UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE COCHIN- PORT-ROYAL

MALTRAITANCE DES PERSONNES Âgees en institution

Mieux connaître pour mieux prévenir

Docteur Alain LACAL – Docteur Dominique GOUJOUT

D.I.U. de Médecin Coordonnateur d' EHPAD

Directeur : M. le Docteur MALBEC **Année 2004-2005**

TABLE DES MATIERES

1) Introduction .....page 1

2) Définition/ Classification..... .....page 2

3) Une violence subtile : la violence spirituelle.....page 5

4) Maltraitances collectives ou personnelles.....page6

5) De la vulnérabilité à la violence.....page 9

6) Facteurs contribuant à la pratique de la violence.....page 10

7) La personne âgée maltraitante vis-à-vis de ses congénères et des soignants.....page 11

8) Quelle est l'ampleur du phénomène ?.....page 12

9) Le contexte juridique.....page 13

10) Conduite pratique à tenir en cas de suspicion de cas de maltraitance en EHPAD.....page 20

11) Respect et bientraitance.....page 21

12) Enquête réalisée dans deux EHPAD sur le thème maltraitance et respect.....page 22

13) Prévention de la maltraitance.....page 26

14) Conclusion.....page 36

INTRODUCTION

Cherchez le terme maltraitance dans un dictionnaire, fût-il encyclopédique, vous ne le trouverez pas ! C'est, à proprement parler, un néologisme, créé pour englober toutes les attitudes, comportements ou actions qui sont de nature à porter atteinte à l'intégrité physique, psychique ou morale de la personne humaine ou à ses biens matériels. La maltraitance des personnes âgées en institution, tout le monde a bien son idée sur le sujet, mais qui le connaît en profondeur, de façon à pouvoir faire face à la mise en œuvre d'une prévention efficace ? En étant objectifs, nous nous sommes répondus : « pas nous ! ». Ainsi est né le projet de ce travail, car nous avons pensé ne pas être les seuls à être « largement insuffisants sur ce thème ».

Nous tenterons de cerner les contours de ce concept, d'en définir au mieux le contenu, de comprendre « comment, pourquoi et à qui cela peut arriver », de définir l'abord juridique de la question et de déterminer ce que pourraient être les moyens de prévention efficaces, particulièrement ceux qui relèvent de la compétence du Médecin Coordonnateur telles qu'elle résulte du décret du 27 Mai 2005. Parler de maltraitance nous conduira à étudier brièvement la notion de respect, préalable indispensable à la définition de ce que peuvent être les « bonnes pratiques », fondement de la prévention.
Pour ce faire, nous utiliserons une synthèse de nombreux travaux déjà existants mais il nous a paru intéressant de cerner également le ressenti de ce problème par un échantillon de personnes travaillant en EHPAD à qui nous avons remis un questionnaire anonyme portant, à la fois, sur la maltraitance elle-même mais aussi sur ce qu'elles considèrent comme normal en terme de respect dû aux personnes âgées vivant en institution.
De l'analyse des réponses obtenues, nous essaierons de dégager les idées fortes, mettant en lumière, autant que faire se peut, les comportements types , les idées préconçues , le vécu affectif de la chose : comment être capable d'agir si on ignore tout de ce que vivent les intéressés ?

Il ne faudrait pas, cependant, que ce travail donne l'impression que les EHPAD sont les lieux privilégiés de la maltraitance. Toutes les statistiques qu'il nous a été donné d'étudier concordent en effet pour prouver que 70% environ des cas de mauvais traitements sont du fait de la famille ou de l'entourage. Si notre propos se consacre presque exclusivement à ce qui se passe en institution, c'est que ce travail est sensé contribuer, du moins nous le souhaitons, à donner à ce problème un éclairage qui puisse être utile aux Médecins Coordonnateurs qui le liront.

1) DEFINITIONS / CLASSIFICATION

Le Conseil de l'Europe, en 1990, donne une définition de la maltraitance sous la forme suivante : « Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou compromet le développement de sa personnalité et/ ou nuit à sa sécurité financière. »
On voit déjà très bien que cette approche de la maltraitance en général est susceptible de correspondre, sous réserve de quelques amodiations, à ce que peut être la maltraitance des personnes âgées, dont la fragilité les met volontiers en première ligne !
Pour l'association ALTER EGO SUISSE, la maltraitance est un ensemble d'actes - comportements et attitudes- commis ou omis, envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière.
L'ALMA (allo maltraitance personnes âgées) précise qu'en plus des violences physiques ou psychiques, il convient de considérer ,en matière de maltraitance aux personnes âgées, les négligences actives (privation des aides indispensables à la vie quotidienne : manger, s'habiller, se lever, aller aux toilettes, recevoir des visites…) et passives (oubli, abandon) qui constituent de la maltraitance par omission, plus pernicieuse car souvent plus difficile à détecter, particulièrement pour ce qui concerne les vieillards déments.
Il convient de ne pas oublier, enfin, l'atteinte aux droits civiques (faire en sorte que la personne âgée ne puisse pas voter ou exercer une contrainte sur le choix du bulletin de vote)

Pour résumer et être clair, on peut dire qu'il y a maltraitance lorsqu'un soignant ou une institution commet, tolère ou provoque des actes, en tant que professionnel du soin, qu'il n'accepterait pas pour un membre de sa famille ou un proche. La maltraitance engendre toujours un tort ou une blessure.

Pour ce qui concerne la maltraitance plus spécifique aux EHPAD, nous nous réfèrerons essentiellement au travail de Louis PLAMONDON (1) juriste et sociologue à l'Université de Montréal, qui, entre Octobre 1998 et Mai 1999, a élaboré un inventaire des abus les plus fréquents dans les centres de soins de longue durée au Québec. Il distingue :

❖ LES ABUS EXERCES PAR LE PERSONNEL DES INSTITUTIONS :

a) abus physiques :
- nourrir de force ou trop rapidement
- contention non justifiée (physique ou chimique)
- coups, brusqueries, bousculades, rudoiement
- refus de soins essentiels (alimentation, hygiène)

b) abus psychologiques :
- infantilisation, tutoiement non désiré
- menaces, chantage, privations diverses, isolement
- agression verbale, crier après la personne
- débrancher les systèmes d'appel
- mépris, contrôles disciplinaire

c) abus économique et financier :
- vols de biens personnels
- contrôle de l'argent personnel
- facturation injustifiée de services
- procuration sans consentement éclairé

d) négligence :
- non respect du rythme et de l'intimité
- manque d'écoute et d'attention
- ne pas répondre aux appels
- mal prodiguer les soins ou services requis

❖ LES ABUS LIES AUX AMENAGEMENTS :

a) au niveau de la vie quotidienne :
- pas de lieu pour recevoir en privé
- toilette faite par une personne de sexe opposé
- pas de loisirs diversifiés ou adaptés
- pas de sorties à l'extérieur
- réglementation abusive des horaires et des sorties.

b) au niveau des conditions de vie :
- espaces non adaptés aux handicaps divers
- insuffisance d'accès au bain
- lits trop hauts ou mal adaptés
- fenêtres, chauffage, ventilation ou éclairages inadéquats

c) au niveau des chambres :
- chambres petites ou avec trop d'occupants
- absence de concertation sur le choix du voisin de chambre
- changement de chambre imposé sans préavis
- mixité imposée.

d) au niveau de l'alimentation :
- aide au service des repas insuffisante
- qualité des repas non ajustée aux besoins
- quantité de nourriture insuffisante

❖ LES ABUS LIES A L'ORGANISATION DES SOINS :

a) Personnel soignant et d'encadrement :
- manque de personnel
- manque de formation du personnel
- manque de motivation et de conscience
- manque de surveillance, laxisme de la direction
- inexpérience ou personnel non qualifié

b) Continuité des services :
- pas de suivi dans le plan d'intervention

- absence d'évaluation régulière de la santé
- pas de supervision durant la nuit

c) Qualité des traitements :
- surdosages médicamenteux,
- projet de soins inadapté,
- longue attente avant de recevoir les soins,

d) Accessibilité des services :
- peu de service de réadaptation
- longue attente pour bénéficier des services
- abandon, délaissement en signe de représailles

e) Respect des droits :
- administration forcée de médicaments
- traitements sans consentement éclairé

Revenons un instant sur la notion d'abus, terme directement intriqué avec le concept de maltraitance et que l'Université de Québec semble utiliser plus volontiers. L'abus est un acte commis le plus souvent par une personne en relation de confiance avec le résident et dont résulte pour celui-ci une blessure ou un tort.

Il peut être intéressant de classifier les abus, ce qui permet :

- ✓ d'obtenir un consensus sur les droits à faire respecter,
- ✓ de tracer une frontière entre le normal et l'abusif,
- ✓ de distinguer l'acceptable de l'intolérable,
- ✓ de classifier les comportements abusifs selon des critères juridiques.

On distinguera ainsi :

- ➢ les abus par violence physique
- ➢ les abus sexuels
- ➢ les abus psychologiques
- ➢ les abus matériels et financiers
- ➢ les négligences
- ➢ les abus liés aux conditions d'hébergement
- ➢ la violation du droit à la liberté
- ➢ l'abus social

On peut également définir les abus selon des critères plus juridiques :

- ➢ abus liés aux infractions criminelles et pénales,
- ➢ abus liés au non respect des obligations prescrites par une loi ou un règlement telles que celles imposées aux soignants et travailleurs sociaux ainsi qu'aux policiers et avocats,
- ➢ abus liés au non respect des normes de conduite reconnues,
- ➢ abus liés au non respect des chartes de bonne pratique et règlements intérieurs des établissements.

Comme on peut le voir, c'est dans un éventail très large que devra s'exercer la vigilance du Médecin Coordonnateur et du Directeur d'établissement pour reconnaître les dysfontionnements relevant de la maltraitance et y remédier dans les meilleurs délais.

2) UNE VIOLENCE SUBTILE : LA VIOLENCE SPIRITUELLE

La violence physique est, le plus souvent, de détection assez aisée.

Il n'en va pas de même de la violence spirituelle, c'est-à-dire de celle qui, renvoyant aux besoins décrits par Maslow (de maintien de la vie, de sécurité, de propriété, d'appartenance, de considération, d'estime de soi et de dépassement), demeure sans traces visibles notamment pour les trois derniers besoins qui sont de l'ordre du spirituel.

La définition de ces besoins spirituels est difficile à cataloguer car chaque personne est différente. On peut toutefois retrouver des thèmes constants, décrits par J. VILMORT et repris par H. FAGHERAZI-PAGEL(2). Nous en évoquerons, maintenant, les principaux :

- Le désir de vivre, lié au consentement à la vieillesse et à la mort. Les multiples pertes liées à la maladie, aux deuils et à la vieillesse elle-même conduisent à ce que Patrick VERSPIEREN a qualifié de travail de « déssaisissement »
- La relecture d'une existence, liée à l'importance de l'évocation du passé. Les plus jeunes ont facilement tendance à considérer comme radotage les longues remémorations fréquemment retrouvées dans le discours des personnes âgées. : c'est oublier que la vieillesse est l'heure du bilan qui a, par essence, valeur spirituelle.
- La convivialité est une priorité. Il faut une présence « affective » : le repas, la communion par le biais de la communication ou du rire en sont caractéristiques.

Nous pouvons analyser ce ressenti en fonction de divers savoirs :

« Laisser une personne âgée au lit et fermer la porte de sa chambre, c'est fermer la porte de ses sens. »

- Fermer la porte de ses sens, c'est fermer la porte de son contexte (environnement matériel et humain, repères grâce auxquels l'existence prend son sens).
- Fermer la porte du contexte, c'est fermer la porte des savoirs.

(savoir :observer,reconnaître, percevoir les normes de fonctionnement,organiser , trier, comparer, sélectionner ; savoir interpréter : donner un sens à partir de ce que j'ai été, de ce que je suis, de ce que je veux encore être ; savoir choisir ; savoir créer avant d'échanger ; savoir exprimer, prendre position par le verbal et par l'attitude ou la mimique).

- Fermer la porte des savoirs, c'est fermer la porte de l'autonomie, c'est-à-dire du savoir-être.
- Fermer la porte de l'autonomie, c'est fermer la porte de la structuration mentale.
- Fermer la porte de la structuration mentale c'est, comme l'a dit Lucien MIAS à qui nous avons emprunté ce schéma déductif, fermer la porte de l'ÊTRE , c'est-à-dire priver la personne âgée de la capacité d'être soi parmi les autres Humains.

