



Département de Médecine Générale
Université de Liège



Centre d'Aide
aux Personnes Agées Maltraitées

Vécu de professionnels de la santé (infirmiers, aides-familiales et médecins généralistes) en matière de maltraitance des personnes âgées à domicile

Sommaire

Sommaire	2
Introduction	4
1. Description et définitions de la maltraitance.....	5
1.1. Aspects actifs	5
1.2. Aspects passifs.....	6
2. Causes relevées par les professionnels	8
2.1. Profils de la personne maltraitante.....	8
2.2. Profil de la personne âgée maltraitée	9
2.3. Cas particulier : maltraitance de la part de personnes supposées protectrices	10
2.4. L'environnement social	12
3. Le diagnostic de maltraitance.....	13
3.1. Signes positifs avant-coureurs	13
3.2. Les facteurs influençant la perception du phénomène.....	14
3.2.1. Difficultés à identifier le problème.....	14
3.2.2. Contexte favorisant la perception de la maltraitance	15
3.2.3. La perception de la maltraitance est variable	16
3.2.4. Difficultés à évaluer les situations de maltraitance	17
4. Agir face à la maltraitance.....	18
4.1. Possibilités d'actions.....	18
4.1.1. Signalement de la maltraitance	18
4.1.2. Dispositifs d'intervention	19
4.2. Difficultés d'intervention	21
4.2.1. Communication.....	21
4.2.2. Complexification du travail habituel	22
4.2.3. Opposition ou passivité des proches.....	23
4.2.4. Maltraitance d'un soignant	23
4.2.5. Besoin de stabilité de la Personne Âgée	23
4.2.6. Histoire familiale difficile, peu connue des soignants	24
4.2.7. Changement de relation entre la PA et son entourage	24
4.2.8. Rupture de la relation d'aide	25
4.2.9. Manque de connaissance des organismes existants	25
4.2.10. Procédures d'intervention lourdes	26
4.2.11. Hésitation et manque de connaissance des soignants pour intervenir	27
4.2.12. Secret professionnel	27
5. Le vécu des professionnels dans ces situations	28
5.1. La charge émotionnelle.....	28
5.2. L'interaction entre les situations de maltraitance et d'autres domaines professionnels	29
5.2.1. Contexte professionnel	29
5.2.2. Rythmes de travail.....	30
5.2.3. Autres maltraitements.....	30
6. Besoins et ébauches de solutions	31
6.1. Besoins des professionnels.....	31
6.1.1. Besoin d'informations et de formations	31
a. Mieux connaître les structures d'aide aux professionnels et les possibilités d'action.....	31
b. Formation aux aspects communicationnels ou médicaux	31
c. Formation aux aspects éthiques et juridiques.....	31
6.1.2. Besoin d'outils d'évaluation	31
6.1.3. Souhait de s'entourer d'intervenants supplémentaires dans la prévention.....	32
6.1.4. Besoin de communication inter-professionnelle.....	33
6.1.5. Besoin de temps	35
6.2. « Solutions » proposées par les professionnels de la santé	36
6.2.1. Création d'une structure centralisée	36
6.2.2. « Solutions » urgentes	36
6.2.3. « Solutions » plus durables	37
6.3. Évolution sociétale.....	38

7. Conclusions	41
7.1. Définitions de la maltraitance	41
7.2. Causes de la maltraitance	42
7.3. Diagnostic de la maltraitance	43
7.4. Actions face à la maltraitance	44
7.5. Vécu des professionnels face à des situations de maltraitance	45
7.6. Besoins et ébauches de solutions	46
8. Annexes	47
8.1. Guide d'entretien	47

Introduction

A la demande du Centre d'Aide aux Personnes Agées Maltraitées (CAPAM), le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège a mené une recherche qualitative portant sur la maltraitance des aînés à domicile.

Cette étude avait pour objectif d'analyser le ressenti, en matière de maltraitance des personnes âgées, de professionnels de la santé de trois disciplines intervenant fréquemment au domicile : Médecins Généralistes, Aides-Familiales et Infirmier(e)s.

Pour chaque profession, une trentaine de représentants issus de pratiques variées (urbaines et rurales ; salariés et indépendants ; etc) ont été sélectionnés et répartis en trois focus groups. Ceux-ci ont été animés par le Docteur Philippe DENOËL, entre mai 2005 et janvier 2006.

Un guide d'entretien semi-structuré ^(a) a été construit au départ des questions de recherche suivantes : Comment les professionnels de la santé concernés définissent-ils la maltraitance des PA ? Dans quel contexte la rencontrent-ils éventuellement ? Quels sont les signes qui peuvent leur faire suspecter cette maltraitance ? Quels rôles pensent-ils avoir et de quelle(s) manière(s) agissent-ils ? Quelles difficultés rencontrent-ils face à une situation de maltraitance à domicile ? Quels sont leurs besoins pour y faire face efficacement ? Quelles pistes d'action pourraient être apportées à cette problématique à un niveau sociétal ?

D'un point de vue méthodologique, une analyse herméneutique a été appliquée au verbatim ^(b) des neuf focus groups.

Ce rapport présente les résultats de cette recherche qualitative qui fera ultérieurement l'objet de publications scientifiques ^(c). Les conclusions apportent une réflexion plus spécifiquement destinée au commanditaire de cette étude, le CAPAM, qui depuis 1998 est actif en Région Wallonne dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées.

Marc VANMEERBEEK, Valérie MASSART, Didier GIET
Novembre 2006.

^(a) : le guide d'entretien est repris en annexe.

^(b) : les textes repris dans les encadrés correspondent à des extraits des échanges enregistrés au sein des focus groups d'infirmières (INF), d'aides-familiales (AF) et de médecins généralistes (MG).

^(c) : à l'initiative des auteurs, une étude comparable a été menée au Département du Prof. Nigel MATHERS de l'Université de Sheffield (Academic Unit of Primary Medical Care, University of Sheffield). Des publications porteront également sur l'analyse comparative des résultats.

1. Description et définitions de la maltraitance

La littérature internationale reconnaît principalement cinq types de maltraitance envers les personnes âgées : maltraitance physique, psychologique, sexuelle, financière et enfin la négligence [1]. En pratique, et d'après l'expérience des participants aux Focus Groups (FG), il semble plus opérationnel de séparer les aspects actifs et passifs de la maltraitance.

1.1. Aspects actifs

Les aspects actifs se définissent comme des actions intentionnelles qui causent du tort ou pourraient en causer (intentionnellement ou non) à une personne âgée vulnérable par un aidant ou une autre personne en position de relation de confiance avec elle [1].

Dans les aspects actifs, tous les professionnels parlent de l'**abus de pouvoir**, de l'**infantilisme** de l'entourage envers la Personne Âgée (PA). Des personnes prennent des décisions sans consulter l'intéressé(e) et agissent avec les pleins pouvoirs dans des domaines essentiels : placement en institution ou maintien à domicile, argent de poche disponible, nourriture,... Si le rôle de la personne maltraitante est clairement actif, l'intention initiale n'est pas nécessairement malveillante. Les participants aux FG classent ce comportement dans la maltraitance psychologique.

La **violence verbale**, sous forme de cris ou de menaces, et les **écarts de langage** sont relevés comme une autre forme de maltraitance par l'ensemble des professionnels de la santé. Mis en situation de parler de la maltraitance, ils citent toutes les situations où il y a un manque de respect de la personne âgée. Par exemple, le tutoiement par des personnes qui ne sont pas des proches, forme mineure de maltraitance entre l'infantilisation et la maltraitance verbale, est cité à plusieurs reprises.

Les infirmières (INF) tout particulièrement parlent de **séviçes physiques**. En effet, lors des soins, il leur arrive d'observer des traces de brutalité, des hématomes. Cette **brutalité** est souvent causée par un proche de la PA mais également par un **soignant** lorsque la PA est manipulée brusquement par exemple. Dans ce cas, des situations de brutalité intentionnelle et non intentionnelle (soins rapides par manque de temps) se côtoient.

INF1 : 93. Cédric l'avait remarqué, chez Madame "Machin" que son mari la pinçait et lui donnait des coups etc. parce qu'avant de la laver, il a vu des bleus, puis petit à petit, il a entendu une engueulade, deux engueulades, puis une gifle et voilà.

AF3 : 70. Moi, j'appelle ça de la négligence professionnelle... On appelle ça de la même manière, mais il y en a beaucoup alors. Ou quelqu'un qui est brute avec un patient. Qui houspille une personne. Ils n'aiment pas ça. A leur manière, à leur rythme, ça les perturbe.

