour** permet de soulager ponctuellement la famille. Les personnes sont accueillies du matin jusqu'au soir à la demande de la famille et participent aux activités proposées par l'établissement.

- ◆ Madame Leguen, médecin du conseil général d'Ille et Vilaine, nous livre une piste de réflexion qui viendrait en complément à ce dispositif : un **accueil de nuit** permettrait de décharger les familles et éviterait la diminution de la tolérance liée à la dette de sommeil.

- ◆ **L'accueil temporaire** permet de prendre totalement en charge (jour et nuit) la personne pour une période déterminée lors de la demande mais renouvelable selon les besoins. Cette formule est souvent utilisée par les familles lors des vacances. Ce peut être aussi une période d'essai permettant d'introduire progressivement la personne âgée dans un nouveau milieu.

- ◆ **L'accueil familial**, très utilisé pour recevoir des adultes handicapés, est rarement choisi comme lieu d'accueil des personnes âgées. Cette nouvelle famille est parfois considérée comme concurrente et ce choix entraîne parfois une augmentation de la culpabilité de la famille

⁴⁶ MARTIN J-R. Soins et maltraitances en institutions gériatriques : quels projets pour une meilleure qualité de vie ? *Techniques Hospitalières*, Septembre 2000, n°649, p. 79- 82.

⁴⁷ Entretien avec Mme SIPOS, le 26 septembre 2001 à la maison de retraite S saint-Cyr à Rennes.

naturelle. On peut toutefois remarquer ⁴⁸qu'il s'agit de choix culturels, certaines régions en ayant plus l'usage que d'autres.

Notre rencontre avec la directrice de la maison de retraite Saint-Cyr (Rennes) nous a confirmé que ces dispositifs permettent aux familles de se ressourcer, de prendre du recul par rapport à la situation et de lutter contre l'épuisement, source de maltraitance. L'accueil temporaire est ainsi employé régulièrement par les familles comme « soupape de sécurité ».

Ces diverses formes de prise en charge sont utilisées par les professionnels depuis un certain nombre d'années et commencent seulement à être reconnues.

⁴⁸ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*. Etudes et résultats, Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, n°35.

CONCLUSION

Hier encore, thème tabou, la maltraitance dans l'aide et le soin aux personnes âgées a été mise en lumière à partir des années 1990 et a fait depuis l'objet de nombreux travaux de recherche. Cependant, nos entretiens nous ont permis de réaliser que les professionnels ont encore des difficultés à repérer les situations de maltraitance et, de ce fait, à mettre en place des outils effectifs de prévention et de lutte.

L'attention portée au sujet est amenée à se développer compte tenu de l'actuel vieillissement de la population.

A la réflexion, la notion de prévention de la maltraitance nous semble insuffisante pour lutter contre le phénomène. Il nous apparaît plus pertinent de promouvoir la bientraitance.

En effet, cette dernière notion favorise une vision de la personne maltraitée et même de la personne maltraitante basée sur ses ressources, ce qui permet de renverser le regard porté sur le problème de la maltraitance pour adopter une démarche positive.

Plutôt que de stigmatiser les personnes maltraitantes et maltraitées, le but serait désormais de partir des ressources des personnes en présence pour construire le meilleur cadre de vie possible pour la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BOITTE P. *Ethique, justice et santé. Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*. Namur : Artel, 1995. 272 p.

HUGONOT R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1999. 233 p.

MICHAUD Y. *La violence*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992. Que sais-je?

PAIRE C., DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L. *Droit Hospitalier*. Paris: Dalloz, 1999. 464 p.

REY A. (sous la direction de). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert, 1992.

SAUSSURE (De) C. *Vieillards martyrs, vieillards tirelires : Maltraitance des personnes âgées*. Paris : Médecine et hygiène, 1999. 181p.

ARTICLES

BONY A. Réseaux de soins et coordination gériatrique. Les CLIC : objectifs et cahier des charges. *Revue hospitalière de France*, Septembre-octobre 2000, n°5, pp. 75-76.

DEKUSSCHE C. Maltraitements et personnes âgées: négligences ou mauvaise intention? *L'Infirmière magazine*, Novembre 1998, n°132, pp. 5-10.

DONNIO I. Les maltraitements : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de liberté ? *Gérontologie*, 1999, n°109, pp. 21-28.

DUPONT B-M. Ethique en gériatrie. *Gérontologie*, 2000, n°114, pp.7-13.

FREMONT P. Quelles attitudes adopter face à un refus de soins? *Gérontologie*, 2001, n°119, pp. 30-34.

GUINCHARD-KUNSTLER P. Conduire une grande politique gérontologique. *Espace Social Européen*, 21-27 septembre 2001, pp. 14-15.

HUGONOT R. Maltraitance des vieux : médecins, menez l'enquête. *Le Quotidien du médecin*, 28 juin 1994, n 5443, p.1.

HUGONOT R. La "maltraitance des personnes âgées"  merge enfin!. *Gérontologie*, n 110, p.1.

HUGONOT R., BUSBY F. Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA. *Gérontologie*, mars 1999, n 111, p.15-27.

HUGONOT R. Maltraitance des personnes âgées : dépistage, prise en compte et prévention. *Le Concours médical*, 20 mai 2000, pp.1329-1333.

JOLIVET A. La personne âgée en perte d'autonomie. *Objectifs soins*, n 40, 1996, pp.2-5.

MARASCHIN J. Violence des patients : comment gérer l'agressivité? *L'infirmière magazine*, n 95, 1995, p. 23.

MARTIN J-R. Soins et maltraitance en institution gériatrique : quels projets pour une meilleure qualité de vie ? *Techniques Hospitalières*, septembre 2000, n 649, pp. 79-82.

MICHEL M., SIPOS I., MALO P. Y., DONNIO I., LEROUX C. Du droit au risque chez les personnes âgées potentiellement chuteuses. *La Revue de gériatrie*, Décembre 1998, tome 23 n 10, pp. 913-916.

MOULIAS M., MEAUME S. Le vieillard victime. *Gérontologie*, 1995, n 95, pp.20-24.

PELLERIN D. Rapport sur le vieillissement. *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, 1999, n 18, pp. 3-28.

PISSONDES A. Vieillir, un état qui nous concerne tous. *L'infirmière magazine*, 1994, n  87, pp. 89-90.

POUTOUT G. Réseaux de soins et coordination gérontologique. Vocation de la coordination gérontologique. *Revue hospitalière de France*. Septembre-octobre 2000, n°5, pp. 64-67.

Réseau de Consultants en Gérontologie. La qualité en gérontologie. *Années documents du Centre de liaison, d'étude, d'information, de recherche sur les problèmes des personnes âgées*, mars 1999, n°255, pp. 1-5.

ROCHE C. Maltraitance : le poids de la dépendance. *Impact Médecin Hebdo*, Cahier n°2, n°345, pp. 16-18.

STILLMUNKIS A. Ethique médicale et gériatrie. *Gérontologie*, 2001, n°119, pp. 9-20.

REVUES

Actualité et Dossier en Santé Publique. *Dossier maltraitance*. Paris : La documentation française, juin 2000, n°31, p. 19-66.

Echanges Santé-Social. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. *Les personnes âgées, une politique en mouvement*. Septembre 2000, n°99, pp.53-75.

Gérontologie et société. *La maltraitance*. Paris : Fondation nationale de gérontologie, mars 2000, n°92, 178 p.

L'Observatoire – Revue d'Action sociale et médico-sociale. *Dossier : la violence et les personnes âgées*. 1995, n°3, pp. 30-64.

Revue hospitalière de France. *Dossier technique gérontologie*. Paris: Fédération des Hôpitaux de France, janvier-février 1997, n°1, pp.158-201.

Revue hospitalière de France. *Dossier: Les réseaux gérontologiques*. Paris: Fédération des hôpitaux de France, Septembre-octobre 2000, n°5, pp.64-75.

Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales. Magazine Tutelle - Informations. *Le Rapport Favard, des propositions de réforme*. Novembre 2000, n°107, 84 p.

MEMOIRES

CANDAS M. *Mettre en place, à partir d'un hôpital local, un réseau gérontologique garant de la qualité du service rendu à la personne*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Social : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999, 78p.

DONNIO I. La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes. Mémoire de Directeur d'Etablissement Social: Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, 81p.

MARIN LA MESLEE V. *Réduire la maltraitance envers les personnes âgées institutionnalisées*. Mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1997, 49p.

MARTIN J-R. *L'infirmier général et la violence en gériatrie : quel projet pour une meilleure qualité de vie ?* Mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux : Ecole Nationale de la Santé Publique, novembre 1992, 88p.

PERIOT M-D. *Les droits et libertés des personnes âgées à l'épreuve du quotidien*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, 69p.

PICON B. *Lutte de la maltraitance des personnes âgées hébergées en maison de retraite : intérêt de l'approche interinstitutionnelle du département de l'Essonne*. Mémoire Médecin Inspecteur de Santé Publique : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001, 71p.

RAPPORTS

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile*. Paris : ANAES, juin 1997, 53 p.