- L'importance du corps : la souffrance du corps entraîne une souffrance spirituelle, ne parle-t-on pas communément « d'endurer un calvaire » ? Les

soins apportés au corps peuvent donc avoir une portée spirituelle, ne serait-ce que par la reconnaissance du fait que les rides ne sont pas « contagieuses »

- La vie dans l'instant : que regarde en réalité le dément qui suit des yeux le déplacement des soignants ? A quoi pensent ceux qui errent ? Que cherchent-ils (ou « qui »).
- La gestion du handicap : se demander comment les vieillards voudraient qu'on les soigne, comment ils le feraient eux-mêmes s'ils en avaient la possibilité, c'est aborder la portée spirituelle de la prise en charge du handicap.
- Le rapport à la nature et au cadre matériel : savoir respecter la tendance contemplative de la vieillesse, par essence moins activiste à l'égard de ce qui l'entoure, est encore du domaine du spirituel.

On voit ainsi que la violence spirituelle, subtile, va s'insinuer dans de nombreux domaines, de façon insidieuse, sans même que le soignant en ait conscience, sauf à être en « état d'alerte permanent ». Il en est ainsi des toilettes effectuées sans suffisamment de pudeur, des reproches adressés aux « radoteurs » ou supposés tels, des marques plus ou moins conscientes de dégoût ou de répulsion lors des soins du corps, de l'absence de considération de l'être humain âgé, comme si, en vieillissant, il devenait, en quelque sorte,moins humain.

3) MALTRAITANCES COLLECTIVES OU PERSONNELLES

La capacité à faire le distinguo entre ces deux modes d'expression de la maltraitance va conditionner pour une bonne part la capacité des intervenants ayant une responsabilité en terme de management à prendre les mesures de prévention efficaces.

Ceci est d'autant plus difficile qu'existent des liens étroits entre les individus, l'institution dans laquelle ils travaillent et la société dans laquelle ils vivent.

Cette différenciation ne saurait avoir pour but de dégager des culpabilités en vue d'établir des sanctions (cette démarche participe, en théorie de l'application de la Loi et n'est pas dans le domaine d'intervention du Médecin Coordonnateur.).

Il s'agit en fait d'un exercice volontiers considéré comme une mission impossible, tant sont imbriqués les facteurs individuels et collectifs. En d'autres termes, il n'est souvent pas possible de « séparer » les responsabilités individuelles des responsabilités collectives, d'où l'idée qu'il pourrait être plus utile de s'intéresser aux raisons de ces maltraitances qu'à la simple question de la responsabilité de leur mise en œuvre donc de la culpabilité qui leur est inhérente. Comment, en réalité, pourrait-on accuser un membre du personnel de maltraitance si, d'une part, on ne l'a pas formé, éduqué à la « bientraitance » et si ,par ailleurs, l'institution ne se donne pas les moyens en effectifs et en matériel pour assurer le bon fonctionnement ? Sortir les évènements de leur contexte exposerait donc au risque de se livrer à une simple « chasse aux sorcières » qui n'aurait pour conséquence que de créer ou de majorer un climat propice aux dysfonctionnements.

On peut essayer de dresser un tableau répertoriant, pour les différents actes de maltraitance, ce qui relève de l'individuel et du collectif ainsi que les principales propositions et remarques qui peuvent en découler. C'est l'exercice auquel s'est livrée l'ANAES dans le document que nous reproduisons ci-après.

	responsabilités collectives et/ou institutionnelles	responsabilités individuelles	remarques et propositions
Des temps différents			
Coucher une personne âgée avec rudesse, ce qui engendre chez elle angoisse et peur.	+	+	Manque d'effectifs et de formation à l'approche corporelle et à la manutention. Charte des personnels à écrire collectivement.
Non respect du rythme de la personne âgée par manque de personnel.	++	+	Manque de formation au rythme de la personne âgée. Comment la revendication pour une amélioration quantitative des personnels est-elle envisagée au niveau collectif et individuel ? Dans quel but et sous quelle forme ? Ou bien cette question est-elle totalement ignorée par fatalisme ?
Une non prise en compte des besoins			
Dire à la personne âgée de « faire dans sa couche » alors qu'elle demande le bassin ou aller sur les WC. Des protections sont mises sur personne continente.	+	+	Manque de formation à l'estime de soi, ainsi qu'au vieillissement de la fonction urinaire. Manque de travail sur les valeurs : charte des personnels à écrire collectivement.
L'ostracisme			
Refus de s'occuper de quelqu'un.	+	+	
Mesquineries telles que ne pas servir systématiquement le pain pour faire payer un conflit ancien : le résident doit alors le demander poliment alors que les autres personnes âgées le reçoivent sans le demander.	++	+	Désamorçage des situations conflictuelles entre soignants et résidents. Organiser des réunions de groupe à des fins de régulation.
Humiliation, manque de respect envers une personne soignée.	+	++	Jeux de rôles : faire vivre aux personnels les humiliations sub
Attitudes verbales			
Tutoiement.	+	++	Le tutoiement peut être véritablement « institutionnalisé ». Par ailleurs, il s'agit bien d'un sujet flou dans la mesure où le tutoiement n'est pas toujours une

			maltraitance. Le désir de la personne âgée tutoyée est ici déterminant.
Emploi d'un ton ferme et cassant.	+	++	Travail sur la communication.
Menaces de mort.	+	++	Voir l'item « violence physique ».
Menaces de punition, chantage.	+	++	L'institution se doit de déclarer publiquement qu'il n'existe plus de punition en son sein.
Des attentes irréalistes			
Stimulation à la marche non adaptée et trop intensive	+	+	A noter le rôle souvent nocif de la famille qui considère souvent la personne âgée comme un patient pouvant être rééduqué, à l'instar d'un jeune adulte ayant subi un traumatisme. Manque de formation et d'information des familles et des proches.
Agressions physiques			
Violence physique.	+	+++	Ici se pose clairement la responsabilité des témoins et de leur protection. De même, l'institution devrait être responsable de la démarche prévue dans cette éventualité. Cette situation devrait être anticipée et non niée, c'est-à-dire considérée à tort comme impossible. Question de la responsabilité de l'encadrement. Nécessité d'une formation, mais aussi de la connaissance et de l'application des sanctions.
Insultes et gifles sur la personne âgée.	+	++	Voir l'item « violence physique ».
Gestes brusques, manipulations brutales : fauteuil, lit.	+	++	La brusquerie est partiellement liée au manque de temps.
Autour du repas			
Privation de repas car retard dans le travail de la journée.	++	+	Si les intervenants ont travaillé sans interruption, il semble impossible de leur imputer la responsabilité du retard.
Alimentation forcée et/ou rythme rapide lors de la prise des repas.	++	+	Nous sommes ici dans un débat éthique. La responsabilité des familles est aussi engagée. L'alimentation forcée n'est pas souvent considérée comme un acharnement thérapeutique.
Contraintes physiques			

Contention non prescrite.	++	+	Voici un sujet en pleine évolution. La prescription de la contention repose en France sur des recommandations, et non sur une obligation légale. Les recommandations françaises (ANAES, 2000) concernent aussi les barrières de lit qui devraient être prescrites par le médecin. Nous sommes encore loin du compte en 2005 ...
Contrainte architecturale équivalente à une séquestration dans un couloir : fausse unité Alzheimer.	++		Des critères minimaux stricts devraient être édités dans ce domaine. A notre sens, les recommandations actuelles sont trop peu précises.
« Chosification » de la personne			
Décider à la place de la personne âgée.	+	+	Tous responsables car l'institutionnalisation en Soins de Longue Durée est déjà presque toujours en soi une contrainte et non un choix. Clarifier les notions d'autonomie et de dépendance.
Manque d'écoute.	+	++	Item intéressant quant à sa signification réelle : le manque d'écoute est souvent assimilé au manque d'obéissance. Travail sur l'écoute active.
Le silence avec refus de toute communication avec la personne âgée.	+	++	Le silence fait souvent plus de mal que les paroles les plus blessantes. Par ailleurs, il y en a même qui poussent l'hypocrisie et le mépris jusqu'a une politesse obséquieuse.
Ne pas prendre en compte la douleur de la personne âgée.	+	++	Il faut d'abord connaître les localisations douloureuses de la personne âgée. Le schéma corporel, bien visible, peut nous y aider.
Non respect de l'intimité de la personne âgée.	+	++	La disposition des lieux peut interdire l'intimité, par exemple quand la personne âgée est nue. Fermer la porte dans cette situation est une précaution qui revient aux intervenants.
Refus de la vie affective de la personne			
Séparation des couples ou refus de voir se lier des idylles	++	+	Dans ce domaine , il n'est pas toujours aisé de trouver les lois qui protègent personnes

L'analyse de ce tableau confirme donc que la maltraitance est la résultante d'insuffisances souvent intriquées, appartenant tant aux individus qu'à l'institution et, à partir de là, on pressent déjà que, pour être préventif, il faudra non seulement agir sur le personnel par le biais de la formation (initiale et continue) mais que rien d'efficace ne se fera si l'institution ne dégage pas les moyens, en personnel et en matériel permettant une organisation du travail respectueuse de chacun (personnel et résidents).

4) DE LA VULNERABILITE A LA VIOLENCE

Etre fort impose le respect, du moins dans ses marques apparentes. La violence ne peut s'instaurer que vis-à-vis d'un plus faible. La genèse de la maltraitance est donc dans la vulnérabilité de la personne maltraitée à qui il est ainsi facile de faire subir des peines physiques, des angoisses émotives ou des problèmes sociaux (cf. définition de la violence in Dictionnaire ROBERT)

Si l'on veut être capable, in fine, d'esquisser un schéma de prévention, il faut donc s'interroger sur les mécanismes qui conduisent à la vulnérabilité.

Quatre causes principales ont retenu notre attention :

- Le handicap physique : la mobilité réduite, les difficultés de continence sphinctérienne, le besoin d'aide pour les actes les plus usuels de la vie .

- Le handicap psychologique : qui va de l'abandon social à l'incompatibilité de caractère en raison de conflits de génération, en passant par la peur des représailles et la méconnaissance des moyens de recours et de défense auxquels s'ajoute le sentiment de domination projeté par l'entourage.

- L'altération des fonctions supérieures, d'où résultent : manque de jugement, perte de mémoire et imprévisibilité du comportement.

- N'oublions pas, non plus, le manque de moyens financiers qui est source de fragilisation.

5) FACTEURS CONTRIBUANT A LA PRATIQUE DE LA VIOLENCE

Il existe des causes tenant à l'organisation du travail et d'autres qui sont d'ordre psychologique.

- Causes organisationnelles :

    - Absence de projet de soins établi en commun par les soignants

- Absence d'une organisation concertée du travail privilégiant, à la fois, le résident mais aussi l'autonomie et la responsabilité du soignant dans le cadre de rôles clairement définis.
- Absence de discussion en équipe des problèmes rencontrés privant chacun de la possibilité de se former au cas par cas.
- Absence de formation et de sélection. Un soignant mal préparé à sa tâche ou qui travaille à contrecœur sera plus maltraitant que celui qui a reçu les informations nécessaires et qui aime travailler au contact des personnes âgées.

- Causes psychologiques :

  - Le stress lié à la tâche de soignant ainsi que les frustrations engendrées par la relation résident-soignant qui, en milieu gériatrique, est presque toujours limitée, au moins qualitativement, peuvent amener à un niveau de fatigue physique et psychologique contribuant à générer chez un intervenant une agressivité qu'il n'aurait vraisemblablement pas s'il était reposé et détendu.
  - La confrontation perpétuelle à la vieillesse et à la mort omniprésente, l'impossibilité pour le soignant de vivre un deuil normal après le décès d'un résident avec qui des liens affectifs s'étaient créés, sont également de nature à engendrer des attitudes déshumanisantes du personnel.
  - L'inversion du rôle parent-enfant où le plus jeune est souvent conduit à materner l' « ancien ». Dans le soin gériatrique, il y a un renversement absolu des rapports de force normaux, le plus âgé étant, en apparence à la merci intégrale du plus jeune. Face au vieillard, le soignant peut ressentir une sensation de toute puissance, le soigné peut lui sembler entièrement en son pouvoir. Ceci ne peut que renvoyer aux souvenirs enfouis de la petite enfance, avec le risque potentiel d'un certain désir de revanche.
  - Les seules limites, le seul rempart que le soignant peut s'imposer résultent des valeurs plus ou moins exigeantes qu'il a pu intérioriser. Le professionnel ne pourra donc contenir ses pulsions agressives qu'au prix d'un conflit intra psychique générateur d'angoisses et/ou de manifestations psychosomatiques. (d'après « La personne âgée » Edition Chronique Sociale par : Dr. PLOTON 1990.).(3)
  - Notons, pour terminer que les aléas de l'éducation sphinctérienne à laquelle le soignant a été confronté dans sa petite enfance donnent racine à des réactions de rejet, voire à des pulsions sadiques face à l'incontinence.