¹ Lachs MS, Pillemer K. *Elder abuse*. Lancet, 2004;364:263-1272.

La dernière forme de maltraitance active relevée concerne les **abus financiers** : ce sont les Médecins Généralistes (MG) qui l'évoquent le plus. L'hypothèse suivante peut être émise : les sujets d'ordre pécuniaire et les éventuels problèmes financiers de la PA sont abordés plus aisément avec les MG en raison du mode de paiement direct de leurs honoraires. Les abus dont sont victimes les PA sont causés le plus souvent par des **membres de la famille** ou l'entourage proche de la PA. Les personnes maltraitantes profitent de la **crédulité** de la PA, laissent comprendre à la PA qu'elles lui rendront visite en échange d'argent (**chantage**) ou encore **volent** la PA.

MG2 : 147. Je le dis maintenant, il y a une dame de 101 ans qui a donné deux millions à sa petite fille pour qu'elle installe un commerce qui a tenu trois mois, qui n'a rien fait, qui, chaque fois qu'elle vient la coiffer une fois par mois, lui donne 300 euros. Une petite fille qui n'est pas coiffeuse, elle fait l'entretien de chiens. Et maintenant, la brave dame de 101 ans s'est cassée la hanche, elle est dans son lit. C'est la maman de la petite fille qui passe les nuits avec des gardes-malades. La petite fille ne vient pas. Elle n'aura pas 300 euros tous les jours, donc elle ne viendra pas. C'est souvent effectivement une maltraitance.

MG2 : 214. Des foires d'empoigne, ce ne sont jamais des questions de philosophie, jamais des questions de religion, toujours des questions d'argent. On ne se bat pas pour ce qu'on pense et la manière dont on vit. On se bat pour l'argent, pour le tiroir-caisse. On se dispute pour une cuillère ou pour un mouchoir.

1.2. Aspects passifs

La maltraitance passive concerne la non-satisfaction par un aidant des besoins de base de la personne âgée ou le manque de protection contre le tort qui lui est fait [1].

Les aspects de négligence identifiés concernent le **manque de précaution, d'attention, de soins** envers la PA de la part de l'entourage. Cette négligence peut être causée par les professionnels de la santé ou des membres de la famille. Toutes les professions interrogées les évoquent.

Par leur fonction qui les amènent à passer du temps au domicile de la PA et à travailler dans leur cadre de vie, les Aides-Familiales (AF) et les INF constatent facilement les **manquements de la famille**. Ici on distingue la maltraitance psychologique, liée à un état d'abandon plus ou moins prononcé de la PA, avec absence de visites, d'entretien de la maison, d'équipements de loisirs aussi courants que la télévision, et la maltraitance physique, liée à un manque de soins : soins médicaux ou de nursing, soins d'hygiène, insuffisance de médicaments, de nourriture parfois.

AF1 : 2. Les personnes âgées qui restent sans nouvelles de leur famille, qui sont vraiment seules, c'est une souffrance morale alors qu'il y a de la famille, mais à part nous, certains ne voient personne.

AF3 : 44-48. Même par rapport aux soins dont la personne âgée a besoin, ils trouvent que souvent ils manquent de soins soit parce qu'on n'appelle pas régulièrement le médecin ou alors même au point de vue de la nourriture, par exemple, il n'y a presque rien dans le frigo... Question d'hygiène de la personne aussi. Parfois, il y en a qui ne se soucient pas, on achète le moins possible... Alors que certains enfants, avec leurs propres parents, ne se rendent même pas compte qu'ils portent un pantalon pendant deux mois. C'est comme ça.

La négligence de la part des professionnels porte souvent sur la **rapidité des soins prodigués**, qui peut entraîner des **manipulations brutales** de la PA, comme déjà cité, et surtout un **manque d'écoute** de leurs besoins, voire une négation de leur envie de communiquer. Parmi les raisons invoquées, on trouve le manque de temps dû aux conditions de travail imposées par l'organisme employeur ou que s'imposent eux-mêmes les professionnels s'ils sont indépendants. La routine qui s'installe au fil des (trop nombreuses ?) visites des médecins et des infirmières est également un autre facteur de négligence.

MG3 : 150-151. Je pense que parfois, j'ai dû être maltraitant à ma façon parce qu'on est dans une routine, et on ne rebondit pas... Donc, on est dans une situation où on vient écouter un peu les récriminations, elle commence à m'em...., elle revient encore avec ses histoires. Je vais tirer mon ordonnance et (m'en aller)... Je pense que c'est important de pouvoir se dire : "il faut que je rebondisse". Je déplace mon angle de vue, et que j'aborde peut-être un autre problème. C'est vrai que ça demande du temps, et de l'investissement...

INF3 : 79. Ce n'est pas toujours facile de manipuler les gens. Parfois, on est pressés par rapport à un certain délai.

INF1 : 206. Ça arrive fréquemment, les médecins qui viennent uniquement pour toucher [leurs honoraires] en quelque sorte.

2. Causes relevées par les professionnels

Schématiquement, on peut dire que les faits de maltraitance peuvent être dus soit à un profil particulier de la personne maltraitante ou encore de la PA maltraitée, soit à des conditions sociales particulières de la PA et de son entourage.

2.1. Profils de la personne maltraitante

Selon l'ensemble des participants, la personne maltraitante est souvent une **personne proche de la PA en situation de connivence** et de longue durée comme un conjoint, un enfant, un petit-enfant de la PA ou encore un soignant. C'est le type de situation la plus évoquée dans les FG.

Lorsque la **personne maltraitante** est issue de la famille, c'est sa **personnalité** ou ses **conditions de vie** qui induisent le plus souvent une maltraitance : problèmes psychiatriques, problèmes d'addiction ou personne économiquement faible.

MG1 : 45. (...) Mais enfin, j'ai connu plusieurs cas de toxicomanes qui volent, et alors aussi des compositions familiales un peu anormales, comme par exemple une fille qui reste avec sa mère qui est célibataire, qui n'a pas sa vie à elle, qui commence à picoler, alors les relations s'enveniment et ça devient parfois l'horreur...

La maltraitance peut également être causée par l'**aidant** (souvent le conjoint) parce qu'il est **épuisé, dépassé** par les soins à apporter à la PA. C'est une explication qui a souvent été évoquée par les infirmières dans les FG.

INF1 : 44. La personne qui s'en occupe, qui est épuisée, qui est à bout, qui est fatiguée, et qui, je crois, parfois s'emporte un petit peu parce qu'il est dépassé et qu'il est épuisé, tout simplement. C'est souvent le conjoint ou un membre de la famille, (...). Je ne sais pas, mais je vois plus vite ça vers le conjoint qui est déjà une personne âgée et qui est plus vite fatiguée.

2.2. Profil de la personne âgée maltraitée

Les professionnels de la santé identifient des caractéristiques, des traits communs aux PA maltraitées. Ils décrivent ainsi des profils qui seraient à l'origine d'actes de maltraitance.

Les PA maltraitées seraient souvent des personnes en situation de **handicap physique** mais surtout **mental retentissant sur l'autonomie**.

INF1 : 61-62. Alzheimer ... c'est une maladie très, très lourde... Ca pousse la famille à bout.

INF1 : 63. Je crois que souvent, on a plus facile de comprendre et de gérer sa nervosité face à une personne dont l'handicap est voyant de l'extérieur que face à une personne ou comme ça, à première vue, on ne voit rien.

INF1 : 64. La famille se demande s'ils ne le font pas exprès.

MG1 : 89. Elle est dépendante puisqu'elle fait un Parkinson qui se complique de démence, elle perd de plus en plus son autonomie.

Les participants aux FG identifient la **dépendance de la PA** comme un des facteurs importants expliquant les situations de maltraitance. La **soumission** à l'entourage et l'**isolement** peuvent également être des facteurs explicatifs.

MG2 : 13. C'est le rapport de dépendance qui crée la maltraitance, et qui entretient la maltraitance.

MG2 : 18. Je crois que c'est la perte d'autonomie qui déclenche le processus de violence... A partir du moment où elle reste autonome, elle peut se défendre, (...).

MG2 : 23. Plus le manque d'autonomie est important, plus la PA est dépendante plus la maltraitance peut s'installer plus facilement.

Les **PA peuvent aussi susciter** les situations de violence ou négligence à cause de leur mauvais caractère ou d'exigences démesurées vis-à-vis de leur entourage.