COMITE DE PILOTAGE DE L'ANNEE INTERNATIONALE DES PERSONNES ÂGÉES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Une société pour tous les âges*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 85 p.

CONSEIL DE L'EUROPE. *La violence envers les personnes âgées*. Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe, 1992, 78 p.

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Enquête sur les situations de maltraitance en institutions sociales et médico-sociales révélées en 1999*. Paris: Editions du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 12p. Collection Documents et statistiques

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*. Etudes et résultats, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, octobre 1999, n°35, 8 p.

DREES. *Les personnes âgées dans les années 90 perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*. Etudes et résultats, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, novembre 1999, n°40, 8 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Propositions pour faciliter la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2001.

TEXTES OFFICIELS

Codes

- Code Civil
- Code de la Famille et de l'Aide Sociale
- Code Pénal
- Code de la Santé Publique
- Code du travail

Lois

- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi sur la PSD du 24 janvier 1997 n°97-60. Loi tendant dans l'attente du vote de la loi instituant un prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées pour l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JO du 25 janvier 1997.
- Projet de loi n° 3258 relatif au droit des malades et à la qualité du système de santé, déposé le 5 septembre 2001.

Ordonnances, décrets et circulaires

- Ordonnance n°96-345 du 25 avril 1996.
- Décret n°95.1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale
- Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.
- Circulaire du 23 février 1990 relative au renouveau du Service Public.
- Circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 23 mars 2001 : Directive nationale d'orientation.
- Circulaire DGAS n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

Autres textes

- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1997.
- Avant-Projet de la DGAS n°4, Prévention de la lutte contre la maltraitance. Programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux, 2002-2006, 24 novembre 2001.
- *La protection des personnes*. Guide d'inspection, de législation et de réglementation. Mission de surveillance des établissements et services sociaux et médico-sociaux DRASS du Centre / MRIICE, nouvelle édition mars 2001.

SITES INTERNET

www.insee.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.multimania.com/papidoc/40sensibiBDtexte.html

TABLE DES ANNEXES

| | |
|-------------------|---|
| ANNEXE 1 | Guide d'entretien |
| ANNEXE 2 – | Entretiens avec les personnes rencontrées |
| ANNEXE 3– | Typologies des formes de maltraitance |
| ANNEXE 4 – | Les facteurs de risque de maltraitance |
| ANNEXE 5– | Les indicateurs d'alerte de maltraitance |
| ANNEXE 6 – | Extraits du Code de déontologie médicale |
| ANNEXE 7 – | Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante |

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

1 OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

Dans le cadre d'un Module Interprofessionnel, mis en place par l'Ecole Nationale de la Santé Publique, et regroupant des élèves de différentes filières (EDH, D3S, MISP, IG, IASS), il nous est demandé de travailler sur le thème de « **la prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin aux personnes âgées** ». Après une revue de la littérature, nous souhaitons vous rencontrer en tant que professionnel :

2 QUESTIONS :

- 1) En premier lieu, pouvez-vous nous parler de votre parcours professionnel, puis nous présenter votre structure ou votre travail au quotidien et en équipe ?
- 2) Dans un second temps, pouvez-vous nous dire à quel moment vous avez commencé à prendre conscience du phénomène de la maltraitance envers les personnes âgées, quel a été le facteur déclenchant ? Quelle(s) définition(s) en donneriez-vous ?
- 3) Avez-vous été directement en contact avec une situation de maltraitance (en institution et/ou à domicile)? Pouvez-vous nous dire comment vous l'avez gérée et quelles sont les réponses que vous avez pu apporter ? Etait-ce une démarche individuelle ou collective ?
- 4) A votre avis, quels sont les signaux d'alerte qui permettent d'identifier la maltraitance, en institution ou à domicile ? Sont-ils différents suivant le lieu?
- 5) Pouvez-vous nous indiquer quels outils de prévention vous avez pu mettre en place dans votre structure ou auprès de votre équipe ? Pensez-vous qu'il y ait d'autres outils possibles ?
- 6) Au sein des DDASS et des DRASS, les professionnels (MISP, IASS) peuvent être interpellés sur cette question. Qu'attendez-vous de leur action ?
- 7) Les mesures de prévention que vous avez mises en place ont-elles eu un impact sur la prise en charge des personnes âgées (formation, information...) ?

Divers : en particulier, les effets de la mise en place de la RTT sur la disponibilité du personnel.

ANNEXE 2

ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES RENCONTREES

- I. M. ANGHELOU, chef du Bureau de la protection des personnes à la Direction Générale de l'Action Sociale**
- II. Mme BRUNEAU , philosophe**
- III. Dr CATTENOZ, médecin chef de l'UOPA à la Tauvrais, CHU de Rennes - Mme ALIX, infirmière dans l'UOPA à la Tauvrais, CHU de Rennes**
- IV. Mme DALIFARD, témoin d'un cas de maltraitance dans sa famille**
- V. M GUILLOU, inspecteur principal à la DRASS de Bretagne, responsable de la MRIICE**
- VI. Dr LEGUEN, médecin responsable du pôle « santé adulte » à la DAS 35**
- VII. Mme QUERE-LEGOFF, psychologue à la Tauvrais, CHU de Rennes**
- VIII. Le Dr PETER, chef de service de la maison médicale des personnes âgées du Centre Hospitalier de Mulhouse**
- IX. Mme PFLUGFELDER, cadre infirmier supérieur de la maison médicale des personnes âgées du Centre Hospitalier de Mulhouse**
- X. Dr SIPOS, directrice de la maison de retraite Saint-Cyr à Rennes**
- XI. Dr STIERLE, Chef de service des urgences du Centre Hospitalier de Mulhouse – et son équipe médicale.**

I.

**Entretien avec M. ANGHELOU, Chef du Bureau de la protection des personnes à la
Direction Générale de l'Action Sociale, le 5 octobre 2001, à la DGAS.**

◆ **Le Bureau de la protection des personnes**

Le Bureau de la protection des personnes a été mis en place en 2000 dans le cadre de la réorganisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Sa création découle de la volonté du politique de s'attaquer au problème spécifique de la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées. En effet, il existe depuis quelques années une cellule directement rattachée au Cabinet de Ségolène Royal chargée de travailler sur la politique à l'égard des violences faites aux enfants, mais aucune structure équivalente n'avait été constituée pour les personnes adultes vulnérables. Le Bureau de M. Anghelou a été créé avec pour mission principale de définir une politique nationale de prévention des maltraitements envers les personnes âgées et les personnes handicapées.

◆ **Parcours personnel de M. Anghelou**

A sa sortie des Instituts régionaux d'administration (IRA), M. Anghelou a choisi le Ministère de la Santé, puis, au sein de celui-ci, le domaine de l'action sociale. Il a notamment travaillé sur la prise en charge des personnes âgées en institution.

Dans le domaine de la prévention des maltraitements faites aux personnes âgées, l'action du Bureau de la protection des personnes se décline en deux volets :

- un volet « inspection » avec la mise en place d'un programme de contrôle des établissements,
- des réflexions plus spécifiques, conduites dans le cadre du groupe de travail mis en place par la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées (groupe auquel appartient M. Anghelou), liées notamment au recensement des données et à la formation des personnes intervenant auprès des personnes âgées.

◆ **Le programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux 2002-2006 (l'avant projet)**

La mise en œuvre de contrôles est conçue comme un moyen privilégié pour prévenir la maltraitance des personnes prises en charge dans les établissements sociaux et médico-

sociaux. Ainsi, la DGAS a défini un programme de contrôle des établissements mis en œuvre par les DDASS et les DRASS (elles possèdent déjà des missions en matière de surveillance des conditions de fonctionnement des structures et de protection des personnes). Ce programme s'ajoute aux contrôles déjà effectués à la suite de signalements : les inspections qu'il prévoit visent à dépister des situations de maltraitance et les négligences non signalées et à prévenir les risques à partir de l'identification des dysfonctionnements des structures (la violence dans certaines structures provient de leur fonctionnement, du manque de personnel, de l'insuffisance de la formation...). Il est envisagé d'élaborer et de valider un outil d'inspection « vade mecum » avant la fin 2001, proposant une série de questionnements thématiques sur les aspects essentiels de l'organisation et du fonctionnement des structures à observer.

L'avant projet prévoit de contrôler au moins 2 000 structures sur 5 ans (2002-2006), en plus des inspections conduites à la suite de plaintes. Il concerne les établissements accueillant des personnes handicapées, des personnes âgées et/ou des personnes en difficulté sociale :

- assurant la prise en charge des personnes avec hébergement
- sous compétence de l'Etat ou compétence conjointe Etat/ Département

Ce programme doit s'articuler avec les évaluations qualité des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévues dans le cadre des négociations tripartites au titre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification. Ainsi, puisque les conditions de fonctionnement des EHPAD doivent être évaluées d'ici fin décembre 2003 (selon les textes), il semble préférable d'intégrer prioritairement dans le programme les autres structures sociales et médico-sociales.