7) LA PERSONNE AGEE MALTRAITANTE VIS-A-VIS DE SES CONGENERES ET DES SOIGNANTS

Une personne âgée apparaissant comme dangereuse peut susciter chez le soignant une remise en cause de sa capacité à soigner, voire un certain désarroi.

La dangerosité doit être distinguée de l'agitation et de la simple agressivité qui n'engendrent pas obligatoirement un danger réel.

L'agitation est un symptôme d'alarme qui renvoie à de nombreuses étiologies fréquemment organiques mais participant aussi parfois de la simple anxiété ou de l'incapacité à gérer une situation difficile. Elle n'est pas synonyme de violence et doit être différenciée également de l'agressivité. Elle peut avoir un impact sur l'entourage si elle est vécue comme une menace. Le danger, s'il devait exister, résulterait de la méconnaissance d'une cause identifiable et peut être curable.

L'agressivité est, d'après LORENTZ, l'instinct de combat de l'animal et de l'Homme, dirigé contre son propre congénère. Elle est présente à toutes les étapes du développement de la personne. Dans la société humaine, des règles et des tabous ont permis de développer des phénomènes d'inhibition de ces actions de combat.
Chez l'Humain l'agressivité peut résulter d'une contradiction interne telle que la non satisfaction des besoins ou l'existence d'un obstacle matériel ou humain à la réalisation d'un désir. L'agressivité est interactive et résulte souvent de la perception d'un danger. Elle peut se manifester de façons très diverses, par la parole, des attitudes, des gestes ; par l'indifférence, l'ironie, l'irritabilité, voire par des déchaînements verbaux ou gestuels. Elle peut s'intégrer dans de nombreux tableaux psychiatriques et est majorée ou suscitée par l'abus d'alcool ou la consommation de drogue. En institution l'agressivité peut être quasi physiologique, face à un milieu ressenti comme hostile.

La dangerosité peut se définir comme tout comportement qui menace ou compromet l'existence d'une personne ou d'une chose. C'est un phénomène dynamique, interactif qui nécessite la réunion d'une cause déclenchante ou favorisante et l'apparition d'une victime ayant commis une « faute » aux yeux de l'agresseur.

LES TYPES DE SITUATIONS RENCONTREES :

a) La personne âgée victime d'autres personnes âgées :
De la simple algarade au meurtre en passant par le coup de canne bien asséné nécessitant la pose de quelques points de suture.

b) La personne âgée victime de ses propres passages à l'acte dangereux :
Les fugues ou les conduites d'errance.
Le suicide, soit sous forme « classique », soit sous forme d'équivalent suicidaire dans le cadre du syndrome de glissement ;

c)Le passage à l'acte où l'entourage soignant est la victime :
De l'agression verbale ou gestuelle à l'agression à connotation sexuelle, en passant par La simple résistance aux soins avec son cortège possible d'injures et d'imprécations.

d)l'entrave aux soins des autres résidents :

Enlever les pansements, débrancher voire arracher les perfusions, etc…

De ce qui précède, on peut déduire qu'on aurait une vision « biaisée » de la maltraitance en ne l'envisageant que sous l'angle du « résident-victime » en occultant, en particulier, le « soignant-victime », sûrement moins exceptionnel qu'on pourrait le croire.

8) QUELLE EST L'AMPLEUR DU PHENOMENE

Il n'existe pas aujourd'hui d'enquête nationale sur la malltraitance des personnes âgées du type de celle qui a été menée sur les violences faites aux femmes, ni de système d'information national. Il n'est donc pas possible d'avancer une estimation fiable de l'ampleur du phénomène.

Nous disposons , en revanche, des données recueillies par l'association ALMA France (« Allô maltraitance personnes âgées ») à partir des 8 600 appels téléphoniques de signalements de maltraitances ou négligences reçus entre 1995 et 2000 par les antennes départementales du réseau ALMA.
Le nombre de ces appels est sans doute très faible au regard de la réalité du phénomène.

De ces appels, dont le nombre a été multiplié par 4,6 durant la période 1995/2000, se dégagent les caractéristiques suivantes :

- Concernant **les lieux de la maltraitance**

Les signalements de **violences en institution** (dont le nombre tend à augmenter légèrement mais régulièrement depuis 1997) restent minoritaires : en 2000, **28,6 %** des signalements de maltraitances ou négligences en établissement contre **64,3 %** des appels révèlant des violences **à domicile**.
Il convient toutefois de relativiser ces données si l'on rapporte ces chiffres aux effectifs selon les lieux de résidence (personnes âgées vivant à domicile et personnes âgées accueillies en établissement).

- Concernant les **formes de maltraitance**

- violences **physiques** : 21 % des appels en 2000
- maltraitances **financières** : 22 % des appels
- maltraitances **psychologiques** : 26 %
- maltraitances **médicales ou médicamenteuses** : 18 % en 2000
- **négligences** (actives ou passives) : moins de 5 % en 2000.

Souvent **ces différentes formes de maltraitance s'entremêlent** (maltraitances associées).

Le signalement des maltraitances principales – physiques, financières et psychologiques - a peu évolué depuis 1995. En revanche, celui concernant les maltraitances **médicales** est en **hausse** (18 % en 2000 contre 5 % en 1999). Le problème touche **surtout les institutions**. De même, depuis 1998, sont constatées - principalement dans les institutions- des maltraitances **civiques** (atteintes aux droits des personnes). Enfin, il convient de relativiser la faible proportion de négligences (moins de 5 % en 2000 contre près de 20 % en 1999) : il s'agit d'une baisse sans doute "conjoncturelle" au regard des chiffres 1995/1999.

- Concernant **les victimes**

L'âge moyen des victimes est de l'ordre de**79 ans.** Il s'agit**,** en majorité, **de femmes** (75%), veuves, vivant en famille, et disposant de biens ou de ressources (même

modestes, mais d'une valeur supérieure aux revenus de la personne maltraitante) et souvent **dépendantes**.

- Concernant **les maltraitants**

La plupart des situations de maltraitance signalées sont d'origine familiale, (près de 60 % des appels, notamment le fils ou la fille). D'autres auteurs sont en cause : **l'entourage non familial**, le voisinage (près de 20 %) et l**es personnels soignants** au domicile ou en institution (10 % seulement en 2000, alors qu'entre 1996 et 1998 ce nombre augmentait passant de moins de 10 % à plus de 20 %).

Enfin, les **éléments favorisant la maltraitance** les plus souvent cités sont les relations familiales difficiles (25 %), les problèmes financiers (18 %), le manque de communication (12 %) …

Il convient de souligner qu**'il n'y a pas de situation type**, la maltraitance se pratiquant **quel que soit le milieu social** et r**ecouvrant une diversité de situations**, à domicile et en institution.

9) LE CONTEXTE JURIDIQUE **:**

Ce n'est que très exceptionnellement que des suites judiciaires sont données aux mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées. Par ailleurs la maltraitance n'est pas une notion juridique : il n'existe pas d'infraction de maltraitance. On sera aux confins de divers cas prévus par la loi.

La particulière vulnérabilité des personnes âgées est prise en compte au 2°de l'article 222-3 du Code Pénal qui vise "la particulière vulnérabilité "due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique. La vulnérabilité des victimes peut être érigée en circonstance aggravante ou être constitutive de délits spécifiques. Le fait de commettre des crimes (meurtre, empoisonnement, viol, tortures et actes de barbarie –art. 221-1, 221-4, 221-5, 222-1, 222-3, 222-23, 222-24 du Code Pénal) ou délits (violences volontaires, menaces, administration de substances nuisibles, agressions sexuelles, non-assistance à personne en péril (art. 222-7 à 222-15, 222-17, 222-22, 223-6 du C.P.) sur une personne particulièrement vulnérable aura pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur. La vulnérabilité des victimes peut, comme dit plus haut, être constitutive de délits spécifiques : c'est le cas, par exemple, du délaissement (art. 223-3 et 223-4 du CP.) ; de conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine (art. 225-14 et 225-15 du CP.) ; de l'abus d'ignorance ou de faiblesse (art. 313-4 du CP.) ou encore de la non révélation de privations ou de sévices (art. 434-3 du CP.).

Pour ce qui concerne les atteintes aux biens des personnes, la vulnérabilité due à l'âge constitue une circonstance aggravante pour les délits d'appropriation frauduleuse (vol, extorsion, escroquerie, abus de faiblesse – art. 311-1, 311-4, 312- 1,312-2, 313-1, 313-2, 313-4 du Code Pénal) et les autres atteintes aux biens (recel, destruction, dégradation ou détérioration (art. 312-1, 322-1, 322- 3 du CP.)

Ainsi, même si le législateur méconnaît totalement la notion de maltraitance en tant que concept individualisé, la plupart des actes de maltraitance sont réprimés pénalement. Leur existence avérée ou la simple tentative de les perpétrer est passible de sanctions pénales, amendes ou peines de détention/réclusion pour l'auteur, le co-auteur et le complice qui encourt les mêmes peines que l'auteur, selon l'article 121-6 du CP.

S'il appartient à la victime de décider d'agir, dénoncer l'existence d'un acte de maltraitance est une véritable obligation qui s'impose aux témoins, dans la mesure où ne rien faire peut,

dans certaines conditions, engager leur responsabilité pénale, sans parler, bien sûr, de ce qu'impose le sens des responsabilités.

Ainsi, l'article 223-6 du Code Pénal réprime fermement le simple fait pour qui connaît l'existence de faits de maltraitance, de les dissimuler, de ne pas les révéler ou encore de s'abstenir de porter secours à la victime avant comme après que de tels actes aient été commis. A titre d'exemple, la connaissance de délaissement de personnes dans un établissement, réprimé par l'article 223-3 du CP, est susceptible d'engager la responsabilité pénale du témoin, la sanction pouvant aller jusqu'à 5 années de détention et 75 000 euros d'amende.

Les auteurs, co-auteurs, complices, mais aussi les personnes ayant connaissance de tels actes sont donc globalement susceptibles de voir leur responsabilité pénale engagée pour des actes de maltraitance commis ou simplement tentés. Les sanctions sont aggravées dès lors que les infractions sont commises sur (des mineurs), des personnes affaiblies, diminuées, en état de dépendance.

De plus, l'article 121-3 du CP. prévoit le principe de la responsabilité pénale des personnes morales. L'établissement sanitaire ou social peut, dès lors, voir sa responsabilité engagée pour des actes perpétrés en son sein, tout comme son représentant légal, par exemple, si en cette qualité il a eu connaissance de faits ayant eu lieu dans l'établissement sans agir en conséquence.

Voyons maintenant quels sont les textes qui s'appliquent en cas de :

- **Dysfonctionnement de l'établissement** (locaux peu ou pas adaptés, hygiène, médicalisation….) Article L331-5 Code de l'Action Sociale et des Familles.
(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I Journal Officiel du 3 janvier 2002) :

Si la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint aux responsables de celui-ci de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet.
S'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans ce délai, le représentant de l'Etat ordonne, après avoir pris l'avis du conseil départemental d'hygiène, la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'établissement.
En cas d'urgence ou lorsque le responsable de l'établissement refuse de se soumettre à la surveillance prévue à l'article L. 331-3, le représentant de l'Etat peut, sans injonction préalable ni consultation du conseil départemental d'hygiène, prononcer, par arrêté motivé et à titre provisoire, une mesure de fermeture immédiate, à charge pour lui d'en saisir pour avis ledit conseil, dans le délai d'un mois.

En cas de décision de fermeture prise par le président du conseil général, le représentant de l'Etat dans le département exécute cette décision en appliquant, avec le concours de celui-ci, les dispositions prévues à l'article L. 331-6. du Code de l'Action Sociale et des Familles.
(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I Journal Officiel du 3 janvier 2002)

En cas de fermeture d'un établissement, volontaire ou ordonnée en vertu de l'article L. 331-5, le représentant de l'Etat dans le département prend les mesures nécessaires en vue de pourvoir à l'accueil des personnes qui y étaient hébergées. Il peut également désigner un administrateur provisoire de l'établissement incriminé pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois. Cet administrateur accomplit, au nom du représentant de l'Etat dans

le département et pour le compte de l'établissement, les actes d'administration nécessaires à son fonctionnement, ainsi que les travaux urgents exigés par la sécurité des personnes hébergées.