Le rejet de sa propre dépendance et le mal-être que la situation provoque peuvent expliquer le caractère acariâtre de certaines PA.

Certains MG et INF rapportent que la maltraitance peut être **infligée par la PA elle-même à son entourage**, familial ou soignant. La violence physique ou verbale dont font preuve certaines PA peut conduire à une interruption de la relation d'aide.

INF1 : 55. Mais par contre nous, on peut se faire maltraiter. C'est vrai... Moi, dernièrement, j'ai ramassé des coups chez une patiente... rien que le fait de lui dire "écoute" comme ça avec le doigt, elle a pris son poing et paf, paf elle m'a frappée.

MG2 : 151. Il était tellement violent avec moi que j'ai décidé d'arrêter.

INF1 : 76. Et il y a certaines personnes âgées aussi qui pour elles, c'est un dû. C'est normal. Quelques fois, le manque de reconnaissance peut aussi agacer la personne qui s'en occupe... Il peut y avoir des personnes âgées qui poussent à bout réellement.

INF1 : 78. La personne qui est handicapée ou qui est malade n'accepte pas d'être comme ça et de devenir dépendante. Ça exaspère la personne en elle même et elle peut devenir soit maltraitante ou bien alors devenir tellement exaspérante parce qu'elle souffre et elle n'a pas envie d'être comme ça non plus.

2.3. Cas particulier : maltraitance de la part de personnes supposées protectrices

Les 3 groupes professionnels interrogés ont clairement et assez massivement mis en évidence une cause peu commune : dans quelques cas, des personnes supposées protectrices dans le dispositif social se trouvent être à l'origine de la maltraitance ou responsables de son maintien.

Globalement, au cours des discussions, tous les acteurs de soins ont été mis en cause, dans des mesures variables, soit par leur propre groupe professionnel soit par les autres groupes.

MG1 : 71. Ça peut être les infirmières, les aides-familiales. J'ai deux cas en tous cas d'aides-familiales que j'ai interdites parce qu'elles prenaient la dame de façon violente, l'engueulaient...

MG1 : 72. C'est une infirmière extrêmement brutale dans ses gestes, elle jetait. Ce n'était pas de la méchanceté, mais elle était trop frustrée, ce n'était pas vraiment de la méchanceté.

MG1 : 73. C'était franchement de la méchanceté parce que quand j'ai été, j'ai prévenu les services d'aides-familiales en signalant la chose en disant "je ne veux plus Madame X chez Madame Une Telle", à chaque fois, j'ai entendu dire « vous n'êtes pas le premier ».

Cependant, les médecins généralistes et les administrateurs de biens sont particulièrement visés par les AF et les INF. La Justice et les autres soignants sont également cités, mais bien moins souvent.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Lorsqu'ils sont mis en cause, les AF et les INF les accusent de manque de soins attentifs : ils n'écoutent pas les plaintes ordinaires des patients ou les plaintes relayées par les autres soignants, viennent uniquement pour percevoir leurs honoraires, effectuent des consultations extrêmement rapides.

AF1 : 53. Il urinait du sang, il en a parlé [au médecin], il lui a donné un médicament, cela continuait, on a changé, cela continuait... et cela continue toujours.

AF1 : 56. Puis le problème de la personne âgée, ce sont des angoisses, et c'est plus facile de donner un médicament, de traiter un symptôme.

Pire, en cas de maltraitance suspectée, certains MG ne s'avèrent pas de bons relais, voire minimisent ou excusent les faits.

INF1 : 208. Moi, j'ai sonné au médecin pour parler du cas de la dame qui se faisait frapper par sa fille, il m'a répondu : "oui, je sais". Il n'a rien fait.

LES ADMINISTRATEURS DE BIEN

Les MG jugent souvent les administrateurs de biens utiles et dignes de confiance lorsqu'ils sont confrontés à une situation de maltraitance financière.

Les AF et INF ne sont pas du même avis. Elles mettent en cause les administrateurs de bien pour la façon dont ils gèrent l'argent : ils ne peuvent percevoir les besoins réels suffisamment vite car ils ont trop peu de contacts directs avec les personnes âgées.

AF2 : 85. Quand tu regardes les administrateurs de bien, elle n'avait plus de mazout, si on n'y allait pas, elle était sans chauffage parce qu'il n'y a personne, personne qui vient voir si elle manque de quelque chose.

MG1 : 135. Certains mauvais administrateurs, pour eux, c'est évidemment beaucoup plus facile de payer le home tous les X du mois et le problème est réglé.

Parfois, les administrateurs de bien sont accusés d'abus financiers ou de détournement d'argent.

AF2 : 266. C'est pour ne pas que les personnes se fassent rouler par la famille ou par le voisinage, et finalement, c'est pire quand il y a l'administrateur de biens.

INF2 : 68. C'était un avocat qui louait ça, qui était administrateur des biens de cette vieille dame-là, qui était seule au monde. Je vous assure que des fois, au niveau administrateur de biens, il y a des choses pas tristes qui se passent.

Parfois, tous les professionnels, soignants ou non, sont mis en cause simultanément...

AF1 : 103. L'assistante sociale allait écrire au Procureur du Roi pour signaler car le médecin ne réagissait pas ... on s'apercevait que l'administrateur de biens n'avait pas l'air d'être très « réglo ».

2.4. L'environnement social

Les conditions sociales de la PA peuvent être liées à des aspects pécuniaires comme le **manque de moyens financiers** de la PA elle-même ou de sa famille empêchant parfois la mise en place d'une situation plus satisfaisante. Parfois aussi, c'est la volonté de l'entourage de **ne pas dépenser** en faveur de la PA.

INF2 : 128. Il aurait bien voulu... aller dans une maison de repos mais ... ses revenus ne le lui permettaient pas.

INF2 : 132. Il la menace régulièrement de la mettre dans une maison de retraite, mais il ne la met jamais parce que c'est trop cher.

Les participants expliquent également le désintérêt de l'entourage envers la PA par la **dévalorisation sociale des aînés au niveau de la société**. Cette problématique est abordée plus loin dans le chapitre « Évolution sociétale ».

MG1 : 51. Je crois que la vieillesse a mauvaise presse et que, je crois que ça fait beaucoup, maintenant quand on voit un petit peu, je pense que le vieillard n'est pas accepté et rejeté partout dans la publicité et dans tout. On est dans une société ou finalement, une fois qu'on devient vieux, on n'a plus droit à la parole.

Dans une moindre mesure, les participants évoquent le souhait « à tout prix » de **maintien à domicile** comme facteur pouvant entraîner des situations de maltraitance.

MG1 : 158. Quand on est adulte et qu'on est encore conscient, qu'on prenne les dispositions qu'il faut. Je crois qu'il y a beaucoup de gens qui s'accrochent, je ne quitterai pas ma maison, je ne quitterai pas ma maison. Oui, mais si vous tombez, que vous vous cassez le col du fémur, on va faire quoi ?

Les **compositions de famille particulières** ou une trop grande promiscuité entre la PA et son entourage (plusieurs générations sous le même toit ou encore des grands enfants qui restent dépendant de leurs parents) sont également cités comme des facteurs favorisants.

MG1 : 50. Mais d'abord, je ne sais pas s'il est vraiment très bon que plusieurs générations vivent étroitement sous le même toit. Vraiment très étroitement, je pense que ça débouche quand même souvent sur des conflits.

3. Le diagnostic de maltraitance

3.1. Signes positifs avant-coureurs

Toutes les catégories professionnelles s'accordent à dire que le **changement d'attitude d'une PA** peut être un signe d'une situation de maltraitance.

INF3 : 64. Un repli sur soi. Ou une diminution du potentiel qui reste.

MG3 : 121. Elle a perdu son sourire, elle ne revendique plus, elle ne râle plus.

Le manque de **minimum vital** à la maison ou encore la **négligence vestimentaire** ou de **soins** sont autant de signes clairs de maltraitance envers la PA.

AF1 : 35. Quand certaines personnes ne veulent pas se changer régulièrement, que c'est quelqu'un de la famille qui fait le linge, notamment chez un Monsieur auquel je pense, il avait dit non parce que sa belle fille allait rouspéter, se fâcher...

MG3 : 124. C'est négligé, on voit que les draps ne sont pas changés, on voit qu'elle sent sur elle... Ou bien, elle est évasive à certaines réponses.

La maltraitance peut être **signalée** directement par la PA elle-même, par un membre de l'entourage ou encore par un soignant.

AF2 : 139. Une fois qu'il est parti, elle parle. Devant lui, elle ne dit rien.