Les modalités de mise en œuvre du plan de contrôle seront définies au niveau régional conformément aux exigences nationales : sélection des structures, conditions d'inspection...

L'animation du programme régional et la coordination des inspections sont confiées à la Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) de la DRASS.

♦ **Les réflexions conduites en parallèle avec le groupe de travail mis en place le 4 septembre par M. Guinchard-Kunstler, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées**

1 – Les problèmes liés au recueil des données.

Actuellement, il n'existe aucun outil permettant de mesurer l'ampleur du phénomène de maltraitance envers les personnes âgées et ses évolutions. Les seules données dont dispose le ministère sont celles de l'association ALMA. Il n'est pas envisageable, à court terme, de mettre

en place un dispositif complet permettant de mesurer le phénomène. Le groupe de travail doit auditionner prochainement « l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes » pour obtenir des indications méthodologiques sur la manière de procéder pour le recueil des données.

Parallèlement, le programme de contrôle des établissements 2002-2006 doit s'accompagner de la mise en place d'un système d'information. Celui-ci doit permettre de constituer une base de données nationale sur l'ensemble des inspections menées dans le champ social et médico-social et ainsi de mieux connaître les maltraitances faites aux personnes âgées en Institution. Il devra assurer le suivi et l'évaluation du programme de contrôle.

2 – La création d'un dispositif national d'écoute et de suivi des signalements.

Un des objectifs du Bureau consiste à développer le dispositif d'écoute des personnes âgées au niveau national. Pour ce faire, il existe deux manières de procéder :

- soit emprunter la démarche du réseau ALMA, c'est à dire constituer des antennes sur le terrain jusqu'à couvrir l'ensemble du territoire. Cette méthode nécessite la constitution de multiples partenariats, ce qui peut être très long. Sa mise en œuvre impliquerait d'accélérer les choses en mobilisant les DDASS qui devraient notamment organiser des Journées de sensibilisation.
- soit de créer d'emblée un dispositif national, par exemple un numéro vert.

Le groupe de travail examinera ces deux pistes, et proposera l'une ou l'autre dans le rapport rendu à la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées le 17 décembre.

3 – L'amélioration de l'information, la sensibilisation et la formation des professionnels intervenants auprès des personnes âgées.

La formation apparaît comme un moyen primordial de prévenir la maltraitance. Ainsi, il est prévu de compléter la formation de l'ensemble des personnes intervenant auprès des personnes âgées.

- Dans un premier temps, le programme de contrôle des établissements 2002-2006 prévoit d'ajouter dans le programme de l'ENSP en direction des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales, des Médecins Inspecteurs de Santé Publique et des Directeurs d'Etablissements sociaux et médico-sociaux des modules sur les questions de prévention et lutte contre les maltraitances à partir de 2001.
- M. Anghelou envisage également d'établir un bilan de l'existant puis de compléter les enseignements délivrés aux infirmières et aides soignantes.

- Enfin, le Groupe de travail doit faire des propositions en matière de formation des aidants naturels.

◆ **Approche transversale du problème**

M. Anghelou a plusieurs fois souligné la nécessité d'une approche transversale pour répondre au problème de la maltraitance des personnes âgées. En conséquence, le travail du Bureau de la protection des personnes s'articule avec celui de multiples structures notamment :

- les **services déconcentrés**. Depuis 5 ans la multiplication des contacts avec les services déconcentrés permet d'acquérir progressivement une meilleure connaissance du terrain.
- **l'ENSP**. Il est envisagé de conclure des conventions d'objectifs avec l'ENSP pour promouvoir la formation.
- **le Bureau des personnes âgées**.

◆ **Autres pistes envisageables pour prévenir la maltraitance faite aux personnes âgées**

- promouvoir les **campagnes d'information**, de sensibilisation auprès du grand public et des professionnels
- développer un **programme de formation aux aidants naturels** (le groupe de travail doit faire des propositions en ce sens).
- **diversifier l'offre de prise en charge**.
- Assurer la **mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** (actuellement, insuffisance des réponses locales en matière d'information, d'évaluation et de contrôle).

II.

Entretien avec Mme BRUNEAU, Philosophe, le 9 octobre 2001

Le concept de maltraitance pose à la fois un problème moral et un problème éthique.

Il pose tout d'abord un **problème moral** puisque la Morale concerne ce qui a trait au Bien ou au Mal. On présuppose que quelqu'un, volontairement, traite mal l'Autre et va, par ce geste, à l'encontre d'un principe moral fondamental. La question est alors de **savoir comment traiter humainement la personne maltraitante**, même si on juge son comportement inhumain ?. Elle ne doit pas être jugée personnellement, ce serait risquer de renforcer son comportement.

L'éthique est pour Ricoeur, **ce qui caractérise la vie humaine**. A la différence de l'animal, l'Homme ne se contente pas de survivre, il souhaite vivre d'une certaine façon, selon ses propres **valeurs** (qui varient avec chaque homme) et veut donner un **sens** à sa vie.

Ricoeur parle de « visée éthique » parce que l'homme ne vit jamais complètement en accord avec ses valeurs et finalités. Ce décalage l'incite à continuer à avancer.

L'éthique concerne quelqu'un qui a à prendre sa place, à se positionner (le « je »). Il n'existe pas d'éthique sans engagement de la personne, sans prise de position. Pour Emmanuel Levinas l'éthique c'est aussi « **prendre soin de l'Autre** », du « tu » : celui qui a pour moi un visage. L'éthique concerne enfin la société, la famille, l'hôpital ou le service, c'est à dire le côté institutionnel.

Sur le plan éthique, « **je** » cherche à vivre de la meilleure façon : quelles sont mes valeurs, mes convictions, mes priorités ? Mon objectif est de vivre en accord avec mes valeurs pour être dans l'estime de moi. Cependant, nous ne pouvons pas nous contenter de rester sur notre conception éthique propre car l'arbitraire des valeurs personnelles est dangereux. Il est nécessaire de faire attention au « tu » : l'Autre et au « il » : les institutions.

Le « **tu** » implique l'existence d'une sollicitude pour l'Autre : ce qui me paraît important pour moi (la vie selon certaines valeurs), je dois le respecter pour l'Autre. Dans les cas de maltraitance, cela signifie **comprendre l'Autre**.

◆ Les principes moraux

Ils servent de garde-fou dans la violence humaine. La Morale parle de Bien et de Mal. L'éthique parle de vie bonne ou mauvaise. Dans maltraitance, il y a « mal ». Les interdits fondamentaux existent dans toutes les cultures, (les dix commandements...).

Il est donc très important de passer par l'épreuve de la Morale pour poser les repères des valeurs personnelles. On ne doit respecter les valeurs de l'autre que si elles s'inscrivent dans les repères moraux.

L'asymétrie d'information peut être interprétée comme une justification politiquement correcte du mensonge. En fait, la morale pose la question de savoir ce qu'il est important de dire ou pas, ce qui peut être très subtile.

L'un des impératifs catégoriques de **Kant** peut s'énoncer de la manière suivante : « agit de telle sorte que tu considères l'Humanité dans ta personne et dans la personne de tout autre, toujours comme une fin et jamais seulement comme un moyen. » Les hommes sont souvent des moyens les uns pour les autres mais le danger est de toujours réduire l'Autre à un moyen.

Définitions :

L'agressivité : réaction saine et normale quand on empiète sur le territoire. L'agressivité devient négative quand elle est détournée de son objet légitime de départ.

La violence : elle s'exprime contre les êtres et les choses. Elle émane des choses, des institutions, des éléments... Elle peut être ou non volontaire : une violence volontaire humaine peut produire les mêmes effets qu'une violence involontaire physique.

La maltraitance : volonté de nuire à l'autre pour régler des comptes.. Seul l'Homme est maltraitant. Toute maltraitance est volontaire. Cependant, un geste ou un oubli peut être ressenti comme une maltraitance, même s'il ne se voulait pas forcément nuisible.

Le soignant maltraitant qui règle ses comptes personnels doit être distingué du soignant maltraitant ou agressif par agacement. En pratique, il y a peu de soignants maltraitants au sens philosophique du terme, c'est à dire qui agissent avec intention de nuire.

◆ La sagesse pratique :

Elle intervient dans notre domaine professionnel.

Les maltraitances sont toujours des cas particuliers. Il est nécessaire d'écouter la personne maltraitante et d'agir avec discernement.

La maltraitance est souvent un **cercle dans lequel on ne sait plus qui maltraite l'autre**. Le point de départ est difficile à identifier. Les mots permettent de mettre de la distance, **la parole** aide à sortir du cercle.

Il est également important de mettre de **l'espace** pour permettre aux acteurs de prendre du recul et sortir du cercle.

Il faut tenir compte de la place de la personne âgée dans notre société actuelle : la vieillesse possède une image négative de la vieillesse. Elle est peu considérée et souvent assimilée à la perte de dignité. Il existe souvent une dissonance entre les valeurs personnelles des soignants, leur professionnalisme à l'égard des personnes âgées au quotidien et la valeur accordée à ces personnes par la société et les soignants en général.