- **Maltraitance du fait du personnel :**

Une plainte doit être déposée auprès du Commissariat de Police ou de la Gendarmerie, le procès-verbal sera ensuite transmis auprès du Procureur de la République (au TGI du lieu de résidence de la personne âgée). Il est possible, également, de saisir directement le Procureur de la République par LR-AR.

- Responsabilité civile d'un établissement privé :

Article 1384 du Code Civil :
(Loi du 7 novembre 1922 Journal Officiel du 9 novembre 1922)
(Loi du 5 avril 1937 Journal Officiel du 6 avril 1937 rectificatif JORF 12 mai 1937)
(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)
(Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 8 V Journal Officiel du 5 mars 2002)

Ces textes disposent que :

On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. (Toutefois, celui qui détient, à un titre quelconque, tout ou partie de l'immeuble ou des biens mobiliers dans lesquels un incendie a pris naissance ne sera responsable, vis-à-vis des tiers, des dommages causés par cet incendie que s'il est prouvé qu'il doit être attribué à sa faute ou à la faute des personnes dont il est responsable.)
NB: pour un établissement public, la responsabilité administrative est engagée.

- **Violences, escroquerie et abus de faiblesse sur personne vulnérable** :

Article 222-14 du Code Pénal
(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002). Il s'agit ici des violences physiques :

Les violences habituelles (sur un mineur de quinze ans) ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (ou à un état de grossesse), est apparente ou connue de leur auteur sont punies :

1°) De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;

2°) De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

3°) De dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;

4°) De cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas

entraîné une incapacité totale de travail de plus de huit jours.
Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux cas prévus aux 1° et 2° du présent article.

Article 313-2 du Code Pénal
(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le1er janvier 2002) : nous touchons ici aux problèmes liés aux **escroqueries et abus de biens** :

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 750000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est réalisée :

- Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;
- Par une personne qui prend indûment la qualité d'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ;
- Par une personne qui fait appel au public en vue de l'émission de titres ou en vue de la collecte de fonds à des fins d'entraide humanitaire ou sociale ;
- Au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (ou à un état de grossesse) est apparente ou connue de son auteur ;
- En bande organisée.

Article 223-15-2
(Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001 art. 20 Journal Officiel du 13 juin 2001)
(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002). On parle ici surtout des **violences « matérielles ».**

Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse(soit d'un mineur), soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (ou à un état de grossesse) , est apparente et connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire (ce mineur) ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.
Lorsque l'infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 750000 euros d'amende.

- **<u>Obligation de dénonciation</u>** :
  Article 434-3 du Code Pénal
  (Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)
  (Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés (à un mineur de quinze ans ou) à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience

physique ou psychique (ou d'un état de grossesse), de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.
Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

- **Limites du secret professionnel** :
  Article 226-13
  (Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)
  La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

  Article 226-14
  (Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)
  (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :
1°) **A celui qui informe** les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés (à un mineur de quinze ans 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 ;
2°) **Au médecin** qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ou de toute nature ont été commises.
Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues au présent article.

Dans le cadre de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, la loi du 2 janvier 2002 rénovant les institutions sociales et médico-sociales précise le droit des usagers et renforce les fonctions de contrôle et de surveillance ainsi que la protection des salariés qui procèdent à des signalements (article L.313-24 du CASF). Elle instaure également un régime d'incapacité professionnelle avec l'article L. 133-6-1 qui institue une incapacité à diriger un établissement ou à être employé par lui si la personne concernée a fait l'objet d'une condamnation pénale au titre d'un acte de maltraitance.

Source : Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Âgées.

- **Obligation de signalement**

(source : circulaire n° 265-2002 du 30 avril 2002)

La loi impose à chacun de ne pas se taire et d'agir face à un certain nombre de situations. Les fonctionnaires sont, pour leur part, soumis à des obligations particulières.

Le Code Pénal fait obligation, à « quiconque », c'est-à-dire à toute personne ayant connaissance d'un crime dont il est « encore possible de prévenir ou de limiter les effets » ou dont les auteurs sont susceptibles d'en commettre de nouveaux qui pourraient être empêchés, d'en informer les autorités administratives ou judiciaires. Le non-respect de cette obligation fait encourir une peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 434-1 du Code Pénal).

Nous avons vu plus haut les dispositions de l'art. 434-3 qui fait obligation de dénoncer les mauvais traitements dont on a connaissance.

De même, la loi pénale sanctionne « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime (par exemple, un viol), soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'est abstenu volontairement de le faire. ». La peine encourue est alors de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (art. 223-6 du Code Pénal).

Enfin, la loi stigmatise avec la même sévérité, la non-assistance à personne en péril, plus communément appelée non-assistance à personne en danger.

En ce qui concerne les fonctionnaires, l'article 40 du code de procédure pénale fait obligation à toute autorité publique ou à tout fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, d'en aviser « sans délai » le Procureur de la République auquel doivent être transmis tous les renseignements, procès-verbaux ou actes qui y sont relatifs..

Il est important de souligner que la loi ne fait aucune distinction, en matière de signalement, selon la nature des faits, que ce soit crime ou délit. En outre, il est indifférent que le crime ou le délit porté à la connaissance de l'intéressé ait lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

- **Signalement par le médecin**

(Source : M. le docteur Pouillard, Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Le signalement pour le médecin, ce n'est ni une dénonciation, ni une délation, ni une trahison. C'est pour tout médecin une obligation morale, juridique et déontologique.

Le signalement peut concerner trois cas de figure :

- le doute : en l'absence de preuve formelle, le médecin doit alerter les autorités administratives médicales des affaires sanitaires et sociales du département ;

- la suspicion : présomptions « graves, précises et concordantes », suffisamment significatives de maltraitance justifiant d'alerter les autorités judiciaires (le Procureur de la République) ;

- la certitude de maltraitance, évidente en présence de signes avérés : le médecin doit alerter le Procureur de la République de jour comme de nuit et, dans ce cas, l'hospitalisation d'urgence s'impose.

Le signalement de la maltraitance est une des dérogations au secret professionnel (on a vu, plus haut, les articles de Loi qui s'appliquent à ce cas), il doit en principe être fait avec l'accord de la victime ; le nom de l'auteur de la maltraitance, présumé, suspecté ou donné par la victime ne doit jamais être mentionné. Les dires de la victime ne peuvent être mentionnés que sous réserve et entre guillemets, de sorte que les propos de ceux-ci ne puissent être attribués au médecin rédacteur du certificat ; la connaissance de conflits familiaux doit rendre le médecin encore plus prudent et circonspect.

La participation des associations qui luttent contre la maltraitance doit être requise le plus souvent possible.

Par surcroît :

Le Code de Déontologie (art. 9) dispose que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou est informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

Ibidem, (art. 44) : «lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. »

Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues par la loi.

La juridiction disciplinaire, si elle est saisie, doit surseoir à statuer jusqu'à ce que la juridiction pénale, saisie des mêmes faits, se soit prononcée de façon définitive (art. L. 4124-6 du Code de la Santé Publique).

Pour clore ce chapitre, nous croyons utile d'insister encore sur la rédaction du signalement : des informations réelles, pertinentes et concordantes, sans mention du nom de l'auteur présumé des sévices.

- **Protection des témoins**

(source : circulaire n° 265-2002 du 30 avril 2002)

Pour éviter que la connaissance de cas de maltraitance ou d'abus sexuels ne donne pas lieu à signalement, le législateur a mis en place un dispositif de protection des personnes qui procèdent à des signalements.

Ces mesures s'appliquent :

- aux salariés des institutions sociales et médico-sociales, en application de l'article L. 313-24 du Code de l'Action Sociale et des Familles (résultant de l'article 48 de la loi du 2 janvier 2002 précitée).

Cette disposition prévoit que « le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou a relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande. »

- aux médecins qui procèdent au signalement de sévices, en application de l'article 226-14 du CP. (résultant de l'article 89 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale) dont le dernier alinéa dispose que « aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait de signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes … » (cf. supra);
- aux agents publics, au titre de la protection juridique accordée aux fonctionnaires, dans l'exercice de leurs fonctions. Prévue par l'article 11 de la loi n° 83-634 du 11 juillet 1983 portant droits et obligations du fonctionnaire, cette protection est organisée par la collectivité publique pour le compte de laquelle ces agents exercent leurs fonctions, notamment lorsqu'un signalement a donné lieu à poursuites (par exemple, un inspecteur de DDASS accusé de dénonciation calomnieuse dans le cadre d'une affaire de violences dans un établissement qu'il a contrôlé).

- **Protection des personnes face à des accusations sans fondement :**

Les tribunaux sont parfois saisis de plaintes sans aucun fondement ou d'accusations mensongères, portées dans le seul but de nuire à l'honneur et à la considération d'une personne.

Avant l'issue de l'instance pénale, deux voies juridictionnelles s'offrent à une personne qui se considère injustement mise en cause, alors que la justice est saisie d'une affaire de maltraitance ou d'abus sexuel :

- la plainte pour diffamation,
- l'action en référé pour atteinte à la présomption d'innocence.

A l'issue de l'instance pénale, dès lors que la fausseté du fait dénoncé a été démontrée par une décision de justice (ordonnance de non-lieu rendue par le juge d'instruction, relaxe prononcée par le tribunal correctionnel, acquittement par la cour d'Assises, ou classement sans suite par le Procureur de la République), la personne injustement mise en cause dispose des moyens pour agir en dénonciation calomnieuse. L'article 226-10 du Code Pénal réprime ces dénonciations d'une peine de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Pour que la plainte aboutisse, il faut que la mauvaise foi du dénonciateur soit démontrée au moment où il a déposé plainte ou signalé les faits calomnieux.

Ce paragraphe longuement consacré aux textes de loi qui prévoient et répriment les actes de maltraitance peut paraître fastidieux. Comment, pourtant, peut-on méconnaître cet aspect du problème sans s'exposer à se placer dans « un mauvais cas » …ou, plus simplement, à ne pas être suffisamment efficace ?

10) CONDUITE PRATIQUE A TENIR EN CAS DE SUSPICION DE CAS DE MALTRAITANCE EN EHPAD :

Nous envisagerons ici uniquement la conduite à tenir en cas d'acte de maltraitance engageant possiblement la responsabilité d'un salarié de l'établissement, laissant volontairement de côté les actes commis par des prestataires de service extérieurs, lesquels n'impliquent pas automatiquement l'intervention du Médecin Coordonnateur. De même, nous occulterons les conflits entre Résidents ainsi que les agressions des Résidents vis-à-vis du Personnel qui sortent, peu ou prou, du cadre de notre étude.

Dans le cas de figure étudié, l'établissement se trouve devant la double obligation d'assurer la sécurité des résidents et de ne pas enfreindre la règle de la présomption d'innocence.

La responsabilité de l'action incombe au Directeur d'établissement ou, en son absence, à la personne ayant reçu sa délégation (laquelle, par parenthèse, doit être faite en bonne et due forme, c'est-à-dire avec rédaction d'une fiche de délégation correspondant aux impératifs règlementaires.)

Tout résident victime d'actes de maltraitance devrait, s'il est en état de le faire, en informer le Directeur d'établissement. Toute personne témoin d'actes de maltraitance est tenue d'en informer le Directeur. Celui-ci, après avoir recueilli, dans le plus grand calme possible, les différents témoignages écrits et oraux (le Résident, sa famille si nécessaire et les salariés témoins), va tenter de se faire une idée précise de la situation en se gardant de tomber dans les pièges classiques (climat de délation, manipulation, voire règlement de compte). A l'issue, il confirmera ou infirmera la maltraitance :

- ✓ S'il infirme, il saisira l'occasion pour organiser, en collaboration avec le Médecin Coordonnateur, une réunion de type groupe de parole, voire une réunion d'information ou de sensibilisation.
- ✓ S'il confirme, il devra suivre la procédure telle qu'elle est définie dans les fiches « procédures et protocoles» dont, en principe, il dispose.