MG2 : 123. La forme la plus fréquente, c'est en catimini : « Dites, Docteur, vous savez, il n'est pas gentil avec moi, mais surtout, ne dites rien. »

Il arrive aussi que la **personne maltraitante** parle de son épuisement et appelle à l'aide. Sans constituer une preuve formelle, cette attitude qui évoque une des causes fréquemment relevée doit au moins attirer l'attention.

INF1 : 112. J'ai une personne qui est le maltraitant et qui m'a dit qu'il n'en pouvait plus. C'était vraiment un appel à l'aide.

3.2. Les facteurs influençant la perception du phénomène

3.2.1. Difficultés à identifier le problème

Les obstacles à l'identification de situations de maltraitance ou de négligence peuvent être les suivants selon les professionnels interrogés :

Les PA **cachent** la situation, ne souhaitent pas en parler de peur d'avoir des problèmes avec leur famille ou simplement par honte.

INF3 : 18. Même si on en parle aux personnes âgées et qu'on s'en rend compte et qu'on en parle avec elles, elles se protègent quand même en disant non parce qu'elles ne veulent pas partir ou parce qu'elles ne veulent pas avoir de problèmes avec la famille.

MG1 : 87. Je pense que les personnes âgées étant gênées de ce type de situation parce que c'est quelque chose qui est fort important, il y a une honte d'annoncer, de dire n'importe quoi et cette honte va faire qu'ils vont veiller à ne pas le montrer, à ne pas en parler de toutes façons, mais ne pas le montrer aussi.

Souvent, les professionnels expriment des doutes quant à une situation de maltraitance, **sans pouvoir l'objectiver** ou trouver des signes tangibles. Leurs soupçons seraient plutôt fondés sur des **sentiments**, des **impressions**.

AF1 : 11. On le surveillait, mais on ne savait pas s'il la frappait ou s'il la bousculait.

AF1 : 12. Elle est allée à l'hôpital soit disant parce qu'il l'a bousculée. Elle est tombée, est-ce vrai, n'est-ce pas vrai, on sait qu'il y a un malaise.

INF1 : 101. Tu as des doutes pendant des mois, mais il n'y a aucune preuve...

Une des difficultés de diagnostic réside dans le fait que les actes de maltraitance ont le plus souvent lieu en l'**absence des professionnels**. Il arrive qu'aucun professionnel ne soit accepté au domicile.

INF2 : 95. C'est vrai qu'il y avait vraiment un gros problème, on n'était jamais là quand ça se passait.

INF3 : 297. Il y a souvent beaucoup plus de situations qui se passent où c'est la famille qui s'occupe justement de la personne âgée pour ne pas faire intervenir d'autres gens.

Les MG évoquent le **manque de temps** qui les empêche d'être suffisamment attentifs au comportement et à l'évolution de la PA ainsi qu'à son environnement. Selon eux, les visites ponctuelles et de courte durée ne permettent pas d'observer le contexte de la PA et d'identifier d'éventuelles situations de maltraitance.

Les paramédicaux ne manquent pas de le relever également et le signalent comme une forme particulière de maltraitance de la part des médecins.

MG3 : 112. Je trouve que dans les différents groupes que vous avez vus, on est, je crois, les plus mal placés pour détecter quelque chose parce qu'on passe, soit quand on est appelés, soit un fois par mois, ou une fois tous les quinze jours, un quart d'heure ou dix minutes. Je ne considère pas que quand on rentre dans une maison et qu'on y reste vingt minutes, on connaît quoi que ce soit de la façon de vivre. Je crois que c'est biaisé par l'attente du médecin ou par le temps. On est peut-être une référence après, on voit les aides sociales (...).

INF2 : 82-84. C'est le médecin qui a le plus de prérogatives et qui passe le moins souvent... C'est lui qui a peut-être le moins de signes. Si, il a des signes physiques, mais la violence psychologique, etc., ce n'est pas sur une consultation d'1/4 heure, 1/2 heure que les choses peuvent sortir.

3.2.2. Contexte favorisant la perception de la maltraitance

Ce qui favorise la confiance des PA et l'observation, ce sont les **relations de longue durée** entre soignants et patients ainsi que le temps passé chez les PA, essentiellement par les Infirmières et les Aides-familiales.

De plus les AF considèrent avoir un **statut proche** de la PA, elles sont associées à la gestion du ménage et des soins.

INF3 : 148. Ce n'est qu'au bout d'un an ou d'un an et demi que la personne commençait seulement à se confier, petit à petit.

AF1 : 146. Puis nous, on est n'est pas impressionnantes. Un médecin est une certaine autorité, une infirmière, elle a un tablier. Nous, on fait la vaisselle, donc j'veux dire, ça nous permet, par ce biais là de dire : on fait ce que n'importe quelle bonne femme fait chez elle. Donc, ... [on est plus à leur niveau] on n'est pas impressionnantes.

Les AF sont valorisées par les PA et représentent à leurs yeux des **interlocutrices privilégiées** et des éléments stables. L'ensemble des AF ont évoqué cet élément.

AF1 : 148. « Je ne parle qu'avec toi (= AF) le mercredi après-midi. Alors, tu t'assieds et on parle » ... Elle n'a pas d'enfant, elle n'a pas de famille, elle ne sort plus de sa maison. Elle m'attend le mercredi, c'est son jour.

AF1 : 149. Elle s'est assise à chaque coin de pièce en avançant et en reculant et elle n'a pas arrêté de parler non plus.

3.2.3. La perception de la maltraitance est variable

Une même situation ne sera **pas jugée de la même manière** par les différents protagonistes, en fonction de critères personnels, de la culture, de l'éducation....

INF3 : 137. C'est peut-être notre maltraitance de vouloir la faire changer.

INF2 : 220. Des fois on a un peu de mal d'appréhender certaines choses qui nous semblent de la violence ... mais qui pour quelqu'un d'une certaine origine donnée... ne l'est pas.

Certains n'identifient pas de maltraitance ou y sont moins sensibles tandis que d'autres y sont plus attentifs.

INF1 : 261. Personnellement, je n'ai jamais eu de situation comme ça. Donc je me dis que ce n'est pas fréquent.

INF1 : 359. Le fait, si on se sent bien dans son travail et dans son métier, on est plus accessibles pour que les autres personnes nous parlent.

AF3 : 148. Parfois, moi c'est arrivé des cas où je ne me doutais vraiment pas de ce qui se passait ...

Les professionnels entre-eux ne disposent **pas des mêmes critères d'identification** d'une situation de négligence. Les familles et les soignants peuvent également être en désaccord sur une même situation. Le manque de critères de diagnostic est d'ailleurs évoqué plus loin.

MG2 : 121. La famille va se plaindre des intervenants, et il y a des intervenants qui vont se plaindre de la famille.

Avec l'expérience, le professionnel acquiert davantage de repères et d'outils pour identifier les situations qui posent problème.

MG1 : 21. Il y a plein de situations qui sont tous les jours, où je n'aurais peut-être pas dit "c'est de la maltraitance" pour prendre ce mot-là, mais qui en est, ça en est.

3.2.4. Difficultés à évaluer les situations de maltraitance

Tous les groupes professionnels signalent l'importance de **vérifier leurs informations** avant d'accuser ou d'entamer une quelconque procédure. Ils suggèrent de parler d'éventuels soupçons qu'ils auraient avec les collègues ou d'accroître la « surveillance » par la mise en place, par exemple, d'intervenants supplémentaires.

MG1 102. On avait mis quelques aides-familiales pour donner un coup de main, des coups de fil des aides-familiales en disant, "écoutez, le fils de Madame X, il est tout le temps à fouiller dans les armoires dès qu'on a le dos tourné". Qu'est-ce qu'on va faire avec l'assistante sociale ?

Les soignants pensent qu'il ne leur est **pas légitime de prendre parti**, de se situer comme juge devant une situation de maltraitance, notamment par le fait que les histoires familiales sont souvent jugées trop complexes ou trop peu connues. Ce manque de légitimité est perçu comme gênant tant dans la phase de diagnostic que dans celle d'intervention.

INF1 : 118. On ne sait pas très bien alors quelle place on doit prendre ni quelle attitude on doit avoir dans ce genre de situation.

INF3 : 28. Très difficile d'intervenir dans une situation parce que je pense qu'il faut d'abord essayer de l'analyser avant de mettre les pieds.

INF2 : 202. Est-ce que c'est toujours bon de casser certaines systémiques ? C'est aussi par rapport à ça qu'on doit se positionner. Et c'est délicat. Evidemment, quand les maltraitances sont trop importantes, etc., évidemment qu'il faut intervenir, mais des fois, c'est délicat de prendre position par rapport...