Face à des situations complexes, la notion de **discernement** est centrale. Elle signifie « peser le pour et le contre ». Aristote parle de **prudence**.

Le **concept de bientraitance** vient du Canada où il a été utilisé dans les réflexions suscitées par des situations familiales complexes. La bientraitance consiste à inciter la famille à résoudre ses problèmes en devenant un acteur part entière. L'accent est mis sur ses ressources plutôt que sur ses difficultés. En effet, stigmatiser les difficultés conduit à juger et non à aider à trouver des solutions. La bientraitance suppose de partir des ressources positives pour développer des solutions constructives. Au départ, une personne doit servir de catalyseur pour aider les individus à parler et ainsi prendre conscience de la situation.

Les maltraitants sont des personnes qui ont au départ cherché à « bien faire » mais qui ont fini par pénétrer dans le cercle de la maltraitance, souvent par épuisement. Il est important de ne pas attendre que les ressources soient totalement dégradées pour ne pas entrer dans ce cercle. Ecouter les familles permet de comprendre leurs demandes et leurs ressources afin de chercher des solutions qui correspondent à leurs besoins. L'écoute est primordiale

III.

| |
|---|
| Entretien avec le Dr CATTENOZ, Médecin Chef de service et Mme ALIX, infirmière de l'Unité d'Orientation pour Personnes Agées de la Tauvrais, le 9 octobre 2001, à l'ENSP |
|---|

Le Dr CATTENOZ possède une formation de pneumologue. Elle a commencé à travailler dans le secteur des personnes âgées par hasard, puis a décidé de continuer du fait notamment de l'intérêt que présente ce domaine où il reste encore beaucoup à construire.

Madame ALIX est infirmière. Elle travaille depuis près de 15 ans auprès des personnes âgées. Elle explique ce choix par la plus grande liberté de marge de manœuvre de l'infirmière dans ce secteur du soin et la richesse humaine de son travail quotidien. Madame ALIX a également travaillé dans un service de soins à domicile.

Le service - L'Unité d'Orientation pour Personnes Âgées est un service de médecine aiguë de gériatrie de La Tauvrais, site du CHU de Rennes. Ce service a été créé en 1991 pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. En effet, les situations dans lesquelles se trouvent les personnes âgées sont souvent trop complexes (polypathologies, situations familiales difficiles...) pour qu'elles soient prises en charge de manière satisfaisante par les diverses spécialités de soins généraux.

Les patients accueillis dans cette unité ont entre 85 et 108 ans. L'ensemble de l'équipe joue un rôle d'évaluation et apporte ses compétences dans leur prise en charge.

Administrativement, l'unité est encore considérée comme un service de soins de suite et de réanimation. En pratique, elle assure les missions d'une Unité d'Orientation pour Personnes Âgées : les patients viennent le plus souvent du service des Urgences et depuis peu ils peuvent également entrer de manière directe.

Le service des Urgences ne possède pas de Consultation avancée de gériatrie du fait de l'insuffisance des moyens humains. De plus, les situations sont souvent si complexes qu'il est impossible de les résoudre aux Urgences. Seules quelques brèches peuvent y être colmatées. Le Dr CATTENOZ possède une consultation de gériatrie qui, dans la pratique, est centrée sur le soins des troubles cognitifs.

De quelles manières êtes-vous confrontées à la maltraitance des personnes âgées ? -

Nous sommes de temps en temps confrontés à la maltraitance de personnes âgées par leur famille. Dans quelques cas les violences sont physiques. Le plus souvent, il s'agit de subtilités de non prise en charge, d'inadaptation de prise en charge ou de violences verbales.

Il existe également une maltraitance au quotidien, dans les services.

Avez-vous pris des mesures spécifiques de prévention de la maltraitance dans votre service ?

Dans le service, nous n'avons pas mis en place de mesure particulière.

La prévention de la maltraitance se fait au quotidien à travers la discussion des mesures prises ou à prendre. Par exemple, les contentions se font normalement sur prescription médicale, donc après avis du médecin, mais en pratique, l'ensemble de l'équipe évalue les risques et la décision finale est prise de manière collégiale. Cette démarche garantit la cohérence de fonctionnement du service. Cet exemple peut être repris pour les sondes naso-gastriques.

Plus généralement, il nous semble que le meilleur moyen de prévenir la maltraitance réside dans la cohésion de l'équipe. Celle-ci passe par des staffs, des temps de discussion et d'échange avant la prise de décision. Ce mode de fonctionnement permet aussi de mieux expliquer aux familles les mesures prises et même, lorsque cela est possible, de décider avec elles.

La maltraitance physique – Le cas type de maltraitance physique de personne âgée (dans près de 90% des cas) est celui du **fils alcoolique qui bat sa mère** dont la retraite fait vivre le foyer. Souvent, la situation est connue de l'entourage et le problème est rapporté par le médecin ou les voisins. Dans ces situations, on essaie de mettre en place diverses aides (aides ménagères, aides soignantes pour la toilette, infirmières à domicile...) pour essayer de rompre l'isolement de la personne âgée. Mais la plupart du temps celle-ci refuse toute aide et souhaite rester seule chez elle. Ces situations sont extrêmement complexes, elles ont des similitudes avec celles des femmes battues : chantages du mari ou du fils qui peut aller jusqu'à des menaces de suicide, fort sentiment de culpabilité de la femme...

Dans d'autres cas, les maltraitements peuvent être causés par **le conjoint épuisé qui n'a plus les capacités physiques ou morales de prendre en charge sa femme**. Ici encore, les situations sont extrêmement complexes car une partie des violences s'explique par une autre maltraitance, celle que la femme souffrant de troubles physiques ou psychiques graves fait subir

constamment à son conjoint (demandes répétées et constantes de soins, troubles de la mémoire...). Dans de tels cas, des solutions alternatives sont proposées à la personne âgée et à son conjoint : une aide soignante pour faire sa toilette, une place dans une structure d'accueil de nuit qui permette au conjoint de se reposer. Il est très important d'expliquer aux familles qu'elles peuvent demander des aides avant d'arriver au seuil d'usure.

Les violences ne sont pas seulement physiques : la plupart des personnes âgées que nous accueillons doivent être confrontées à des maltraitances d'ordre financier : la personne âgée est dépouillée de ses revenus par la famille ou ses voisins.

IV

Mme Dalifard témoigne d'un cas de maltraitance dans sa famille

Dans le souci de préserver l'intimité de Madame DALIFAR nous avons choisi de ne pas retranscrire ici son témoignage qui nous a pourtant apporté beaucoup dans notre réflexion.

V.

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">Entretien avec Monsieur GUILLOU, Inspecteur principal à la DRASS de Bretagne, Responsable de la MRIICE, le 26 septembre 2001</p> |
|--|

13000 structures sont actuellement sous contrôle mais les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EPA) et les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) représentent un cas particulier et ambigu car ils sont sous assurance qualité avec convention tripartite.

L'inspection et le contrôle de ces établissements traduit **un message politique fort** en termes de **qualité et de sécurité** des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux. Désormais, les contrôles s'effectuent dans tous les champs pour détecter les dysfonctionnements en dehors de sanctions.

Prévention de la maltraitance.

Les tabous commencent à se lever à propos de la maltraitance, notamment grâce au réseau ALMA. On est actuellement dans la recherche de réponse par rapport à la maltraitance car on a dépassé la prise de conscience.

Les réponses les mieux adaptées se situent **en amont** : la prévention sous toutes ses formes et dans toute sa complexité.

Actuellement, nous sommes dans une culture d'inspection a posteriori et il s'agit maintenant de passer au volet de la prévention.

Il faut passer à la **promotion de la bientraitance** plutôt que prévenir la maltraitance.

La maltraitance est un phénomène émergent qui concerne des sujets fragiles. Elle peut être **institutionnelle**, ou créée par les personnes elles-mêmes en réaction. Il s'agit d'un processus complexe en représentation et en degré.

La maltraitance doit être aussi reliée à la **politique qualité** : dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) par exemple, il y a des annexes dans lesquelles les ARH mettent des volets qualité où le respect des droits des usagers constitue une exigence. Il faut réfléchir à la façon de mettre en ~~œuvre~~ cette politique.

On rejoint aussi le volet qualité dans les conventions tripartites.

Il y a une **pression du corps social** avec reprise par la presse de toutes les notions de maltraitance. La DRASS est confrontée de plein fouet à ce problème avec des difficultés conceptuelles et des difficultés d'interventions parfois en urgence (toutes affaires cessantes)

Toute politique de prévention permet de mieux réguler la charge de travail et donc de maîtriser l'urgence.

Qui dit prévention dit aussi **pédagogie** : il n'est pas nécessaire d'inspecter tous les établissements car la **peur du gendarme** suffit à régler les dysfonctionnements.

De plus, quand on contrôle un établissement, on gagne une connaissance sur le fonctionnement que l'on peut ensuite réutiliser lors d'autres rencontres et dans les autres établissements. Plus on fait d'inspections, plus on devient fin dans l'analyse et dans l'approche du fonctionnement.