Cette procédure va comporter plusieurs étapes :

- ✓ Mettre le Résident à l'abri de toute récidive. Sur le plan du management, il y a lieu, non seulement d'isoler le salarié soupçonné mais aussi de refondre l'équipe en totalité, tant il est vrai que le dysfonctionnement peut être contagieux et qu'il ne suffit pas d'écarter un intervenant, fût-il le principal, pour régler le problème.
- ✓ Prévenir le Responsable de Secteur et/ou le Directeur d'Exploitation
- ✓ Prendre des sanctions proportionnelles à la gravité de la faute, si elle est avérée, après arbitrage du Directeur d'Exploitation pour les sanctions lourdes.
- ✓ Si le manquement est grave, prévenir la famille et la tenir régulièrement informée des suites données.
- ✓ Informer le Directeur de la DDASS, le Conseil Général et le Conseil de la vie sociale de l'EHPAD.
- ✓ En cas de gravité avérée et après validation par le Service Juridique, le Directeur d'Etablissement informera les autorités judiciaires, soit par LR-AR adressée au Parquet du Procureur de la République (avec descriptions des faits et certificat médical), soit par dépôt de plainte à la Gendarmerie ou au Commissariat de Police.

Bien entendu, dans la bonne pratique, le Directeur d'établissement aura préalablement pris l'avis du Médecin Coordonnateur et agira en collaboration avec lui tout au long de la procédure.

11) <u>RESPECT ET BIENTRAITANCE</u>

On ne saurait en arriver à définir ce que peut être la prévention de la maltraitance, sans faire un petit détour par son contraire : le respect et la bientraitance (encore un affreux néologisme créé pour les besoins de la cause !).

Respecter le Résident, c'est respecter non seulement l'individu mais aussi son espace de vie, ses désirs (autant que faire se peut) et sa dignité. Ceci impose que les intervenants procèdent régulièrement à une remise en question profonde de leur comportement mais aussi que soient facilités le rapprochement et la communication entre soignant et soigné. Il convient également que soit conduit périodiquement un travail de réflexion et de

mentalisation des difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne. Les groupes de parole, les réunions de staff…. prennent ici toute leur importance.

Le respect n'est pas un sentiment au sens strict mais constitue plutôt une valeur. On conçoit donc facilement que les repères éducatifs qui ont été acquis (ou pas…) au cours de l'enfance et de l'adolescence vont conditionner le comportement de l'adulte …. « le respect des Anciens », terme encore utilisé dans certaines Provinces n'est donc pas un vain mot Nul ne peut utiliser des notions qui ne lui ont pas été enseignées … d'où l'utilité d'une sensibilisation a posteriori.

Concrètement, la bientraitance, ce pourrait être l'ensemble des comportements et des attitudes qui vont permettre au Résident de ne pas vivre sa vieillesse comme une déchéance et un abandon, c'est-à-dire qui vont le faire « exister », au sens philosophique du terme. Cela va de la simple parole chaleureuse à l'écoute attentive des évocations du passé (qui ne sont pas que des « radotages » et permettent aussi parfois d'apprendre des choses) en passant par l'utilisation des compétences restantes, sans oublier de tenir compte des goûts et des habitudes, des pôles d'intérêt s'il en reste, mais c'est aussi prendre les précautions nécessaires pour qu'un vieillard atteint de presbyaccousie puisse quand même comprendre ce qu'on lui dit et, ainsi, puisse dialoguer. C'est, de même, permettre à une personne âgée dont l'acuité visuelle est défaillante de trouver (avec ou sans aide) facilement ce dont elle a besoin… La liste pourrait s'allonger à l'envie mais cela nous écarterait de notre but qui doit rester la maltraitance en EHPAD et sa prévention, le présent chapitre n'étant que la passerelle jetée entre les deux.

Pour clore la parenthèse, nous ajouterons que, si certains ne manqueront pas d'observer que nous utilisons facilement les termes « vieux », « vieillard », « ancien », c'est que ce vocable qui n'est pas « politiquement correct », nous semble être quand même une émanation du respect car si, comme l'a dit l'humoriste : « La vie est une maladie sexuellement transmissible systématiquement mortelle », ce n'est pas pour autant qu'il soit nécessaire de considérer la vieillesse comme honteuse au point de devoir utiliser des périphrases ou des symboles pour en parler !

12) ENQUETE REALISEE DANS DEUX EHPAD SUR LE THEME MALTRAITANCE ET RESPECT

Pour donner un sens concret à ce travail, nous avons réalisé, dans les deux EHPAD dans lesquels nous exerçons, une enquête tendant à cerner la façon dont le personnel appréhende la notion de maltraitance mais aussi à définir les besoins en terme de formation et la façon dont est ressentie la notion de « respect » précédemment évoquée.

A cet effet il a été remis aux salariés des EHPAD en question un questionnaire dont un fac-simile se trouve en annexe du présent mémoire et dont nous allons maintenant tenter d'analyser les réponses qui y ont été fournies.

Quatre vingt dix questionnaires ont été remis et 25 réponses exploitables nous sont parvenues.

Le taux de retour est d'environ 28%, ce qui, compte tenu de la distribution des questionnaires en période estivale et du pourcentage de membres du personnel de ménage qui ne maîtrisent pas complètement la langue française, pour des raisons culturelles ou ethniques, représente une participation correcte à l'étude.

Le tableau ci-après retrace les résultats des questions à réponse par oui, non ou nsp.

		OUI	NON	NSP
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la maltraitance ?		6	19	
Avez-vous déjà assisté à des scènes de maltraitance ?		16	4	5
Quels types de maltraitance connaissez vous ?	physique	24		1
	morale et psychologique	24		1
	médicamenteuse	15	7	3
	actives	7	5	13
	passives	12	5	8
	financieres	8	11	6
Vous êtes vous déjà senti(e) mal a l'aise devant une situation sur le lieu de votre travail ?		15	5	5
Avez vous eu, un jour, un doute sur votre propre comportement envers :				
	Un résident	12	9	4
	Une famille ou un proche de résident	4	18	3
	Un autre salarié de la résidence	8	14	3
	Autre	4	14	7
si vous aviez un doute sur une situation qui pourrait être de la " maltraitance ", que feriez-vous ?				
	rien	1	22	2
le partager avec	collègues	23	1	1
	MC	13	5	7
	psychologue	11	9	5
	l'encadrement	12	10	3
	direction	9	12	4
Pensez vous avoir pu, un jour, être maltraitant envers				
	Un résident	16	8	1
	Une famille ou un proche de résident	3	20	2
	Un autre salarié de la résidence	4	18	3
Avez-vous réagi immédiatement face à cette situation ?		12	2	11
Avez-vous réfléchi, plus tard, à cette maltraitance ?		16		9
Avez-vous trouvé des solutions pour que cela n'arrive plus ?		9	5	11

- 76% des salariés ayant répondu au questionnaire déclarent ne pas avoir reçu de formation sur le sujet
- 60% déclarent avoir éprouvé un sentiment de malaise face à une situation vécue comme une maltraitance
- 48% ont eu un doute sur leur propre comportement
- Devant une situation vécue comme maltraitance, 88% des salariés de nos EHPAD auraient une réaction :

92% de ceux-ci en discuteraient avec les collègues

52% s'en entretiendraient avec le Médecin Coordonnateur

44% en parleraient au psychologue, mais le décompte est biaisé du fait qu'un seul établissement sur les deux est doté de ce type d'intervenant

L'avis de l'encadrement et de la direction ne serait sollicité respectivement que dans 48% et 36%

Enfin 64% pensent avoir eu une attitude maltraitante au moins une fois dans leur activité et justifient dans tous les cas leur comportement comme étant le résultat de la fatigue physique et psychique.

Ce sont surtout les Infirmières qui accepteraient d'en parler avec la Direction, les AS & AMP en parleraient plutôt avec des collègues de même fonction.

Notons que le besoin de formation est criant et que, lorsque celle-ci existe, le salarié est en général beaucoup plus à l'aise pour parler du problème.

Signalons enfin que nous avons été certainement trop « ambitieux » dans la préparation de notre questionnaire et, peut-être, maladroits dans la formulation de certaines questions, de sorte qu'elles n'ont pas toujours reçu de réponses, faute d'avoir été comprises….Il faut savoir ne pas battre sa coulpe sur la poitrine d'autrui !!

Passons maintenant aux réponses de type rédactionnel :

- On demandait d'abord une définition personnelle de la maltraitance. : les thèmes récurrents sont : « obliger », « forcer », « imposer » au résident une toilette, un soin, un médicament, une rééducation, un repas. Tout se passe ici comme si la seule pratique « non maltraitante » était celle qui recueille l'assentiment du résident. Cela part d'un excellent sentiment mais, hélas, ne tient pas compte de tous les cas dans lesquels le résident s'oppose sans pouvoir être informé des dangers auxquels il s'expose (déments). Le second thème récurrent est l'assimilation maltraitance-manque de respect, ce' qui apporte de l'eau à notre moulin, puisque nous avions déjà parlé du respect comme pratique de bientraitance, ce qui sous-entend que la réciproque est vraie.
- Les exemples de maltraitance rencontrés dans la vie professionnelle les plus fréquemment cités sont : « faire un soin avec brusquerie » , « faire rapidement sans s'adapter au rythme de la personne », « être agressif verbalement ou tenir des propos déplacés », « donner des claques »,. Une autre forme de maltraitance également très soulignée est celle que nous appelions plus haut, maltraitance passive ou par omission : « ne pas faire ou bâcler une toilette, ne pas donner le petit déjeuner, ne pas vouloir conduire le résident aux toilettes au motif qu'il a une protection, ne pas répondre volontairement à un appel. On trouve aussi :proférer des menaces ou faire du chantage… L'abus de la faiblesse du résident est également cité. On insistera enfin sur le manque d'écoute et d'attention, de multiples fois cité.
- On demandait ensuite de citer d'autres cas de maltraitances que celle des soignants envers les résidents. Vient en tête, et très largement, la maltraitance des résidents vis-à-vis des soignants ; ensuite vient la maltraitance des familles vis-à-vis du personnel et enfin celle intéressant les résidents entre eux ou les membres du personnel entre eux…. On en retiendra que les soignants ont souvent l'impression de vivre dans un monde hostile.

- Que feriez-vous si vous aviez un doute sur un cas de maltraitance était le thème suivant. On se reportera au tableau ci-dessus pour les chiffres, on notera que l'abstention est majoritairement repoussée et on constate même que les quelques personnes qui répondent qu'elles ne feraient rien se contredisent à l'item suivant en affirmant qu'elles en parleraient avec un ou des collègues C'est précisément cette attitude qu'adopterait la majorité des personnes interrogées : parler avec les collègues et ce « pour avoir leur avis », pour « confronter les opinions », « pour valider ou invalider le doute » , « parce que nous formons une équipe ». Il est particulièrement intéressant de noter qu'il y a un ressenti collectif qui prime sur le vécu individuel, un peu à l'image de ce qui se passe dans les sociétés archaïques. Ne dit-on pas, chez les Touareg par exemple, lorsqu'un membre du clan a été tué : « Notre sang a été versé » ? Souvent, par ailleurs, c'est le doute, la crainte de se tromper et de commettre une injustice qui est au cœur du débat intérieur du « témoin » et qui le conduit inconsciemment à une approche « socratique » du problème : n'est juste que ce sur quoi on peut se mettre d'accord. La référence à la hiérarchie et principalement à la direction semble moins naturelle, surtout chez les AS et AMP et ce d'autant qu'elles n'ont pas bénéficié de formation. Une IDE, isolée, dit « je n'en parle pas à la Direction car c'est pire après ». Est répertorié comme motifs de réticence également la peur des représailles. Les Infirmières, et plus spécialement celles ayant été formées, sont plus enclines à en référer à la hiérarchie… En référer au Médecin Coordonnateur semble plutôt une démarche de seconde intention, si les choses ne s'arrangent pas. S'agit-il du désir de ne pas « déranger » ou, plus probablement d'une méconnaissance de la fonction ? Si tel est le cas, il nous faut, encore, procéder à une autocritique : nous n'avons peut-être pas assez informé le personnel sur nos missions.
- Notons pour en finir avec cet aspect, le nombre impressionnant de réponses qui stigmatisent, implicitement ou explicitement, le « manque d'autorité de la Direction ».
- La fin du questionnaire était consacrée au respect. On touche, ici, à un aspect très « culture-dépendant » du problème. Si une réponse nous a paru tout à fait touchante et au demeurant assez « bien vue » : donner du respect, c'est donner de l'amour, on peut résumer l'ensemble des autres réponses autour des thèmes de « considération et attention » et de « ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'ils vous fassent ».La notion d'exigence de réciprocité apparaît clairement et les manifestations tangibles du respect envers les résidents sont volontiers dans le registre :patience, écoute, douceur, adaptation au rythme et aux désirs de la personne.