La difficulté à évaluer une situation de maltraitance provient également du fait qu'il n'existe **pas de critères objectifs** définissant la maltraitance ou la négligence.

MG2 : 203. La difficulté aussi, c'est parfois de s'en rendre compte, c'est d'être attentifs, d'en avoir le temps, mais surtout de parfois se dire « oui, c'est de la maltraitance ». Le franc ne tombe pas toujours...

Lorsque des signes sont observés, comme des **hématomes**, les soignants ne peuvent pas les attribuer automatiquement à des coups ou des brutalités envers la PA.

INF2 : 52. Elle ne voulait pas reconnaître que son fils était agressif envers elle, donc évidemment, les bleus, c'était qu'elle s'était cognée, elle n'était pas frappée. Donc je ne sais pas dire si c'était réel ou pas.

4. Agir face à la maltraitance

4.1. Possibilités d'actions

4.1.1. Signalement de la maltraitance

Tous les professionnels pensent avoir une fonction importante dans le **signalement** des situations de maltraitance qu'ils rencontrent. Tous se sentent en effet **responsables** : ils s'attribuent une obligation de, au minimum, signaler la maltraitance que ce soit auprès d'un assistant social, de collègues ou encore d'une autorité juridique par exemple.

AF1 : 69. Notre rôle est de le signaler, si un jour on a un doute. Déjà pour nous mêmes nous décharger quand on rencontre un problème, ne pas garder cela sur soi.

MG2 : 285. Or, je pense que chacun d'entre nous a un rôle important à jouer, et je disais tout à l'heure, on a encore, nous cette possibilité, cette forme d'autorité, cette forme de sagesse qu'on nous attribue etc... pour aller dire encore quelque chose, et je crois qu'on doit en user.

Il existe cependant des variantes dans le degré de signalement et d'intervention entre les différentes catégories professionnelles.

Les AF et les INF pensent avoir un rôle important de **relais**.

AF2 : 155. Nous, à part le voir, le signaler...

Les médecins pensent que les autres soignants les voient comme une **personne de référence**, le dernier maillon d'une chaîne, ce qui parfois les confronte à leur propre impuissance.

MG2 : 195. Je pense qu'ils attendent beaucoup de nous avec l'idée qu'il y a une hiérarchie dans la prise en charge d'une personne par des intervenants, et peut-être le médecin qui chapeaute parce que c'est lui qui prescrit le kiné, une infirmière,... Je pense que le pire qui puisse arriver, c'est qu'il ait l'impression que ça rentre par là, et il n'y a aucune réaction, ça provoque la cata.

Tous les professionnels se tournent vers l'**Assistante Sociale** lorsqu'ils sont confrontés à une situation de maltraitance. Le manque de temps chronique évoqué par ailleurs, la complexification des tâches en cas de maltraitance rend nécessaire une personne identifiée comme disposant de temps spécifique pour des tâches d'analyse, de coordination et d'intervention, et perçue comme ayant réponse à tout.

AF3 : 156-158. Ce cas là, au départ, je n'en ai parlé qu'à l'assistante sociale personnellement parce que je ne voulais pas que toutes mes collègues soient au courant.

MG3 : 77. Et souvent on fait entrer l'assistante sociale dans les équipes de soins. Elle a plus des trucs, des clés, on va dire, pour résoudre certaines choses.

Dans certaines situations, les démarches entreprises ont d'emblée un caractère judiciaire.

INF3 : 106. Tu informes le Juge de Paix de la situation en disant voilà... on l'a déjà fait aussi. Au nom de la maison médicale évidemment.

4.1.2. Dispositifs d'intervention

Ce sont surtout les INF et les MG qui se chargeront de mettre en place un dispositif d'intervention face à un cas de maltraitance. Les AF auront essentiellement observé et rapporté les faits.

L'intervention des INF et des MG commencent le plus souvent par une **tentative de conciliation** entre les membres de la famille.

MG2 : 216-218. Nous avons un rôle de conseil énorme aussi. Parfois les gens nous interpellent, et puis même des gens de la famille se rendent compte qu'il y a une difficulté parfois. On leur dit, « ne croyez-vous pas qu'il y a une difficulté ? » Et je pense que, on a parlé de dialogue tout à l'heure, c'est quand même essentiel. Je pense qu'il faut commencer par là, et parfois, ça peut suffire.

L'intervention peut également consister en la **limitation d'un comportement jugé nuisible** en nommant par exemple un administrateur de biens qui protégera la PA au niveau financier, en séparant les protagonistes (hospitalisation, placement). Ces solutions ne se révèlent pas toujours efficaces à moyen terme. Comme déjà signalé, les administrateurs de biens sont identifiés par certains professionnels soignants comme de piètres gestionnaires (ou pire). L'hospitalisation provisoire notamment, si elle éloigne les protagonistes l'un de l'autre, n'a pas d'effet durable si le retour à domicile les remet en présence sans aucune modification des rôles. À la sortie de l'hôpital, les récurrences peuvent se produire, la situation causale n'ayant pu être résolue de façon définitive. Le placement en maison de repos est cité parfois comme une solution, mais aussi quelque fois comme un échec, surtout si le soignant a une image négative de la maison de repos.

INF1 : 251. On l'a déjà séparée de son mari plusieurs fois... on la met en fait dans un hôpital un mois, pour que son mari aille mieux... c'est lui qui la réclame et elle revient à la maison. Puis ça se passe bien pendant un mois... puis hop, ça recommence.

MG2 : 229. Et je pense que nous exerçons quand même un certain poids, notamment dans les milieux ruraux où on attend encore que le médecin donne un avis et qu'il crée un certain soulagement, que ce soit une mise sous tutelle, soit un placement ou une histoire ainsi. Il y a un soulagement, c'est comme tu dis, ce n'est

pas toujours la bonne solution. Mais je crois que l'on joue un certain rôle à ce niveau-là, qu'il est attendu.

MG2 : 134. On répond parfois à une maltraitance par une autre... Quand on doit placer quelqu'un parce qu'il est maltraité à domicile, mais qu'on doit le placer pour qu'il soit bien traité à notre façon, il n'est peut-être pas heureux d'être placé... Ils sont tous les deux dans une chambre, mais je ne suis pas persuadé qu'ils soient heureux.

INF2 : 67. Elle ne demande pas plus et je suis certain que la mettre au home, c'est la tuer.

D'autres types d'intervention peuvent également être mis en place comme le **renforcement de l'aide professionnelle**. Il peut s'agir de la demande d'intervention d'une infirmière ou d'une Aide-Familiale pour soulager l'aidant par exemple ou encore recourir à un organisme spécialisé comme le CAPAM. Pour tous les travailleurs de la santé, les réunions de coordination se créent ou se multiplient, une surveillance plus ou moins rapprochée se crée.

MG2 : 269. Oui mais qui sont aussi extrêmement bloqués, en plus des assistantes sociales et tout cela, il y a une notion de coordination dont la coordinatrice peut se rendre à domicile, peut aller parler à la famille, aux intervenants, et à la limite, faire un peu les confidences et les synthèses de tout le monde.

INF3 : 35. ...Énormément de dialogue, des réunions avec les infirmières, le médecin traitant, la logopède aussi qui vient à domicile, donc il y a beaucoup de passage, il y a le kiné aussi qui passe. Donc, il y a eu beaucoup de dialogues et c'est vrai que ce Monsieur s'est senti entendu quelque part dans ses difficultés.

MG1 : 115. Moi j'essaye d'entrer en contact avec l'avocat et jusqu'à présent, pour à peu près tous, on a des contacts une fois à deux fois par an, mais c'est intéressant de savoir un petit peu où on en est au niveau de la situation financière.

MG3 : 110. Quand on avait un doute de maltraitance, on demandait à une aide-familiale, par exemple, d'intégrer la famille, d'intégrer les soignants autour de la famille, oui c'est ça. Mais dans le cas qui était décrit, ça avait été une entrée aussi, une observation supplémentaire et une aide supplémentaire aussi. Parce que ça arrive aussi que l'on demande soit à une aide-familiale ou une infirmière.

Dans la prise de dispositions, il arrive que les professionnels doivent s'opposer aux souhaits de la PA dans son intérêt.

AF3 : 187. Je dis : « je regrette, j'appelle votre fille, j'appelle le médecin ». Il ne voulait même pas que j'appelle ses enfants. Je dis : « je regrette, mais je ne retourne pas sans que le médecin ou votre fille soient passés. Moi, je risque des problèmes ».