Il est néanmoins très difficile de retrouver les traces de maltraitance dans un établissement. Soit on laisse la maltraitance survenir et on examine a posteriori la chaîne de responsabilités, soit on intervient en amont dans une politique de prévention mais les inspecteurs manquent de formation dans ce domaine selon M. Guillou.

L'avant projet élaboré par la DGAS définit le cahier des charges des mesures « d'inspection » et du protocole d'audit dans le cadre de la prévention : il s'agit de détecter les facteurs de risques de maltraitance dans une institution à partir d'indicateurs (formation de personnel, ouverture de l'établissement aux familles, gestion du personnel et des différents conflits...).

Le but de ce cahier des charges est de repérer les points de tension qui peuvent générer de la maltraitance : il peut y avoir de la **maltraitance en creux** qui à force de se sédimenter devient un réel mode de prise en charge déviant mais qui s'institutionnalise.

Les outils progressent au fur et à mesure que la réflexion se décante

Il existe une volonté de traduire en termes opérationnels et calendaires le programme de la DGAS, en l'intégrant dans d'autres champs d'inspection, de contrôle et de prévention

VI.

Rencontre avec le Docteur LEGUEN, Responsable du pôle santé adulte à la Direction des Affaires sociales 35, le 27 septembre 2001

Parcours professionnel et poste actuel

Après une expérience de médecin généraliste, le Docteur LEGUEN a exercé en qualité de Médecin du Travail, puis à la DDASS et au Conseil Général d'Ille-et-Vilaine sur des fonctions de médecin de PMI, Santé Scolaire, médecin contrôleur des lois d'aide sociale et enfin médecin responsable COTOREP de 1984 à 1995. En 1995, elle a opté pour un poste au Conseil Général d'Ille-et-Vilaine pour mettre en place à titre expérimental la prestation spécifique dépendance (PSD). Enfin en 2000, elle devient responsable du pôle Santé Adulte (Personnes en difficultés - Handicapés - Personnes âgées) à la Direction des Affaires Sociales 35 (DAS 35).

Dans le champ des personnes âgées, le Dr LEGUEN coordonne les équipes médico-sociales chargées de la demande et du suivi de la PSD.

La spécificité du département est que pour toute demande de PSD, le médecin et un travailleur social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou du département se rendent systématiquement au domicile de la personne âgée. Dans le cadre du suivi médico-social de la PSD et du fait du droit de regard du Conseil Général sur l'aide apportée à la personne âgée, l'équipe se rend aussitôt au domicile.

◆ **Prise de conscience du phénomène de maltraitance**

Avant 1995, le Dr LEGUEN n'en avait pas vraiment conscience, principalement parce qu'elle n'était pas en contact sur le terrain avec la population, les personnes handicapées se déplaçant en effet à la COTOREP. Son expérience de 6 mois sur le terrain avec les équipes médico-sociales pour la mise en place expérimentale d'une prestation dépendance lui a fait prendre conscience de la maltraitance d'abord sous l'angle de spoliations financières des personnes âgées de la part de la famille, ce qui n'est pas reconnu pénalement comme constituant un vol. Au cours des années 1997-98, les équipes médico-sociales lui font part de violences verbales dont elles ont été témoin.

◆ **Sa mise en contact direct avec une situation de maltraitance**

Cette prise de contact s'est produite en 1998, alors qu'une collègue l'avait interpellée au sujet d'une personne susceptible d'être victime de sévices corporels. S'étant rendue dans la

famille, elle a eu un entretien avec la belle-fille (qui est tierce personne), tandis que la personne âgée examinée par le médecin, exprime une demande pressante de sortir du milieu familial, idée qu'elle avait toujours repoussée jusque là. Dans cette famille, il n'y a pas de médecin généraliste habituel, les enfants font appel à des médecins de garde et il existe une forte mésentente entre le fils et les autres filles de la vieille dame, auxquelles il interdit les visites. Les deux médecins prennent alors le prétexte d'un léger malaise de la personne âgée pour prendre la décision de l'hospitaliser. C'est alors que le fils refuse vivement et menace d'une arme le Dr LEGUEN et l'autre médecin, qui décident de faire appel à la force publique. Peu de temps après, la belle-fille assène une gifle à sa belle-mère devant médecins et gendarmes. Le Dr LEGUEN a rencontré d'autres situations de violences avérées, souvent dues à la souffrance de femmes qui avaient leur vieux parent à charge.

◆ Les signaux d'alerte de la maltraitance

Ils sont bien souvent l'épuisement moral ou physique de l'aidant naturel. Une situation de dépendance lourde n'est pas gérable dans la durée et aboutira à de la maltraitance, ou du moins à de la « non bienveillance ». A ce propos, le Dr LEGUEN nous fait part d'une réflexion qui retient toute notre attention et dont il faut que chacun, médecin, professionnel et aidant s'imprègne : **nous sommes tous potentiellement maltraitants**. En être persuadé permet d'être vigilant et de pouvoir expliquer aux aidants naturels que l'on peut les comprendre.

◆ Les outils de prévention possibles

Un principe est acquis dans le département : chaque fois que les équipes médico-sociales ont une suspicion, cela est dit et exprimé devant la personne âgée à la personne supposée maltraitante, qui pourrait ne pas en avoir conscience.

Les équipes médico-sociales ont été réunies début 2001 et ont reçu une « procédure » à suivre face à une suspicion de maltraitance. Elles doivent toujours en parler en équipe et essayer aussi de contacter le médecin traitant. Par ailleurs, il est constaté que le médecin généraliste hésite souvent à faire un signalement au procureur et préférerait que ce soit l'administration qui le fasse. Mais le Conseil Général ne peut pas signaler à sa place des faits qu'il n'a pu constater, et ne peut qu'intervenir dans la famille si on lui demande de l'aide.

En matière de signalement d'une situation de maltraitance en établissement, le service de la DAS 35 (Conseil Général) est souvent sollicité par les familles parce qu'il est mieux identifié dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées. Chaque fois la DAS explique que cela relève de la DDASS, mais elle en avise systématiquement ses collègues.

En partenariat avec la CRAM et la DDASS, le Pôle Santé a élaboré un référentiel qualité pour les hébergements temporaires.

Il a été clairement posé qu'un hébergement temporaire ne doit pas se transformer en hébergement permanent .

Le Dr LEGUEN nous cite à cette occasion l'exemple d'une visite dans une maison de retraite à la suite d'une plainte d'une personne dont le mari avait des escarres à la sortie d'un hébergement temporaire, ce qui avait permis de constater que la directrice de cet établissement employait du personnel temporaire, mal formé pour la prise en charge des hébergements temporaires.

Pour prévenir les situations de maltraitance, il faut **développer les accueils de jour, les hébergements temporaires, les groupes de parole** pour les aidants naturels qui sont souvent au bord de l'épuisement. Le Dr LEGUEN nous fait part d'une idée intéressante à développer : **la création de l'accueil de nuit**, permettant à l'entourage qui n'en peut plus et risquant de mal traiter son aï eul par manque de sommeil, de récupérer quelques nuits.

L'accueil familial n'est, quant à lui, pas très développé en Bretagne, car dans cette région il est très culpabilisant de confier son vieux parent à une autre famille.

La création de **l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)** , qui va être étendue à davantage de personnes, devrait permettre de financer l'aide apportée par d'autres personnes pour permettre aux aidants naturels de se reposer.

Le Dr LEGUEN organise au mois d'octobre un cycle de conférences intitulé « La maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées : osons en parler » où des professionnels et des usagers souhaitant témoigner interviendront.

Enfin, un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), fonctionnant à titre expérimental depuis quelques années a reçu le label DDASS – Conseil Général et va être officiellement installé le 15 octobre 2001 à Rennes.

Le Dr LEGUEN conclut sur deux idées fortes :

- l'ambivalence de la personne âgée face à la maltraitance

l'importance de la prise de conscience du potentiel mal traitant de chacun qui permet de dédramatiser et de participer à la prévention.

VII.

Entretien du 1^{er} Octobre 2001 avec Mme Quéré-Legoff, psychologue à La Tauvrais, CHU de Rennes

◆ **La Tauvrais**

La Tauvrais est un des sites du CHU Pontchaillou de Rennes. Ce site comprend :

- 2 unités de soins de longue durée (USLD) soit 2 x 80 lits,
- 2 unités de soins de suite et de réadaptation (SSR),
- 2 Unités d'Orientation des Personnes Agées (UOPA) soit 40 lits

Il s'agit d'un établissement de type « V240 » (= « vieux 240 lits »).

L'UOPA est une unité de « médecine gériatrique aiguë », de court séjour (hospitalisations de 7 à 15 jours en moyenne). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont : l'anorexie, une fracture du col du fémur, des problèmes de maintien à domicile, une baisse de l'état général. Les personnes âgées qui y sont hospitalisées sont adressées par leur médecin traitant ou les urgences.