Pour ce qui concerne les remèdes à apporter au manque de respect tant vis-à-vis des résidents qu'à l'égard du personnel, les réponses ne sont pas légion et tournent toutes autour d'un besoin d'explication et, là encore, d'autorité : le personnel est demandeur de règles claires, clairement explicitées et dont la hiérarchie doit être garante.

DISCUSSION :

Beaucoup d'exemples de maltraitance sont donnés. Il faut sûrement relativiser car certaines sont peut-être imaginées et d'autres sont tributaires de l'effet questionnaire (problématique somme toute banale transformée en maltraitance). Les stratégies développées, ensuite, posent problème. La plupart des personnes parlent déjà entre elles ou directement avec le fautif. On est face à une « omerta » où ceux qui ont pouvoir de régler efficacement le problème sont les derniers avisés. N'y aurait-il pas là comme une dissonance avec le désir d'autorité souvent évoqué ? Et comment se plaindre de ne pas être entendu si on ne parle pas ? Au cœur du problème existe probablement un manque de confiance, lui-même volontiers tributaire d'un défaut de communication.

Le problème de la maltraitance se traite donc, semble-t-il-, en EHPAD par cercles concentriques :

on en parle d'abord entre soi, volontiers à un collègue proche,puis on en parle à l'équipe, mais c'est déjà plus délicat, en désespoir de cause, on se tourne vers la hiérarchie mais souvent avec réserve et scepticisme,quant à faire franchir à l'affaire les murs de l'institution, c'est une tout autre affaire !

Nous voici dans l'Evangile selon Saint Matthieu (XVIII 15-17) : « Si ton frère vient à pêcher, va le trouver et reprends le seul à seul. S'il t'écoute, tu auras gagné ton frère. S'il ne t'écoute pas, prends avec toi un ou deux autres pour que toute affaire soit décidée sur la parole de deux ou trois témoins. Que s'il refuse de les écouter, dis- le à la communauté. Et s'il refuse d'écouter même la communauté, qu'il soit pour toi comme un païen et un publicain.»

L' EHPAD, c'est finalement un peu comme une famille dans laquelle les parents seraient jeunes et les « enfants » vieux. La différence, en effet, est minime entre le travail de l'AS ou de l'auxiliaire de vie et celui de la nourrice (nourrir, faire la toilette, changer des couches). De là à inverser radicalement la pyramide, il n'y a qu'un pas.

Réfléchissons enfin à travers les réponses obtenues, au fait que le travail en EHPAD peut être vécu comme maltraitant par le personnel qui définit volontiers ses activités par les items suivants :lever un patient qui veut rester au lit,

faire la toilette de quelqu'un qui ne le souhaite pas forcément,
faire marcher un résident qui se trouve mieux au lit,
pousser à manger un résident qui n'a pas faim,
faire boire un résident qui n'a pas soif,
faire sortir de sa chambre un résident qui n'en a nulle envie,
faire prendre un médicament ou donner un soin à un dément qui s'oppose.

Certes, rien ici pourtant que de très louable et justifié mais on comprend mieux, sous cet éclairage, pourquoi les soignants parlent tant d'agir en accord avec le résident, même si, une fois encore, cela relève plus de l'angélisme que du possible.

Au total, si l'on veut travailler efficacement sur la maltraitance, il faudra garder à l'esprit trois axes :

violence (réelle ou supposée) de l'environnement
sentiment d'impuissance,
sentiment de culpabilité

et puis aussi, et peut être surtout, entendons la supplique : « plus de temps, donc plus de personnel, plus de moyens et plus d'écoute » . Rester sourd à cette demande c'est acquérir la certitude de ne pas être efficace dans la prévention et de perdre sa crédibilité vis-à-vis du personnel. Mais cela suppose d'obtenir l'aval des bailleurs de fonds et, là, il y a loin de la coupe aux lèvres.

13) PREVENTION DE LA MALTRAITANCE :

La maltraitance ayant été étudiée aussi précisément que possible, tant dans ses différents aspects que dans ses causes et ses conséquences, nous allons maintenant aborder le difficile chapitre de la prévention. Nous avons montré plus haut qu'une bonne raison d'être maltraité était d'être vulnérable. La première des choses à faire est donc d'évaluer le risque de maltraitance au regard du degré de vulnérabilité de la personne âgée et, si possible,du « profil » des aidants . Nous proposons, ci après une démarche d'évaluation globale à l'usage des médecins.

Dans l'application de cette grille, le Médecin Coordonnateur devra, bien évidemment, transposer ce qui revient à l'aidant familial au(x) membre(s) du personnel suspecté(s), ce qui n'est pas un exercice bien difficile.

EXEMPLE DE DEMARCHE D'EVALUATION DU RISQUE DE MALTRAITANCE A L'USAGE DU MEDECIN EN GENERAL ET DU MEDECIN COORDONNATEUR EN PARTICULIER

1. JE VÉRIFIE LE PROFIL DE LA VICTIME POTENTIELLE

La personne que je soupçonne de pouvoir être une victime…

1. Est très dépendante pour les soins de baseElle a, notamment, besoin d'aide pour son alimentation et les soins d'hygiène.
2. Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps :l'aidant est présent de façon quotidienne depuis deux ans ou plus.
3. Présente un handicap physique exigeant une aide spécifique (outre l'alimentation ou l'hygiène).
4. N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien
   (Dépend d'un tiers pour exécuter une dépense et ou n'a pas le contrôle de son patrimoine sans avoir explicitement et volontairement donné procuration ou mandat à un tiers).
5. Est une personne qui vit seule et a plus de 75 ans
6. Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions
   (Souffre d'incapacité fonctionnelle, sensorielle ou cognitive l'empêchant de communiquer avec autrui).

7. Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex. : Alzheimer).
8. Est désorientée dans le temps :

(Ne peut dire la saison, le mois de l'année et faire référence à des activités dans les jours précédant l'entretien ou anticiper un événement prévisible dans le temps)..

9. A peu de contact avec sa famille : par exemple, la personne ne reçoit pas de visites des membres de sa famille pendant un mois entier au cours d'une même année
10. Souffre de douleurs chroniques peu ou pas soulagées. Elle est atteinte de maladie chronique connue pour provoquer de la douleur ou elle se plaint de douleur fréquente mais ne reçoit pas de traitement adéquat.
11. Présente des troubles de comportement
    (Déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes, incontinence).
12. Vit (ou vivait) chez un membre de sa famille avec une contribution économique :
    (La personne réside-ait- chez un enfant, un frère, une sœur et doit –devait-contribuer au coût du logement et aux dépenses courantes de la famille ou a cédé sa maison en échange de sa prise en charge).
13. Entretient des rapports avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques. La relation avec cette personne est la plus significative, en fréquence et en durée, par rapport à l'ensemble du reste de la famille et elle occupe une position privilégiée auprès de la personne âgée.
14. Est traitée pour dépression.
15. Est une personne mariée, qui a déjà vécu des problèmes de violence
    (La personne a confié avoir déjà été victime d'agression psychologique, physique ou sexuelle).

    Les réponses positives à chaque question vont être affectées d'un nombre de points suivant le barème ci-dessous :

Réponses 1 à 4 : 10 points chacune
Réponses 5 à 11 : 7 points chacune
Réponses 12 à 15 : 5 points chacune

- Si le total des points atteint 18 ou plus, votre intuition est certainement bonne. Une personne vulnérable comme celle dont il s'agit est souvent plus à risque qu'une autre d'être abusée.
- Si le total des points est supérieur à 40, la personne est très vulnérable.
- Si le total atteint moins de 18 points, il y a peu de risque que cette personne soit une victime.

Passez maintenant à l'étape 2.

2. JE VÉRIFIE LE PROFIL DE LA PERSONNE À RISQUE

La personne que je soupçonne être à risque de maltraitance pour la personne âgée…

1. N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade. Elle ne possède pas les capacités ou les compétences requises pour prendre en charge une personne âgée dépendante ou souffrant de maladie chronique.
2. Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps
   (L'aidant s'occupe de la personne âgée dépendante depuis plus de deux ans).

3. Ne reçoit aucune gratification pour cette charge
   (L'aidant n'est pas rémunéré, il ne reçoit pas de compensation pour son travail).
4. Accepte mal cette charge de soignant : l'aidant se plaint de la situation et est peu disposé à assumer les obligations associées à la condition de la personne âgée.
5. Vit un burn-out, une surcharge de travail ou des problèmes familiaux :
   (L'aidant présente des comportements d'épuisement, exprime ou révèle des sentiments de détresse liés à son emploi ou expose des situations familiales problématiques).
6. Souffre elle-même de problèmes de santé

   (L'aidant présente des limites de fonctionnement ou des incapacités au niveau de la vie quotidienne).
7. A des problèmes financiers
   (La personne évoque des difficultés financières, retarde le paiement de ses factures ou de ses obligations, réclame de l'aide financière à la personne âgée, est réputée jouer aux jeux de hasard).
8. Dépend financièrement de la victime
   (Le statut économique de cette personne est en étroite relation avec l'argent que la personne âgée lui verse ou avec ce qu'elle possède).
9. Est isolée socialement
   (L'aidant semble n'entretenir aucune relation personnelle significative ou n'avoir aucune relation sociale ni activité de loisir régulière).
10. Ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires
    (La personne évalue mal sa compétence d'aidant, n'a pas fait de démarche pour obtenir du soutien ou refuse l'apport de services externes qui lui sont proposés).
11. Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes .

12. Est une personne salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge : l'aidant est employé par la personne âgée ou par sa famille pour pourvoir à son accompagnement, à des soins personnels ou pour rendre des services domestiques sans supervision

Pour cette deuxième étape, encore, chaque réponse positive est affectée d'un nombre de points variable selon les questions :
Réponses 1 à 2 : 10 points chacune
Réponses 3 à 8 : 7 points chacune
Réponses 9 à 12 : 5 points chacune

- Si le total des points atteint 18 ou plus, vous avez encore raison de suivre votre intuition. La personne que vous soupçonnez est peut-être à risque d'abuser d'autrui.
- Si le total des points est supérieur à 40, cette personne représente un risque important pour une personne vulnérable.

Il faut alors passer à l'étape 3.

3. LES COMPORTEMENTS DE LA VICTIME POTENTIELLE FOURNISSENT DES INDICES

La personne que je soupçonne de pouvoir être une victime…

1. Vit en réclusion évidente

(La personne âgée vit dans une pièce isolée, elle est restreinte dans l'usage de l'espace, elle vit exclue de la famille avec laquelle elle habite).

2. Apparaît effrayée, méfiante
   (Face à son aidant principal ou devant un étranger, la personne âgée se replie ou devient agitée).
3. Présente des symptômes de dépression : insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents
   (La personne âgée présente un état de désengagement général, une passivité et une faible estime de soi).
4. A l'air calme à l'excès
   (La personne âgée est en retrait, somnole, ne s'implique pas dans l'environnement).
5. Pleure facilement lorsqu'elle entre en relation avec un aidant
   (Quand un tiers entre en relation avec elle et lui manifeste de la sympathie, la personne âgée pleure).
6. Manifeste un changement brusque d'humeur
   (La personne âgée révèle sur une courte période de l'anxiété soudaine et inexpliquée).
7. Apparaît négligée dans son apparence
   (La personne âgée est décoiffée, sale, une odeur déplaisante émane d'elle ou de ses vêtements).
8. Menace de se suicider ou souhaite mourir
   (La personne âgée exprime un état de détresse, d'impuissance et de découragement).
9. Requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions. Par son attitude ou ses paroles, elle manifeste sa réticence à répondre spontanément aux questions portant sur ses conditions de vie. Elle requiert toujours l'assentiment de son accompagnateur.
10. Présente des blessures dont elle semble ne pas souhaiter expliquer l'origine : la personne âgée subit manifestement des mauvais traitements, mais protège l'abuseur ou a honte de sa situation.
11. Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent.
12. Dit qu'on la maltraite..
13. Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager. Ce souhait, quoi que bien peu réaliste, peut témoigner du désir de fuir une situation douloureuse ou problèmatique.
14. Présente une perte de poids inexpliquée médicalement
    (La personne âgée présente sur quelques semaines une perte de poids significative et un état de faiblesse évident).
15. Fait, de façon répétitive, des chutes inexpliquées
    (Les chutes inexpliquées, surtout répétitives, que ni la condition physique de la personne âgée ni son environnement ne justifient, révèlent parfois des bousculades).
16. Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation du logement ou d'une pièce
    (La personne âgée exprime des états de douleur liés au froid ou des problèmes respiratoires associés au manque d'air frais ou aux mauvaises odeurs).