4.2. Difficultés d'intervention

4.2.1. Communication

L'ensemble des professionnels interrogés jugent unanimement les réunions de coordination interprofessionnelles comme étant utiles et importantes lorsqu'un problème familial est identifié par un des soignants.

Ces réunions de coordination répondent probablement aux difficultés de communication classiquement rencontrées dans le travail de routine.

Les professions qui occupent une position hiérarchique supérieure, ou ressentie comme telle, sont logiquement les plus difficiles à aborder : les médecins et les assistantes sociales.

Tant les AF que les INF reprochent aux MG leur manque d'écoute, voire parfois leur abus d'autorité. Ce manque d'écoute leur est également reproché vis à vis des patients (voir 2.3. Maltraitance de la part de personnes supposées protectrices).

AF1 : 55. On a l'air de dire : « retourne dans ta cuisine préparer le dîner pour la dame »... L'air de dire « je sais, puisque je suis médecin ».

AF2 : 75. Pendant trois semaines, on a interpellé le médecin en essayant de le faire passer comme quoi la dame était très mal... on faisait appel, on sonnait. Le médecin disait « oui, oui, je vais passer, et on ne l'a jamais vu ».

INF2 : 87-88. Ma collègue a appelé le médecin qui a dit que c'était une situation tragi-comique... Vous n'avez pas eu beaucoup d'appui.

Pour aborder les médecins, les infirmières et les AF doivent parfois dépasser une barrière personnelle, une certaine crainte.

AF1 : 73. Franchement, quand j'ai commencé, je n'aurais jamais rien dit au médecin. Avec les années, on ne peut plus admettre, on n'ose pas et voilà...

INF2 : 210. Ça devient un peu plus rare les médecins (qui disent) « je suis le Docteur »

Il leur est également reproché de ne pas voir facilement les cas de maltraitance, de les minimiser et parfois de les excuser.

AF2 : 308. Puis les médecins traitants, ils sont parfois d'accord avec la famille, ils ne veulent pas non plus amener des conflits.

INF2 : 82-84. C'est le médecin qui a le plus de prérogatives et qui passe le moins souvent... C'est lui qui a peut-être le moins de signes. Si, il a des signes physiques, mais la violence psychologique, etc., ce n'est pas sur une consultation d'1/4 heure, 1/2 heure que les choses peuvent sortir.

INF1 : 322. J'ai eu deux cas et le médecin a dit comme tu as dit « oui, je sais. Mais c'est un accident, c'est parce qu'elle était énervée... ».

Heureusement, ces comportements ne sont pas généralisés car les MG restent les références incontournables en cas d'action.

Il est important que le MG prenne en compte une observation d'un soignant lorsque celui-ci soupçonne des faits de maltraitance.

AF3 : 178. C'est pas facile parce que certains médecins ne sont pas encore(...) , il y en a qui n'en ont rien à faire de notre profession, de ce qu'on peut voir, entendre. Ça dépend qui mais il y a des médecins qui sont fort collaborants.

Les assistantes sociales exercent la tutelle sur les aides familiales. Leurs subordonnées pointent des **différences de perception** des situations en raison de leur présence moindre sur le terrain. Dès lors, les AF n'osent pas toujours facilement exprimer leur avis de peur de ne pas être crues, d'être accusées de dramatiser une situation, d'essayer un désaveu.

AF1 : 130. On est parfois calées... Elle m'avait dit que je me faisais peut-être des idées, que je dramatisais peut-être.

AF2 : 177. Parce que quand on intervient, c'est vrai qu'on nous le reproche souvent après, donc quelque part, on n'ose plus non plus, quoi.

Pourtant, les assistantes sociales sont encore souvent l'intermédiaire obligé pour la communication des AF avec les médecins.

AF1 : 130. Je voulais téléphoner au médecin. Mais comme celui-ci n'était pas très communicatif, ni bavard, ce n'était pas facile, alors je me suis dit que je passerais par l'Assistante Sociale pour demander.

4.2.2. Complexification du travail habituel

L'investissement supplémentaire consenti par les intervenants n'est pas toujours récompensé. Les situations sont souvent chroniques et les solutions difficiles à trouver.

Surtout chez les AF et les INF, un cas de maltraitance supposée ou avérée constitue une **complexification du travail habituel**, lorsque par exemple les moyens matériels de traitement manquent à la maison ou encore lorsque l'AF ne peut pas préparer les repas par manque de denrées alimentaires.

AF1 : 28. Nous, on est là, on a pratiquement rien pour mettre sur les tartines, ou c'est le soir, les magasins sont fermés, ou pas de linge, la personne est incontinente, il faut la changer, cela ne suit pas.

INF2 : 107. J'avais fait une lettre à St Nicolas en demandant des chemisettes, des slips, des choses ainsi.

Dans tous les cas, pour l'intervenant, le temps passé à s'occuper de la situation problématique augmente rapidement.

4.2.3. Opposition ou passivité des proches

Il est parfois nécessaire de lutter contre l'opposition ou la passivité des proches. Certains n'ont pas pu adapter leur attitude au vieillissement de leurs parents, d'autres sont franchement de mauvaise foi.

MG3 : 219. Parfois, il y a aussi une ignorance ou un malaise des enfants. Parce que les parents changent et on n'arrive pas à se faire à ce changement-là, et ils ne se reconnaissent plus ils perdent un peu leurs repères.

INF2 : 26. C'est vraiment très difficile de se battre avec la famille pour obtenir tout ce qu'il faut pour le confort de la personne.

INF2 : 65. Le fils vit dans un bungalow derrière. La maison de la maman est vraiment insalubre. On a beau faire ce qu'on veut, on l'a déjà menacé, il n'y a rien qui se fait. Elle reste dans un état lamentable.

INF1 : 129. Même à l'heure actuelle, personne n'a réussi à ce que des draps ne lui soient mis.

4.2.4. Maltraitance d'un soignant

Le problème de l'intervention se complique encore si la personne présumée maltraitante est un soignant, comme cela est évoqué dans un chapitre précédent (2.3).

AF2 : 153. Les personnes âgées n'aiment pas de changer de stabilité, même si le médecin ne s'intéresse pas à eux, ils continuent quand même parce qu'ils sont habitués avec.

4.2.5. Besoin de stabilité de la Personne Âgée

Les personnes âgées elles-mêmes constituent parfois aussi le frein principal à une amélioration de la situation, soit activement en s'opposant aux propositions, soit passivement en laissant traîner les choses.

MG2 : 134. Madame ne voulait pas partir jusqu'à ce qu'une des quatre filles dise que ce n'était plus possible, fasse intervenir la justice.

AF2 : 159. C'est à la personne à dire « stop ». C'est à la personne à porter plainte...

AF1 : 30. Elle ne voulait absolument pas que j'appelle le médecin... Elle me suppliait de ne pas appeler. On voyait qu'elle était dans un état de déshydratation.

4.2.6. Histoire familiale difficile, peu connue des soignants

L'histoire de la famille comporte souvent des zones d'ombres simplement inconnues ou soigneusement dissimulées. Et les soignants ne se sentent pas tous des compétences de psychothérapeutes.

MG2 : 138. On ne sait pas d'abord ce que le vieux a été quand il était jeune. Il a peut-être été une peau de vache terrible avec ses enfants.

MG2 : 208. Et alors là, on se rend compte qu'on entre dans un écheveau qui est quelque chose de terriblement difficile... Il y a une part de la systémique familiale qui nous échappe.

MG2 : 229. Ça touche un petit peu aussi la notion de formation des médecins dans ces circonstances-là. Nous ne sommes guère formés à cela.

INF3 : 171-172. Le mode de fonctionnement d'une famille est tellement complexe qu'on a très difficile d'y rentrer, et de savoir comment y rentrer...

INF2 : 43. Je ne sais pas ce qui s'est passé dans la famille autrefois. Franchement, ça n'excuse rien quand même quelque part mais que s'est-il passé, pourquoi en est-on arrivés là à des extrémités pareilles, je ne sais pas.

AF1 : 16. Ce sont quand même de vieilles histoires parfois cuites et recuites. Oui, on voit la personne mais effectivement, on ne sait pas.

4.2.7. Changement de relation entre la PA et son entourage

Si les soignants interviennent tout de même, ils ont à assumer la détérioration de la relation avec les proches de la personne âgée, qui peuvent leur reprocher leur attitude interventionniste, leur propre dévalorisation mise au jour vis-à-vis de la personne maltraitée, le coût de l'intervention.