◆ **Mme Quéré-Legoff**

Psychologue clinicienne, en poste à la Tauvrais depuis 2 ans, Mme Quéré-Legoff a travaillé trois ans comme psychologue formatrice auprès de professionnels travaillant dans la gérontologie (aide à domicile, hôpital, maison de retraite...). Aujourd'hui, elle travaille à temps partiel (3 jours par semaine), en binôme avec un autre psychologue. Chacun des 2 psychologues s'occupe d'un service de soins de suite et de réadaptation, d'un service de soins de longue durée et d'une UOPA..

Une demie-journée par semaine, Mme Quéré-Legoff travaille à la consultation pluridisciplinaire de gérontologie à l'Hôtel-Dieu à Rennes : cette consultation associe médecins, psychologues, assistantes sociales... Il s'agit d'une consultation externe de diagnostic, d'orientation et de soutien.

Mme Quéré-Legoff définit son rôle comme un rôle de soutien et d'accompagnement des personnes âgées dans les services de SSR où les personnes sont hospitalisées en moyenne 3 à 4 mois. Elle travaille en lien avec les équipes qui repèrent la douleur morale des personnes âgées et lui passent le relais. Elle demande alors à la personne âgée concernée si elle souhaite la rencontrer. Elle travaille quelquefois avec les familles.

En USLD, son travail est plus « institutionnel », avec les équipes, à leur demande. Par exemple, elle a pu travailler avec les équipes autour de la question du soin. Mais ces groupes de travail ne constituent pas des groupes de parole car aucun sujet « émotionnel » n'est abordé.

◆ La maltraitance

La première confrontation de Mme Quéré avec la maltraitance remonte à quand elle animait des formations, à travers la parole de soignants témoignant de maltraitances (par exemple, sur-stimulation de la personne âgée par sa famille).

Elle a été confrontée à certaines situations où les personnes âgées ont été hospitalisées à la demande du généraliste, non pour des raisons médicales mais pour les protéger, pour les placer en **recul par rapport à une situation de crise**.

Souligne la **difficulté de définir la maltraitance**. La violence est une perversion, la maltraitance est un jugement subjectif et moral (en termes de bien et mal) sur la violence. C'est la morale individuelle qui joue contre la morale collective.

Mme Quéré a pu approfondir la question de la maltraitance grâce à l'association « Psychologie et vieillissement » créée il y a 14 ans et qui réunit des médecins, des psychologues, du personnel infirmier...

Selon elle, c'est le fait de **nommer la maltraitance** dans les médias ou dans des conférences qui a permis la **libéralisation de la parole** autour de ce thème. Avant, le sujet n'était pas questionnable.

Elle souligne la **relation à double sens** qui se noue entre soignant et personne âgée dans un cas de maltraitance.

◆ Quelles solutions pour lutter contre des maltraitances existantes ?

Oter la personne âgée du contexte dans lequel elle vivait n'est en général pas la bonne solution car cette situation constituait un équilibre pour la personne âgée, et la déplacer risquerait d'être aussi une forme de maltraitance.

Pour traiter une situation de maltraitance, il faut :

- un **travail d'équipe pour établir les faits**.

- **faire parler** la personne âgée concernée : souvent face à une situation de maltraitance, on est pressé d'agir (situation de réaction) pour y mettre fin et on prive de parole la personne âgée qui est pourtant la première concernée. Si on n'écoute pas ce qu'elle a à dire, on risque d'ajouter à la maltraitance. **Il faut réintroduire le choix de la personne âgée.**

- **ouvrir des alternatives**, ne pas être dans le tout ou rien. En effet, selon Mme Quéré, la maltraitance intervient quand il n'existe plus d'alternative, pas de choix (exemple de l'acharnement thérapeutique avant la création des soins palliatifs). Il faut aussi travailler avec les aidants naturels sur ce qui fait choix pour eux. C'est là une mesure de **prévention** de la maltraitance.
- l'hôpital peut permettre une **mise à distance de l'aidant** par rapport à la personne âgée : il peut aider l'aidant à se désinvestir pour mieux se réinvestir ensuite.

◆ Quelles solutions pour prévenir la survenue de la maltraitance ?

La prévention de la maltraitance passe par :

◆ Pour les soignants

- **la formation du personnel** : les plus maltraitants parmi les personnels sont souvent ceux dont le projet professionnel n'est pas mûri, qui n'ont pas choisi leur travail. Cependant, il ne faut pas forcer les personnels à assister à des formations sur la maltraitance, car ils le prendraient comme une accusation.
- **la définition des limites professionnelles** de chacun, pour ne pas être amené à effectuer des tâches qui ne rentrent normalement pas dans ses attributions.
- **l'information**, pour montrer que tout le monde peut être maltraitant, pour **déculpabiliser**.
- **des temps de parole en équipe** pour parler de la pratique du soin en gériatrie.

◆ Pour la famille :

- augmenter les possibilités **d'accueil de jour** et ainsi créer une **alternative** au domicile et au long séjour.
- se reposer sur le **tissu associatif**, le réseau social autour des aidants pour **vaincre l'isolement** (ex. du **Conseil des Familles** à Rennes). Il y a un travail à mener avec les aidants de proximité.

◆ Pour la personne âgée :

- **laisser la personne âgée être actrice**, choisir l'**autonomie** au sens étymologique du terme (se donner ses propres lois).

Conclusion : **pour repérer une situation de maltraitance, un critère probant réside dans l'absence de choix laissé aux acteurs. Mais il ne faut pas pour autant tomber dans un leurre**

et dire qu'il faut du choix partout. Cela pose la question de l'autonomie, du sujet, par opposition à objet.

VIII

| |
|--|
| Entretien du 28 septembre 2001 avec le Dr PETER – Chef de service de la maison médicale des personnes âgées du Centre Hospitalier de Mulhouse |
|--|

La méthode employée a été celle de l'entretien libre sur le thème de la maltraitance des personnes âgées

Le Docteur Peter a orienté l'entretien vers les actions pouvant être mises en place pour **prévenir la maltraitance en institution.**

Pour le Dr Peter les dispositifs efficaces dans ce domaine reposent sur les principes suivants :

- ◆ **La verbalisation des émotions** participe à la diminution de la « charge émotionnelle » importante présente dans les soins en gériatrie et permet donc d'éviter des dérapages liés à une usure des professionnels.
- ◆ **L'amélioration de la formation initiale et continue** sensibilise les professionnels à la question de la maltraitance.
- ◆ **La concertation au sein des équipes** n'évite pas la maltraitance mais elle permet de prendre du recul par rapport aux cas difficiles.
- ◆ Le personnel, médical et soignant, doit pouvoir **choisir de travailler auprès des personnes âgées** et pouvoir quitter les structures quand ils le souhaitent.

Les actions principales de prévention retenues par le Dr Peter sont :

- ◆ La participation des professionnels à des **groupes de paroles** animés par des professionnels (des psychologues notamment) rompus à ce type d'exercice ;
- ◆ La mise en place d'une réelle **politique de gestion des ressources humaines en gériatrie** : recrutement, formation, intégration, évaluation ;
- ◆ Le maintien et le développement de la « **culture de la concertation** » au sein des équipes ;
- ◆ **L'aménagement des locaux** afin de faciliter, en toute sécurité, la mobilité des « déambulants » ;
- ◆ **L'élaboration d'un code de bonne conduite** accepté et appliqué par tous, les cadres ayant en charge de le faire appliquer ;
- ◆ **Le renforcement des effectifs** pour pouvoir compenser le côté fatigant du travail en gériatrie.

IX

Entretien du 28 septembre 2001 avec Mme Pfulgfelder – Cadre supérieur infirmier de la maison médicale des personnes âgées du Centre Hospitalier de Mulhouse

Mme Pfulgfelder a orienté l'entretien vers les moyens à mettre en place au niveau des équipes de soins pour prévenir la maltraitance en institution.

L'idée principale défendue par ce cadre supérieur infirmier est que le meilleur garde-fou pour éviter les dérives qui peuvent rendre des soignants maltraitants, réside dans une dynamique d'équipe permettant une vigilance entre collègues.

En effet, la maltraitance en institution pouvant revêtir des formes tellement différentes (de l'omission à la violence physique), il semble impossible à Mme Pfulgfelder d'établir des procédures, des modes opératoires pour la contrer. En revanche, son expérience lui permet d'affirmer que lorsque les professionnels sont vigilants les uns par rapport aux autres tant au niveau des gestes que des comportements et des mots, et que, de plus, il existe un climat permettant d'en parler, les conditions propices à prévenir toute forme de maltraitance sont alors réunies.

Mme Pfulgfelder insiste également sur l'importance, en tant qu'encadrant de :

- Créer un climat de confiance au sein des équipes pour que les professionnels puissent parler librement de ce qu'ils observent et ressentent.
- Etablir des règles de bonnes conduites (ex. gestion des contentions, régulation du tutoiement et de l'usage du dialecte), les faire accepter et appliquer.
- Être en mesure de faire mettre en mots, par les professionnels, leurs propres émotions afin de désamorcer le cas échéant des situations pouvant générer de la maltraitance.
- Maintenir une cohérence entre les valeurs inscrites dans le projet de service et les comportements de l'ensemble des professionnels.
- Valoriser régulièrement les actions entreprises par les professionnels auprès des personnes âgées afin de soutenir leur mobilisation.