Comme pour les précédentes étapes, un barème va être appliqué pour toute réponse positive :

Réponses 1 à 4 : 10 points chacune
Réponses 5 à 8 : 7 points chacune
Réponses 9 à 16: 5 points chacune

- Si le total des points atteint 18 ou plus, il y a une probabilité élevée que vous soyez en présence d'une situation d'abus dont la personne âgée est la victime.

L'étape 4 vous permettra d'établir plus clairement le niveau de danger et l'urgence qu'il y a à intervenir.

4. LES COMPORTEMENTS DE LA PERSONNE RISQUANT D'ÊTRE MALTRAITANTE ME DONNE DES INDICES :

La personne que je soupçonne d'être une personne à risque d'abuser…

1. Se plaint du comportement de la personne âgée
   (L'aidant se plaint à d'autres personnes des inconvénients et des obligations que la présence de la personne âgée lui impose).
2. Déprécie la victime
   (L'aidant tient des propos qui dévalorisent la personne âgée) .
3. Réprimande la victime
   (La personne fait des reproches à la personne âgée en raison de ses incapacités qui sont décrites comme des fautes, des lacunes ou la conséquence d'une mauvaise volonté).
4. Isole la victime
   (La personne âgée est contrainte à l'usage d'une pièce ou à un espace réduit d'une habitation, ou est privée de contacts avec d'autres personnes) .
5. Harcèle la victime, lui adressant régulièrement reproches, réprimandes ou menaces.
6. Montre un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère, agression verbale) : l'aidant pousse la personne âgée, la bouscule ou se montre intimidante dans ses relations avec elle (et parfois avec les autres).
7. Apparaît méfiante et soupçonneuse face aux étrangers
   (La personne se montre contrôlante, limite la durée des visites d'autres personnes ou devient agitée ou inquiète lorsqu' un étranger est présent).
8. Se montre inutilement exigeante
   (L'aidant impose à la personne âgée, dans la vie quotidienne, des contraintes qui ne se justifient pas et qui lui causent un stress).
9. Critique constamment la victime
   (Très souvent, par des paroles, la personne met en évidence les lacunes ou les incapacités de la personne âgée).
10. Insulte la victime volontiers publiquement.

11. Menace la victime verbalement ou par geste.

12. Dépense plus d'argent qu'à l'habitude ou limite les dépenses de la personne âgée
(L'aidant réclame ou s'approprie une partie des revenus de la personne âge ou réduit au minimum, sans justification, ses dépenses).

13. Prive la personne de nourriture et de soins requis
(L'aidant laisse la personne âgée sans nourriture. Il ne donne pas suite aux recommandations concernant ses besoins de base).

14. Répond systématiquement à la place de la personne âgée,lui supprimant toute latitude de communiquer.

15. Menace d'interrompre le service à domicile
(La présence des soignants semble déstabiliser l'abuseur, et être vécue par lui comme un danger).

16. Refuse de laisser la victime seule avec un tiers
(L'aidant accompagne systématiquement la personne âgée dans les activités de soins, « ne le quitte pas d'une semelle »).

Encore une fois les réponses positives vont être affectées d'un nombre variable de points :

Réponses 1 à 5 : 10 points chacune
Réponses 6 à 1 : 7 points chacune
Réponses 13 à 16: 5 points chacune

- Si le total des points atteint 18 ou plus, cela tend à confirmer que vous avez affaire à une personne dont le comportement risque d'être dangereux pour la personne âgée.

Le total pour les 4 étapes

- Si vous identifiez des indicateurs dans chacune des étapes et que le total des points pour les 4 étapes est supérieur à 40, la situation exige que vous consultiez un professionnel compétent pour intervenir.
- Si vos réponses à chacune des étapes de ce test confirme que la personne que vous connaissez est victime de violence : - Alma - 08 92 68 01 18

Un score de 18 par item signale un danger. Si vous n'atteignez pas ce total, mais que vous répondez «oui» à quelques questions, la suspicion demeure. Parlez-en avec d'autres personnes qui détiennent plus d'informations sur la situation et refaites le test ensemble.

Dans tous les cas, la vigilance s'impose: même s'il n'y a pas à intervenir d'emblée, restez en contact étroit avec la personne âgée afin de pouvoir prévenir l'aggravation éventuelle de la situation.

NB: L'ordre des variables est pondéré selon l'analyse de 196 situations réelles d'abus.

La grille ci-dessus est très complète mais son utilisation peut être un peu difficile pour le Coordonnateur qui ne voit pas la personne dans son contexte familial et qui risque ainsi de

devoir occulter la réponse à certaines questions. C'est pourquoi il a pu être proposé une échelle définissant le profil de vulnérabilité qui permet de discerner rapidement les personnes risquant le plus d'être abusées .C'est une évaluation moins précise mais plus aisée dans son maniement. Nous en reproduisons un modèle ci-après.

Profil de vulnérabilité

(Évaluation du risque de maltraitance)

Nom : ..... N° de chambre : ..... GIR : .....

Prénom : ..... Date d'entrée dans l'établissement __/ __/ -__/__/-__/__/

Le résidant est il

- ✓ Isolé OUI ☐ NON ☐
- ✓ Entouré OUI ☐ NON ☐
- ✓ Très entouré OUI ☐ NON ☐

Risque de maltraitence	Type de dépendance	Remarques	Evaluation Vulnérabilité	
Risque [illegible]	Cumul de dépendance et isolé		MAXIMUM	10
	Dépendant psychique Avec trouble du comportement		FORTE	9
	Dépendant psychique			8
Risques [illegible]	Dément			7
	Trouble du comportement *(stéréotypies – cracheur -opposant – revendicateur)*		MOYENNE	6
	Non communiquant			5
	Non voyant ou/et non entendant			4
	Dépendant physique		FAIBLE	3
	Non dépendant opposant			2
	Non dépendant			1

Niveau d'alerte **...../ 10**

Nom et prénom de l'évaluateur	Signature de l'évaluateur	Date de l'évaluation
		__/ __/ - __/ __/ - __/ __/

Si niveau d'alerte

- ✓ Maximum ou forte (entre 10 et 7): Convocation de tout le personnel en réunion de sensibilisation + affichage du profil dans tous les locaux du personnel, cuisine, etc +communication dans les transmissions écrite et orale
- ✓ Moyen (entre 6 et 4) : profil commenté lors de la prochaine mini formation+ affichage du profil dans tous les locaux du personnel, cuisine, etc +communication dans les transmissions écrite et orale
- ✓ Faible : (entre 3 et1) : profil commenté lors de la prochaine mini formation + affichage du profil dans la salle du personnel +communication dans les transmissions écrite et orale

Après avoir ciblé les personnes potentiellement en danger de maltraitance, que peut-on proposer pour la prévention stricto sensu ?

Il ne faut pas perdre de vue que cette prévention commence dans le regard que notre société pose sur le vieillissement de ceux qui passent de l'état de jeunes séniors encore pleins d'allant et représentant une mine de profits (loisirs) et de ressources pour la communauté (bénévolat) à celui de personnes représentant une charge qui pèse sur la société et qui « coûtent cher » quand elles ont besoin d'aide et de soins…Moi qui vais soigner, aider, accompagner, comment vais-je regarder, comment vais-je voir ce corps qui vieillit, quelle référence cela fait-il à mon propre vieillissement et comment vais-je appréhender celui-ci ? Il n'est possible de « regarder » le vieillissement de la personne dont on s'occupe que si l'on est « au clair » avec cette possible étape de sa propre vie.
Le travail du personnel soignant et aidant est défini non seulement par les compétences que lui attribue le contrat de travail passé avec l'établissement, mais aussi et, pourquoi pas, « surtout » par les demandes, les besoins, les souhaits de la personne âgée elle-même. L'acte du « prendre soin », la bientraitance , que nous évoquions plus haut ,sera la jonction de ces deux exigences. Prévenir la maltraitance, c'est donc d'abord permettre à ces personnels, à travers l'organisation de leur travail, d'être « en relation » avec les Résidents mais aussi, et c'est capital, avec celles et ceux avec qui ils collaborent. Leur formation, initiale et au sein de l'établissement devra donc les aider à ajuster leur savoir faire et les consignes de soins ou d'accompagnement qu'ils reçoivent aux souhaits et désirs de la personne âgée si elle peut en exprimer, en n'oubliant jamais qu'elle est quand même la première concernée !

Prévenir, c'est aussi donner au Personnel des temps de parole pour qu'il puisse exprimer ce qu'il vit au quotidien dans l'accomplissement de sa tâche, afin d'éviter que ne se créent des situations conflictuelles voire violentes.
Parce que la violence est dans tous les gestes s'ils ne sont pas orientés pour le bien de la personne, avec son assentiment et, si possible, sa collaboration, le soignant doit pouvoir, lui aussi être en situation de « bien être » dans l'exercice de sa tâche, loin de toute attitude de domination et sans croire obligatoirement détenir la vérité. Il n'y a pas systématiquement besoin d'effectifs supplémentaires, de crédits additifs ou de décisions administratives pour que des soignants ayant le « sens de la Personne » soient capables de trouver aux problèmes des solutions humaines et vraies. Rester dans un rôle de soutien, d'écoute, de proximité et d'attention sont les obligations fondamentales de ceux qui vont être les « accompagnants » du vieillard, le considérant jusqu'au bout comme une personne riche d'expérience et dont il convient de respecter la dignité. Quand on sait qu'il est prouvé qu'on adresse la parole à une personne grabataire moins de deux minutes par vingt quatre heures, on adhère à ce que dit J. PELISSIER (4) quand il affirme que la souffrance du vieillard, contrairement à la douleur, échappe fréquemment aux traitements médicamenteux puisqu'elle provient, la plupart du temps, de ce qu'il n'est pas entendu, restant seul dans l'expérience de la vieillesse et dans l'angoisse de la mort. Comme l'écrit cet auteur : « on ne meurt pas d'être au contact d'un mourant, on ne vieillit pas d'être au contact d'un vieux » et c'est seulement en s'interrogeant tous sur cet apparent non sens de la souffrance et de la mort qu'on pourra atténuer les affres de ce passage obligatoire en le reconnaissant et en le partageant comme condition commune.

Prévenir la maltraitance des personnes âgées en institution, c'est donc, pour un Médecin Coordonnateur :

a) savoir de quoi il parle : être lui-même formé sur cette question, y avoir réfléchi et s'être psychologiquement préparé à y être confronté.
b) connaître ses Résidents et identifier ceux avec qui des problèmes risquent de voir le jour et nous avons vu, à cet égard, la nécessité de bien cerner la « vulnérabilité » du vieillard et les méthodes qui permettent d'y parvenir.
c) bien définir, en collaboration avec le Personnel et la Direction, projet de vie et projet de soins. C'est une des onze missions que le décret du 27 Mai 2005 impose à la fonction. C'est surtout le préalable à l'efficacité de l'équipe soignante.
d) Veiller au respect des protocoles ;
e) Participer à l'élaboration des plannings ;
f) Aider à l'élaboration des plans de table en fonction des affinités ;
g) Signaler, sans délai tout acte de maltraitance dont il est témoin ;
h) connaître le Personnel et être suffisamment « proche » de lui pour être capable de reconnaître la fatigue excessive ou les attitudes trahissant l'existence de « conflits intérieurs ». Savoir écouter, ce n'est jamais perdre son temps. Être capable de comprendre les difficultés de telle ou tel, d'aider à leur solution ou au moins de réconforter, cela peut fort bien « désamorcer une bombe ».
i) écouter le personnel, c'est bien, mais il faut consacrer suffisamment de temps aussi à l'écoute et à l'observation des Résidents. On pourra, de la sorte, souvent, pressentir le danger tant qu'il n'est que potentiel pour agir « en amont », ce qui est toujours préférable.
j) être capable de bien évaluer la charge de travail des soignants et savoir se tourner vers la Direction pour tirer le signal d'alarme si les limites sont en train d'être dépassées. Comment peut-on demander à quelqu'un qui passe sa journée de travail à courir sans cesse, de rester « à l'écoute », d'être patient, voire, simplement, de rester serein ?
k) être très vigilant en ce qui concerne le matériel et les équipements : on évitera ainsi le stress et la fatigue engendrés par l'utilisation d' « outils » obsolètes ou inadaptés.
l) de ce qui précède, on voit qu'il est aussi nécessaire d'être « en phase » avec la Direction pour que la prévention soit efficace et que les demandes formulées ne restent pas à l'état de projet.
m) surtout, être préventif, c'est former, sensibiliser, soit à l'occasion de groupes de parole, au mieux avec intervention d'un psychologue, soit au cours de réunions de formation, soit encore par le biais d'affiches ou d'affichettes, telles que celles fournies, par exemple, par les pouvoirs publics (mais il n'est pas interdit d'être créatif … ni de se faire aider pour cela.).
n) avoir toujours à l'esprit qu'on ne peut être efficace que si on est compris et entendu, c'est-à-dire disposer d'un minimum de sens relationnel, avoir suffisamment d'aptitude au management pour « faire passer » les messages, se faire respecter sans pour autant passer pour un « censeur »et ne jamais perdre de vue l'exemplarité de sa propre attitude : on ne peut, sérieusement, dénier à autrui le droit à des « libertés » qu'on s'autorise à soi.