AF1 : 24. Ils disent que l'aide familiale n'est pas là tout le temps, on est quand même des étrangères, quand tu fais plus confiance à l'aide familiale, voilà plus une assistante sociale ou un gestionnaire plus tôt, et quand ils n'ont plus le moyen de manipuler ou de comprendre, ils deviennent agressifs.

MG3 : 111. Des gens forcément qui refusent tout. On est guère que tolérés parfois.

MG3 : 142. Il n'y a pas seulement un problème de sous, mais un problème d'aide et il y en a qui ne veulent pas que des aides-familiales interviennent, parce qu'ils imaginent que ça leur coûtera trop cher.

4.2.8. Rupture de la relation d'aide

Les soignants craignent que l'intervention destinée à protéger la PA ne soit stoppée par une rupture de la relation d'aide par la personne maltraitante, laissant sa victime hors de leur champ d'action et de protection. Les 3 groupes professionnels signalent cette éventualité, mais les médecins y insistent plus souvent (leur position d'indépendants les rend elle plus sensibles à la perte d'un patient ?).

AF2 : 159. D'ailleurs on perd la famille de toutes façons... elle se permettait de s'occuper de choses qui ne la regardaient pas et alors, je dis, avec ça, le Monsieur a décidé de changer... Pourtant voilà cinq ans qu'on y allait et maintenant c'est fini.

INF1 : 138-139. Quand on est un petit peu trop gênant, on leur dit au revoir et nous, on ne sait plus rien faire... Ils changent de service, ils ne nous prennent pas.

MG1 : 78. On reste un médecin choisi, on vous met à la porte quand on veut, à la rigueur, du jour au lendemain.

Certains professionnels expliquent qu'il est important de **maintenir la relation** entre le professionnel et la PA afin de poursuivre la surveillance de la situation et d'assurer la sécurité de la PA.

INF3 : 240. C'est qu'on accepte parfois des situations qui ne sont pas nickels, donc on n'arrive pas à faire ce qui serait intéressant, mais on reste pour protéger la personne en gardant un intervenant ou deux.

4.2.9. Manque de connaissance des organismes existants

Les Médecins Généralistes surtout évoquent le **manque de connaissance au sujet des organismes** de référence. On peut penser qu'ils se sentent la responsabilité d'aller plus loin dans le signalement mais aussi qu'ils se sentent démunis. A quels organismes peuvent-ils s'adresser et que peuvent-ils en attendre ?

MG1 : 366-368. Quand on a découvert de la maltraitance, pour les enfants, pour les femmes battues aussi maintenant, il y a des structures auxquelles on peut faire appel, on peut conseiller aux gens de faire appel. Mais pour les personnes âgées, maltraitées, c'est généralement le contraire... Enfin, je ne connais pas bien le CAPAM.

MG1 : 79. On est démunis dans beaucoup de situations parce que même des maltraitements physiques pas trop graves, porter plainte à la police, on ne sait quoi faire.

4.2.10. Procédures d'intervention lourdes

Le signalement de la maltraitance pose parfois problème. Certains hésitent avant d'entamer une procédure jugeant que **trop d'intermédiaires** sont nécessaires et qu'elle a peu de chance d'aboutir. Les plaintes n'aboutissent pas forcément : le travailleur qui signale la situation ne se rend pas crédible, la personne âgée nie les faits, la police ou la justice ne veulent ou ne peuvent agir.

INF1 : 312. Je pense qu'il y a trop d'intermédiaires pour aboutir à un résultat. Que, du fait qu'on doit passer par dix personnes différentes, déjà, il y a une partie qui se perd en chemin.

AF1 : 130. Elle m'avait dit que je me faisais peut-être des idées, que je dramatisais peut-être.

AF1 : 49. On a des procès verbaux de la police et ils sont allés les interviewer, et ils ont bien dit « Marie-Paule, tu prends les choses en main, nous on ne fait rien ».

INF2 : 37. Il doit y avoir une certaine gêne chez la personne maltraitée parce qu'on a beau faire venir les assistantes sociales ou la police, les gens se pointent : "Ah mais non, je suis tombée ou bien ah mais non, voilà". Donc, à partir de là, qu'est-ce qu'on peut faire ?

MG3 : 88. Refus d'hospitalisation. Essai de collocation. Ça n'a pas marché. On a avisé le Procureur qui comprenait très bien la situation, mais qui m'a dit « Débrouillez-vous, je ne veux pas intervenir là-dedans ».

Parfois, les plaintes aboutissent après un délai jugé excessif.

INF1 : 242. Quand on voit quelque chose, le plus vite possible, tout de suite on essaye d'avoir toutes les preuves au sein de la structure CSD, puis après, ça reste bloqué pendant toutes les semaines ou alors des mois.

MG2 : 268. Les structures, elles existent et il faut les interpeller, et parfois un peu les houspiller, les mettre devant leurs responsabilités... Le problème, c'est qu'il y a beaucoup de services très assis, ne pas trop déranger.

4.2.11. Hésitation et manque de connaissance des soignants pour intervenir

Malgré leur bonne volonté, certains ne savent que faire dans le suivi de telles situations. Le statut et la formation des soignants ne leur permettent pas de voir clairement comment intervenir dans une problématique sociale et familiale où se mêlent des éléments affectifs, relationnels, financiers, etc. D'autres -minoritaires- doutent sur l'utilité de changer les choses.

INF1 : 257. Maintenant, je ne sais pas qui décide, ce n'est pas moi, donc je ne sais pas.

INF3 : 72. Et le médecin traitant est au courant. Et on dit « qu'est-ce que vous faites dans cette situation-là ? » « Qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? »

INF3 : 207. A un moment donné, quand l'hygiène est limite, je ne sais pas ce qu'on a comme recours non plus.

MG1 : 85. C'est une maltraitance financière nette évidente. On ne sait rien dire.

MG2 : 260. On a les mains vides. On est un peu conseillers, on est un peu démineurs, mais qu'est-ce qu'on sait faire ? Nous, zéro en clair. Allez, cessons de nous voiler et de faire de beaux discours. Qu'est-ce qu'on fait en pratique ? Qu'est-ce qu'on fait ? On n'a aucun pouvoir juridique, aucun pouvoir légal. On est juste un peu conseillers, un peu démineurs.

Bien souvent, les professionnels se retrouvent impuissants à faire évoluer favorablement les choses. Ils ne peuvent évidemment pas assurer une présence continue sur place et se trouvent en difficulté tant d'établir le diagnostic de maltraitance que d'agir directement.

4.2.12. Secret professionnel

Certains MG évoquent la question du **secret professionnel** comme étant un frein au signalement ; cet élément passe en second plan s'ils jugent prioritaire de signaler et d'intervenir.

MG1 : 223-224. On est tenus de transgresser le secret médical si on pense qu'il y a des valeurs supérieures au maintien du secret... Maintenant, on peut avoir pas de problème avec la justice et en avoir avec les gens, c'est un autre problème.

5. Le vécu des professionnels dans ces situations

5.1. La charge émotionnelle

Les professionnels expriment parfois leur **compréhension** face aux situations de maltraitance qu'ils rencontrent. Ils peuvent comprendre, sans pour autant cautionner, l'attitude des personnes maltraitantes en fonction notamment du vécu familial.

AF1 : 30. C'est pour cela que je critique rarement les familles, sauf cas exceptionnel car je me demande ce qu'on ferait si on avait telle personne difficile ou très malade aussi.

INF2 : 57. C'était une vengeance qu'elle faisait contre sa mère parce que sa mère ne l'a pas protégée. Donc, elle négligeait sa mère.

Il arrive que les professionnels s'identifient aux PA qu'elles rencontrent.

MG2 : 14. On se projette parfois en tant que soignant, en se disant "pourvu que quand je serai âgé, je ne sois pas réduit à un esclavage pareil ».

Face à une situation de maltraitance, il arrive que les professionnels, plus particulièrement les AF, éprouvent des **difficultés à préserver une certaine distance émotionnelle**.

AF2 : 161. Je referme la barrière, je me dis « C'est fini pour aujourd'hui », mais il n'y a rien à faire, de temps en temps, je me dis « Elle est rentrée du travail, qu'est-ce qu'elle fait ? C'est pas évident. »

De nombreux facteurs contribuent à augmenter la charge émotionnelle liée au travail.

Plusieurs personnes ont signalé le prolongement du sentiment de responsabilité en dehors des heures normales de travail, demande de prise de parti au sein des conflits familiaux,...