En guise de conclusion Mme Pfulgfelder nous fait part de deux actions qu'elle a mises en place, et qui selon elle, peuvent être des moyens efficaces de prévention de la maltraitance :

- La création d'un séminaire d'intégration pour nouveaux professionnels de 4 jours durant lequel les valeurs et orientations de la structure ainsi que ses règles de fonctionnement sont explicitées.

La contractualisation des mutations en gériatrie qui garantissent aux professionnels que, passé un délai défini préalablement et sur leur demande, leur mutation dans d'autres secteurs de l'hôpital sera considérée comme prioritaire.

X.

| |
|---|
| <p>Entretien avec Madame SIPOS, Directrice de la maison de retraite Saint-Cyr à Rennes, le 26 septembre 2001</p> |
|---|

◆ **Parcours professionnel de Madame SIPOS**

Après des études de médecine, Mme Sipos a travaillé à Paris dans une maison de retraite à Rueil-Malmaison, puis au Ministère de la santé dans la cellule personnes âgées, pour finalement devenir directrice de la maison de retraite privée Saint-Cyr.

◆ **La Maison de retraite**

Elle accueille 142 résidents dont 12 en accueil temporaire. Il existe un secteur d'accueil de jour qui accueille 5 personnes par jour et qui fonctionne depuis dix ans. Ce service reçoit beaucoup de demandes, essentiellement pour des personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

Les personnes accueillies dans ce service sortent souvent de l'hôpital ou viennent se faire une idée avant un éventuel accueil permanent. Cet accueil de jour permet le repos des aidants.

Jusqu'au 1/1/2001, le prix de journée de l'accueil de jour était de 150 F/jour mais il existe désormais une subvention du conseil général qui a permis de ramener le prix de journée à 115F.

Beaucoup de gens sont adressés par la consultation de gériatrie hospitalière ou à partir de Rennes Alzheimer. La maison de retraite Saint-Cyr entretient peu de contacts avec les services de soins à domicile.

L'établissement compte 65 lits de cure médicale et emploie 65 équivalents temps plein.

Une convention tripartite est en projet pour janvier 2002 avec à la clé une demande de moyens supplémentaires.

◆ **La maltraitance**

Il existe deux niveaux de maltraitance : envers le personnel et envers les usagers.

Mme Sipos a longtemps pensé qu'il ne pouvait y avoir d'actes de maltraitance dans son établissement. Mais à l'occasion d'une réunion de l'association *Psychologie et vieillissement*, elle a pris conscience de l'omniprésence de ce problème.

Le personnel est désormais particulièrement sensible aux questions de maltraitance physique (bleus)...Mme Sipos estime à 10 le nombre de situations où il y avait des risques de maltraitance sur les 5 dernières années.

Mme Sipos cite l'exemple d'un homme en accueil temporaire arrivé à la suite d'une démarche de prise en charge en long séjour entreprise par sa femme qui devenait agressive à son égard car la prise en charge était trop lourde à gérer pour elle : cette femme a remercié la structure de l'avoir soulagée et a réalisé qu'elle commençait à maltraiter son mari à la maison.

Selon Mme Sipos, la violence peut aussi être un mode de fonctionnement ancien et traditionnel dans un couple ou une famille.

Il y a dix ans, une nouvelle embauchée a maltraité des gens. A l'époque, Mme Sipos a licencié la personne, mais elle affirme qu'aujourd'hui, ce ne serait plus une solution.

Il y a des gens fragiles et il faut en tenir compte dans l'affectation. Ainsi une autre soignante agressive a été affectée à la buanderie où elle se sent plus à son aise.

Se pose toujours la question de la sélection et du recrutement même avec les gens diplômés. Faut-il faire des tests de personnalité ?

Mme Sipos soulève le problème des Contrats d'Emploi Solidarité que l'on finit par engager définitivement un jour mais qui peuvent se révéler un peu fragiles finalement.

◆ **Les outils mis en place**

-Un des buts de la structure est de passer de la culture de l'oral à la **culture de l'écrit**, pour renforcer le **dossier de soins** qui peut constituer un outil précieux de lutte contre la maltraitance, notamment grâce aux **transmissions**, dont le ton parfois agacé peut alerter sur un risque éventuel de maltraitance de la part des soignants. Il n'existe pas de feuille de maltraitements spécifiques dans le dossier de soins.

-**L'encadrement du personnel** est aussi un outil de prévention selon Mme Sipos. il y a des difficultés pour se positionner de la part des infirmiers qui se refusent à contrôler les autres agents comme la direction le leur demande.

-Le **médecin coordonnateur** s'occupe des patients de la section de cure quand elles l'ont choisi comme médecin. Il s'occupe du suivi de l'équipe soignante, et entretient des contacts avec les médecins généralistes. Mais les médecins ne sont pas formés sur la maltraitance, s'ils sont vigilants parfois sur ce thème, c'est à titre individuel.

-**Un groupe de parole** se réunit en présence d'un psychologue, mais avec la RTT, on a été obligé d'espacer les réunions. Il s'agit de réunions à thème psychologique (par exemple, travail sur la souffrance, sur l'euthanasie, sur la maltraitance). Ce n'est pas un réel groupe de parole au sens strict du terme.

-**Politique de formation continue** : il y a des sessions qui reviennent régulièrement (ergonomie, soins palliatifs, projet d'établissement..). La question de la maltraitance est émergente et il n'y a pas encore eu de formation sur ce thème.

-**Evaluation du personnel**. La directrice réalise un entretien avec chaque membre du personnel au moins tous les deux ans, basé sur la discussion : ce qu'ils aimeraient, ce qu'ils veulent. On pose des objectifs quand on peut.

◆ **Prévenir la maltraitance**

Ceci peut être fait grâce à la **revalorisation du travail en gériatrie** : les réunions ne suffisent pas à redonner de la valeur au travail. Il faut développer des moyens comme l'organisation de voyages d'études qui permettent de créer une cohésion et de rendre le travail plus intéressant.

◆ **Les 35 heures et leurs effets sur les soins**

Le personnel travaille un jour en moins : les 35 h ont permis de revoir le planning et l'organisation du travail. La disponibilité est réduite car on n'a pas remplacé tout le monde. Globalement, on est plutôt plus pressé et on a plus de mal à réaliser des animations. Le personnel supprime les sorties en ville, il devient difficile aussi de discuter longuement avec les personnes âgées...

Conclusion : Mme Sipos pense qu'il ne faut pas voir la maltraitance partout, qu'il ne faut pas se laisser piéger par un phénomène de mode, même s'il ne faut pas non plus nier l'existence de tels phénomènes.

XI

Entretien du 5 octobre 2001 avec le Dr STIERLE – Chef de service des urgences du Centre Hospitalier de Mulhouse – et son équipe médicale

La rencontre a eu lieu dans le cadre de la réunion hebdomadaire du service.

La méthode employée a été celle de l'entretien libre sur le thème de la maltraitance des personnes âgées.

L'orientation donnée par le groupe a été :

- ◆ **La sémiologie de la maltraitance** : quels sont les signes qui doivent évoquer aux soignants une situation de maltraitance ?
- ◆ **Les formes** que peut revêtir la maltraitance des personnes âgées au sein du service.

D'une façon générale, nous retenons de cet entretien que **la question de la maltraitance des personnes âgées n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucun débat**. Tous les participants reconnaissent qu'ils sont plus vigilants vis-à-vis de la maltraitance envers les enfants et plus récemment envers les femmes que vis-à-vis de celle des personnes âgées. Ils expliquent cela par le fait que les repérages sont plus difficiles et que les victimes dissimulent les faits.

Toutefois lorsqu'un cas de maltraitance peut être avéré, la personne âgée est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire spécialisée en victimologie.

Le docteur Stierlé insiste à plusieurs reprises sur l'intérêt de la **création de filières gériatriques avec des consultations gériatriques avancées dans les services d'urgences** : pour lui, le fait de mettre la personne âgée en contact avec des spécialistes de la gériatrie permet d'éviter des oublis ou des erreurs d'interprétation.

En ce qui concerne la **maltraitance au sein du service d'urgences**, les professionnels présents considèrent qu'il n'en existe pas. Ils se disent soucieux du confort des personnes âgées. Ils donnent pour exemple le fait qu'une réflexion a été menée au sein de l'équipe en ce qui concerne les contentions : cette démarche a permis d'aboutir à une utilisation très limitée des contentions.

ANNEXE 3

TYPOLOGIES DES FORMES DE MALTRAITANCE

1 - Classification des sévices et mauvais soins citée par le Professeur HUGONOT dans son ouvrage La vieillesse maltraitée, p. 13⁴⁹.