14) CONCLUSION :

Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées institutionnalisées pour mieux la prévenir, tel était notre but. Pour y parvenir, nous avons tenté d'abord de cerner, de la façon la plus exhaustive possible, les différentes manifestations de ce phénomène, d'abord sous une forme un peu « catalogue », répertoriant tout ce qui pouvait se regrouper sous ce vocable, puis dans une évaluation plus « qualitative », différenciant la maltraitance individuelle de la maltraitance collective. Enfin, nous avons tenté de démontrer que les résidents pouvaient, eux aussi, être maltraitants, soit entre eux, soit envers le personnel. Restait à définir ce que pouvaient être les ressorts de la maltraitance et nous nous sommes placés sous deux angles différents : ce qui revient aux résidents (la vulnérabilité) et ce qui appartient au maltraitant en essayant de comprendre pourquoi un individu peut devenir violent, ce qui nous a permis de dissocier les causes organisationnelles des causes psychologiques et sociologiques. Restait à connaître la façon dont la Loi prévoit et réprime cette violence mais aussi les moyens qu'elle donne et les obligations qu'elle impose à ceux qui en sont témoins pour porter secours efficacement.
Il nous a semblé également utile de tenter de cerner l'importance réelle du phénomène à travers le peu de documents que nous avons pu trouver à ce propos.
Le vécu, le ressenti de la violence institutionnelle par les acteurs ou témoins potentiels (le personnel des EHPAD) a ensuite été illustré par l'analyse d'une enquête réalisée dans deux établissements bien connus de nous. Entre bien d'autres constatations, ont été mis en lumière la demande de temps et de moyens mais aussi d'autorité compétente à la tête de l'établissement. Le rôle essentiel de la formation spécifique des personnels est également très souligné.

Il fallait dès lors en venir à la finalité de cette connaissance du problème : comment prévenir ?
C'est là qu'à notre sens, le Médecin Coordonnateur occupe une place prépondérante, par la connaissance de ses équipes, par celle, également, des résidents, par son rôle de formation, de médiation entre les soignants et la Direction. Sa fonction est, par essence, d'être « anti-maltraitant » puisqu'il est acteur, principal ou secondaire, de l'adéquation du résident à l'établissement et de celle de l'établissement au résident (projet de soins, projet de vie, conseil dans différents domaines comme les fiches de poste ou l'aménagement et l'équipement des locaux.).

Notre « essai » sur la maltraitance n'a bien sûr pas vocation à régler les problèmes. Il est simplement une tentative faite pour faciliter le travail de nos confrères en leur permettant de trouver, sous un volume restreint, l'essentiel des notions dont ils peuvent avoir besoin.

Il reste à se doter de bien d'autres outils de connaissance, en particulier d'enquêtes complémentaires sur l'importance du problème, car nous avons vu qu'il en existe peu. Il faudra aussi mener une réflexion, tant sociologique que philosophique sur la place des personnes âgées dans la société et sur le hiatus qui peut exister entre la légitime ambition de les faire vivre le plus longtemps possible et la difficulté qu'il peut y avoir pour chacun à accepter la vieillesse. Puissent les progrès techniques faire concorder le désir de vivre longtemps avec la certitude de vivre bien. Nous y tendons sans doute, y serons nous jamais ? Pour ce qui est de l'espoir, voila de quoi le nourrir utilement …C'est assez dire que le débat n'est pas clos !

ANNEXE

La prévention de la maltraitance dans notre établissement

Cahier individuel de réflexion sur la maltraitance

Fonction : .....
Ancienneté dans la fonction : .....

NB : Merci de répondre le plus sincèrement possible à nos questions
Les réponses à ce questionnaire sont, seront, et resteront **confidentielles**

-Lorsque des exemples vous sont demandés, ne citez pas de noms, décrivez simplement les situations

-nsp= ne se prononce pas

1) Décrivez votre travail habituel dans la Résidence :

2) Pour vous, la maltraitance, c'est :

3) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la maltraitance ?

oui ☐ non ☐

4) Avez-vous déjà assisté à des scènes de maltraitance

- dans votre vie professionnelle
  oui ☐ non ☐ nsp ☐
  - Si oui, donner un exemple
  - Comment avez-vous réagi ?
  - Autre (en dehors de votre vie professionnelle) ? Si oui, donner un exemple

oui ☐non ☐ nsp ☐

- Comment avez-vous réagi ?

5) Quels types de maltraitance connaissez vous ?

- Les violences physiques Oui ☐ non ☐ nsp ☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

- Les violences morales et psychologiques Oui ☐ non ☐ nsp ☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

- Les violences médicamenteuses Oui ☐ non ☐ nsp ☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

- Les violences actives (causées par l'action de quelqu'un) Oui ☐ non ☐ nsp ☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

- Les violences passives(par manque ou omission d'action)Oui☐non☐ nsp☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

- Les violences financières Oui ☐ non ☐ nsp☐

Pouvez vous donner un exemple : .....

6) Il n'y a pas que la maltraitance des soignants envers les résidents. Pouvez vous en citer d'autres ?

a)
b)
c)
d)
e)

7) Vous êtes vous déjà senti(e) mal a l'aise devant une situation sur le lieu de votre travail ?

- Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
- Si oui donner un exemple

8) Avez vous eu, un jour, un doute sur votre propre comportement envers :

- Un résident Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
- Une famille ou un proche de résident Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
-
- Un autre salarié de la résidence Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
- Autre Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

9) si vous aviez un doute sur une situation qui pourrait être de la « maltraitance », que feriez-vous ?

- Rien Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Pourquoi ? :.....

- Vous partageriez le doute avec vos collègues Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

  Pourquoi ? :.....

- Vous partageriez le doute avec le médecin coordonnateur ?Oui ☐ - Non ☐nsp☐

  Pourquoi ? :.....

- Vous partageriez le doute avec le psychologue Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

  Pourquoi ? :.....

- Vous partageriez le doute avec l'encadrement Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

- *Pourquoi ?* :..... Vous partageriez le doute avec la direction Oui☐ - Non ☐ nsp☐

  Pourquoi ? :.....

10) Pensez vous avoir pu, un jour, être maltraitant envers :

⇨ <u>Un résident (ne donnez pas de nom)</u>

- Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
- Pourquoi ?

Fatigue physique Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Fatigue morale Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Inexpérience de la situation Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Autre : .....

⇨ <u>Une famille ou un proche de résident(pas de nom)</u>

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐
- Pourquoi ?

Fatigue physique Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

- Fatigue morale Oui ☐ - Non ☐ nsp☐ Vous partageriez le doute avec la direction Oui☐ - Non ☐ nsp☐

Pourquoi ? :.....

10) Pensez vous avoir pu, un jour, être maltraitant envers :

⇨ Un résident (ne donnez pas de nom)

- Oui ☐ - Non ☐ nsp☐
- Pourquoi ?

Fatigue physique Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Fatigue morale Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Inexpérience de la situation Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Autre : .....

⇨ Une famille ou un proche de résident(pas de nom)

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐
- Pourquoi ?

Fatigue physique Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Fatigue morale Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Inexpérience de la situation Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Autre : .....

⇨ Un autre salarié de la résidence (pas de nom)

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐
- Pourquoi ?

Fatigue physique Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Fatigue morale Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Inexpérience de la situation Oui ☐ - Non ☐ nsp☐

Autre : .....

11) Avez-vous réagi immédiatement face à cette situation ?

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐

Comment? :.....

12) Avez-vous réfléchi, plus tard, à cette maltraitance ?

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐

13) Avez-vous trouvé des solutions pour que cela n'arrive plus ?

- Oui ☐ - Non ☐ nsp ☐

14) Donnez votre définition du respect

a) en général

b) envers les résidents en particulier

15) Qu'attendez-vous des autres quand vous leur demandez (que vous en espérez ou exigez) du respect ?

16) Réciproquement, que croyez-vous que les autres attendent de vous en matière de respect ?

17) Comment pensez-vous manifester votre respect envers les résidents ?

18) Comment réagiriez-vous au manque de respect de vos collègues, de vos supérieurs, des résidents ?

19) Quelles solutions proposeriez-vous pour remédier :

- Au manque de respect vis-à-vis des résidents ?

- Au manque de respect vis-à-vis du personnel ?

MERCI D'AVOIR PRIS SUR VOTRE TEMPS POUR REPONDRE

BIBLIOGRAPHIE:

1- LOUIS PLAMANDON, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal

2- FAGHERAZI-PAGEL: " Mourir en log séjour", P.U. de Nancy 1993

3- PLOTON L.: "La personne âgée" Chronique sociale, Lyon 1990

4- PELISSIER H. "La nuit, tous les vieux sont gris" Ed. Bibliophane.Paris: 2003

Nous ont également aidé dans notre travail, sans être explicitement cités:

- Hugonot Robert : "La vieillesse maltraitée" Paris: Dunod, 1998
-Manaouil (C) et Jarde ((O)Les personnes âgées maltraités": Revue du Généraliste et de la Gérontologie 2000/10n°68
- Fletcher (M): The abuse stops here" in CANADIAN NURSE 200/09 vol.96.
-Fondation nationale de Gérontologie: "La maltraitance" in: GERONTOLOGIE ET SOCIETE,Paris: FNG: 2000/03 n°92
-Marescotti (R) :D.U.de psycho-gérontologie: "Sévices en institution pour personnes âgées: le silence des soignants"; Université de Limoges 1998.
-Maisondieu J. : "Le crépuscule de la raison Paris: Centurion 1989.

Citons pour finir trois sites Internet :

- www. ALMA.fr "Allo Maltraitances Personnes Âgées"
- RIFVEL: Réseau internet francophone
(www. fep.umontreal.ca/violence)
-www.ccfp-quebec.caCentre de formation et de consultation en psychogériatrie
-www.gerialist .com

La maltraitance des personnes âgées en institution, c'est peut-être moins fréquent que la maltraitance familiale, mais cela existe et le Médecin Coordonnateur ne peut se dispenser de la connaître...Or, c'est un sujet qui, finalement, ne revient pas si souvent dans la littérature et il nous a semblé intéressant d'essayer de faire une synthèse des connaissances avec pour arrière pensée de déboucher sur les moyens de prévention. Nous avons d'abord tenté une **classification** la plus complète possible des modes d'expression de ce problème et de ses causes, puis , après avoir essayé de cerner l'ampleur du phénomène, nous avons ensuite tenté de l'aborder sous l' **aspect juridique.** La maltraitance , c'est à l'évidence le contraire de la bientraitance... et que cache ce néologisme barbare, sinon l'émanation du **respect** , que nous avons donc envisagé aussi..

La synthèse des écrits existants ne paraissant, à nos yeux, pas suffire, c'est ensuite une **enquête personnelle menée dans deux EHPAD,** qui a permis d'ouvrir le débat sur le ressenti de cette maltraitance par le personnel. , préalable essentiel à l'abord du difficile sujet de la **prévention**. Ceci, après une tentative de mise en place d'un **outild'évaluation du risque,** a permis de déboucher concrètement sur ce que doit être, ici, le rôle du médecin coordonnateur . C'est sur la double obligation de formation et d'encadrement du personnel que va, essentiellement reposer notre rôle. L'enquête précitée est, à cet égard, significative en montrant la grande aspiration du personnel à plus d'écoute, plus de formation, plus de temps.

Comment vivre, à la fois, longtemps et bien; quelle place notre société souhaite-t-elle accorder aux personnes âgées, voici deux thèmes quasi philosophiques mais, sans réponse à ces deux questions, un "vieux" restera **vulnérable**, donc facile à maltraiter.