- Violences physiques : bleus meurtrissures, griffures, piqûres, fractures, contraintes physiques (contention), privation d'aliments et de boissons, douleurs provoquées des zones vaginales et anales, sévices sexuels, maladies vénériennes.
- Sévices psychologiques (entraînant dépression, confusion, insomnies, peur permanente) : menaces, insultes, tourments, privation de sécurité et d'affection, privation des visites de la famille et des amis, interdiction de sortir, d'aller à la messe ou de faire des courses, enfermement.
- Exploitation financière : privation de toute maîtrise de ses ressources, chèques en blanc signés par une main forcée, spoliation des biens mobiliers et immobiliers
- Sévices « médicaux » ou médicamenteux: privation de médicaments et de soignants ou au contraire augmentation des neuroleptiques et des somnifères entraînant confusion, désorientation, troubles de la mémoire, agitation, somnolence, laisser-aller
- Négligences: privation des attentions nécessaires à la santé physique et mentale, malnutrition, privation des soins d'hygiène

2 – Classification établie par l'équipe du Centre Hospitalier de Mazamet⁵⁰

- Les violences spirituelles - Elles correspondent à des violences qui s'expriment envers les besoins spirituels des personnes âgées: le désir de vivre, la relecture d'une existence, la convivialité, la vie dans l'instant, l'importance du corps, la dépendance, le rapport à la nature et au cadre matériel...
- Les violences psychologiques - Elles résident notamment dans la dévalorisation de la personne, l'abus d'autorité verbal et/ou social, la violence par omission (par exemple, ne pas tenir compte du vécu de la personne).
- Les violences "à l'image de soi" – Elles consistent à infliger sciemment ou non des souffrances corporelles ou à interdire l'accès à des soins de santé de qualité pour gagner du temps.
- La violence matérielle, architecturale – Elle comprend les mauvais traitements matériels et les mauvaises conditions de l'environnement: chauffage inadéquat, interdiction de personnaliser l'environnement...

⁴⁹ Cette classification a été élaborée par le Conseil des affaires scientifiques américain. Elle a été publiée dans le Journal de l'association médicale américaine en 1987 dans un article intitulé "Elder Abuse and Neglect" (Council on Scientific Affairs Report, JARA, vol. 257 n°7, 20 février 1987.

⁵⁰ Cette classification est sur le site www.multimania.com/papidoc/40sensibiBDtexte.

- Les violences sociales – Elles se caractérisent par le fait d'ignorer la présence de la personne lors des soins et de la priver de tout rôle social. Elles constituent une violation des droits de la personne âgée : droit à la liberté, droit à l'intimité.
- La violence thérapeutique – Elle découle d'une mauvaise organisation des soins et/ou services prestataires.

ANNEXE 4

LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE

identifiés par l'association ALMA⁵¹ au domicile et en Institution

Les facteurs de risque communs à la famille et à l'institution 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 inexistant, l'épuisement des aidants, le dépassement du seuil de tolérance ou de patience, l'ignorance de la différence pour la personne âgée entre dépendance et autonomie. Les dangers à surveiller sont autant la sur-stimulation que la sous-stimulation ou l'abandon, la fragilité physique ou psychique qui débouche sur des excès de comportement. Dans son mémoire de Directeur d'établissement sanitaire, Isabelle Donnio remarque que ces facteurs: "*ont pour dénominateur commun la soumission imposée aux personnes âgées à des événements ou des éléments de la vie extérieurs à elles ou en elles difficilement acceptés, mal gérés, aggravés par d'autres événements qui se succèdent ou se superposent*"⁵².

Facteurs de risque de maltraitance propres au milieu familial:

- relatifs à la personne âgée :

- le refus de la personne âgée 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

- relatifs aux membres de la famille:

- l'alcoolisme, la drogue
- la culpabilité, 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

⁵¹ DONNIO I. *La prévention de la maltraitance dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Social: Ecole Nationale de la Santé publique, 2000.

⁵² *Ibidem*.

- l'ignorance des soutiens familiaux possibles
- les prises de décision hâtives en période de crise
- l'ignorance des mesures de tutelle et leurs lacunes

Facteurs de risques propres aux Institutions:

- le manque de formation gérontologique des directeurs de maisons de retraite
- l'absence de Conseil d'établissement 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 qui contribue à des abus de neuroleptiques ou des négligences de soins
- l'ignorance volontaire ou non des personnels des droits de la personne âgée

ANNEXE 5

LES INDICATEURS D'ALERTE DE MALTRAITANCE
recensés par l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁵³

- **Accueil**

- nombres de départs volontaires dans l'année > 10 %
- absence de livret d'accueil
- absence de recueil des plaintes
- réunion du conseil d'établissement < 1/semestre
- aucune démarche qualité initiée dans l'établissement
- absence de projet d'établissement formalisé
- contenu du contrat de séjour insatisfaisant

- **Respect des résidents**

- les résidents ne portent pas de tenue de ville le jour
- le personnel ne frappe pas avant d'entrer
- les toilettes ne sont pas effectuées avec la porte fermée
- expressions de familiarité sans l'accord de la famille
- plus d'un tiers des résidents attachés le jour
- existence de facteurs favorisant la maltraitance : mauvaise organisation générale de l'établissement, faible dotation en personnel, personnel insuffisamment qualifié, formé, motivé, difficultés de communication des personnels entre eux, distorsions ou conflits de valeur au sein de l'équipe, accumulation de stress, banalisation du rejet et de la violence quotidienne.

- **Hôtellerie, Animation, Vie quotidienne**

- cadre de vie insatisfaisant
- temps consacré aux repas insuffisant
- plus de 13 heures d'intervalle entre le dîner et le petit déjeuner
- plus de 2/3 des repas mixés
- menus qualitativement ou quantitativement insatisfaisants
- absence de référent chargé de coordonner l'animation

⁵³ Inspection générale des Affaires Sociales. *Propositions pour faciliter la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

- organisation inadéquate de l'espace de vie sociale
- absence de visite des familles ou de bénévoles à la vie de l'institution
- absence d'aménagement aidant à la prévention des chutes
- nombre d'hospitalisation secondaire à une chute > 10 % dans les 12 derniers mois
- projets de vie individualisés, plans d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne insuffisants
- défauts d'évaluation du nombre de résidents GIR 1 ou 2, ou du GIR moyen pondéré de l'établissement
- absence de nettoyage des chambres et des espaces communs tous les jours
- durée moyenne de nettoyage des chambres et cabinets de toilette < 5 minutes/jour
- matériel à disposition pour le lavage des mains insuffisant
- absence de boîte dédiée pour les déchets piquants ou coupants
- absence de change la nuit chez les personnes incontinentes
- nombre de couches/incontinet/24 heures < 3
- part des effectifs « équivalent temps plein » (ETP) sans qualification supérieure à la moitié du personnel ETP salarié
- absence de réunion d'expression du personnel
- plus de la moitié des salariés (personnes physiques) sous contrat de travail à temps partiel inférieur ou égal à un mi-temps
- plus d'un tiers des salariés (personnes physiques) occupés dans l'année sous contrat précaire (CDD, travail temporaire)
- plus d'un tiers des salariés occupés dans l'année (personnes physiques) ayant effectué une période d'essai (sous réserve de la période normale de montée en charge d'un nouvel établissement), approche proposée pour mesurer le *turn over*
- absence ou quasi-absence de formation continue du personnel
- locaux ou produits dangereux (dont les médicaments) laissés accessibles aux résidents ou aux personnes non concernées

- **Prise en charge des résidents**

- hygiène des pieds des résidents insatisfaisante
- mauvaise hygiène buccale des résidents
- activités à visée thérapeutiques insuffisantes
- absence de réunion de direction en présence du médecin coordonnateur
- absence de tableau de garde ou d'affichage de numéro de téléphone d'urgence
- absence de rapport annuel d'activité médicale
- réunions de coordination < une fois par an par résident

- absence de bilan individuel périodique des résidants
- prescriptions médicales orales ou illisibles, non datées ou non signées
- utilisation non raisonnée des médicaments psychotropes
- polymédicalisation
- non surveillance de la prise médicamenteuse
- nombre de résidants sous perfusion sous-cutanée > 10 %
- nombre d'hospitalisation pour déshydratation > 5 %
- nombre de résidants présentant des escarres >10 %
- absence de convention passée avec un établissement de santé

ANNEXE 6

(...)

TITRE IER - DEVOIRS GENERAUX DES MEDECINS

(...)

Art. 2 – Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de sa personne, et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Art. 3 – Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Art. 4 – Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

(...)

Art. 6 – Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Art. 7 – Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

(...)

Art. 11 – Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

(...)

⁵⁴ Décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale.

TITRE II – DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

(...)

Art. 35 – Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à des risques de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Art.36 – Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Art. 37 – En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les douleurs de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Art. 38 – Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

(...)

Art. 51 – Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

(...)

ANNEXE 7

LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article IV - Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à garder ses activités.

Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article IX - Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article X - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Article XI - Respect de fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés, non seulement ses biens, mais aussi sa personne.

Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.