INF2 : 168. Je me suis senti vraiment paumé, alors j'ai pris tout sur moi et là, j'ai été faire du bénévolat.

AF1 : 9. Je trouve que c'est difficile dans les couples, parfois on nous fait sous-entendre qu'on doit un peu prendre parti.

AF2 : 272. Elle, par rapport à ça, elle ne se sent pas bien.

AF3 : 207-9 Quand on sort, on a un poids... une fois qu'on a terminé sa journée, on a quand même toujours ça en tête.

MG1 : 215. La définition du rôle de l'OMS, du rôle du médecin généraliste, c'est qu'on devrait tout faire.

5.2. *L'interaction entre les situations de maltraitance et d'autres domaines professionnels*

5.2.1. Contexte professionnel

Au cours des FG, les professionnels de la santé sont amenés à parler de leur contexte professionnel, contexte qui peut expliquer certaines de leurs attitudes ou de leurs difficultés.

Ce sont les AF qui s'expriment le plus au sujet de leurs conditions de travail.

Un certain nombre d'éléments complexifient non seulement le travail, mais aussi le rôle des soignants (ce sont essentiellement les AF qui s'expriment à ce sujet) face à une situation de maltraitance/négligence :

- les **ruptures affectives** dues à un décès d'un patient,
- la difficulté de **séparer vie privée** et vie professionnelle,
- la **charge d'écoute** particulièrement importante,
- la **répétitivité** du travail,
- la **lassitude** que cela entraîne,
- la **durée d'une journée** de prestation,
- l'**instabilité des horaires** empêchant une organisation optimale de la continuité des soins.

AF1 : 109. Tu vas trois fois par semaine chez le même Monsieur pendant six mois, puis du jour au lendemain, tu ne le vois plus.

AF1 : 7. Si même on n'est pas d'accord, rien que l'écoute, des fois cela leur fait du bien. Nous, cela nous pèse peut-être ou c'est lourd en fin de journée où on doit écouter tout le temps, cela fatigue mais on le sait.

AF1 : 107. S'il y a de l'absentéisme au travail, tout de suite on change notre horaire pour ailleurs, donc on ne sait pas toujours avoir la continuité et vraiment

AF3 : 75. Quand on voit comment on est surchargés de travail.

5.2.2. Rythmes de travail

Les rythmes de travail trop élevés sont évoqués comme limite à l'écoute des problèmes, à l'évaluation des situations familiales, mais les professionnels ne se reconnaissent pas une grande capacité d'action face à cela.

AF3 : 369. Quand on dit à l'assistante sociale « là il faudrait une heure de plus, même une demi heure, ce serait déjà bien, c'est un peu juste », c'est vrai qu'on les obtient. Mais c'est quand même rare...

INF1 : 359. Il faut nous laisser plus de temps pour pouvoir nous permettre d'observer plus et de faire un meilleur travail et d'avoir une relation de confiance plus avec les gens.

MG3 : 164. Bien sûr, si on faisait trois patients par jour, ce ne serait pas un problème. On a tout le temps d'appeler l'assistante sociale, de parler avec l'infirmière ou l'aide familiale si on n'avait que ça à faire, c'est sûr.

MG2 : 107. Tous les soignants se rangent un peu derrière la charge de travail. C'est nous qui la voulons bien.

5.2.3. Autres maltraitances

Au cours des discussions, les professionnels établissent également un parallèle entre la maltraitance des PA et celles dont sont victimes d'autres groupes, à commencer par la plus médiatisée, celle des enfants, puis celle des femmes.

MG1 : 19. Quand on pense maltraitance, on pense d'abord maltraitance des enfants, enfants battus.

MG1 : 152. Finalement, il s'avère que c'est bien plus fréquent que la maltraitance des enfants.

MG1 : 261. C'est la même chose qu'avec des femmes battues. Les femmes battues, tu as beau constater qu'elle est battue et qu'elle est battue, tu ne peux pas aller porter plainte à sa place.

6. Besoins et ébauches de solutions

6.1. *Besoins des professionnels*

6.1.1. Besoin d'informations et de formations

a. Mieux connaître les structures d'aide aux professionnels et les possibilités d'action

Les MG souhaiteraient connaître les structures d'aide aux professionnels : à qui peuvent-ils faire appel en cas de suspicion de maltraitance ? Et quel est le rôle de ces organismes ?

Certains groupes de professionnels évoquent le CAPAM ou ALMA tout en ne connaissant pas, le plus souvent, le type de services ou de prises en charge proposés par ces organismes.

Les AF n'évoquent pas du tout le CAPAM. Ce sont les MG qui en parlent le plus. Mais globalement, peu de professionnels de la santé connaissent cette structure et l'aide qu'elle peut leur apporter.

Les propos tenus par les membres des FG à propos du CAPAM sont repris in extenso en annexe.

b. Formation aux aspects communicationnels ou médicaux

Les formations souhaitées concernent d'une part la **systemique familiale** (écoute, dynamique des couples, gestion des conflits) et d'autre part des informations sur les **maladies chroniques et dégénératives** (ces demandes ne sont pas formulées par les médecins).

AF1 : 114. On n'a pas eu souvent des cours d'écoute.

INF2 : 224. Avoir une meilleure approche au niveau de la famille, donc savoir ce qu'est la maladie.

c. Formation aux aspects éthiques et juridiques

Plusieurs MG souhaitent connaître leurs droits et devoirs en matière juridique. C'est un aspect qui a été évoqué dans la plupart des FG de MG.

Un seul MG évoque la nécessité voire l'obligation de transgresser le **secret médical** lorsqu'il est le médecin traitant de la personne maltraitante.

6.1.2. Besoin d'outils d'évaluation

En lien tant avec le diagnostic de maltraitance qu'avec la gestion des actions, les médecins et les infirmières soulignent le manque d'outils d'évaluation d'une situation suspecte.

Les différences culturelles sont citées comme une difficulté supplémentaire pour évaluer.

MG1 : 322. C'est toujours plus facile... de faire un test... un peu comme les échelles de dépression et compagnie, que de dire aux gens « tout compte fait, j'ai l'impression que ça ne va pas ».

INF2 : 220. Des approches multiculturelles lors des soins.

MG2 : 194. Je dirai peut-être une confirmation du diagnostic parce que c'est un diagnostic de maltraitance. Je pense que c'est surtout ce qui nous manque. Parce qu'intervenir, ils sont à la limite mieux au courant que nous de la CAPAM de toutes les possibilités qu'on a. Mais par contre, les diagnostics ne sont pas toujours très surs. Ils se demandent parfois, ça, ils aiment bien.

Un MG participant aux FG parle d'une **grille d'identification de facteurs de fragilité** (grille comprenant 10 questions simples). Il souligne l'importance d'observer l'apparition de signes de fragilité chez la PA. Ces facteurs de fragilité peuvent en effet favoriser l'apparition de situations de maltraitance.

MG1 : 182. Quand on connaît par exemple les points de fragilité de la personne âgée, il y a des études qui ont montré que si on corrige les facteurs de fragilité et tout, ça dépend de leur degré, on gagne beaucoup et les choses sont simples, c'est voir, regarder, entendre les signes de fragilité. Dès qu'il y aura des pertes de vue, des troubles de la marche, des petits problèmes de compter son argent et tout, savoir appeler à l'aide en cas de maladie, ce sont des choses simples, c'est une grille très simple de dix questions. Je vais vous poser la question : si vous pensez à la personne âgée, pensez-vous qu'elle est déprimée ? Si elle vous dit oui, il faut le croire, il y a une dépression. Parce que la dépression, c'est un signe de fragilité. On n'a pas besoin de faire autre chose. Et même si le mode de vie, on ne pense pas, il y a des critères assez valables qui disent que si une personne âgée vous le dit "je me sens déprimée, c'est qu'elle est vraiment déprimée". Par contre, si elle te dit non, ce n'est pas sur qu'elle ne l'est pas.

6.1.3. Souhait de s'entourer d'intervenants supplémentaires dans la prévention

Les MG pensent que faire appel à d'autres professionnels de la santé peut aider à prévenir les signes de fragilité des PA et par conséquent, à prévenir les situations de maltraitance : un kiné peut aider la PA à maintenir ses possibilités de mobilité, la diététicienne peut veiller à l'équilibre de l'alimentation, etc. autant d'éléments qui permettent de corriger certains facteurs d'affaiblissement.

MG1 : 192. Voilà, mettre un kiné discuter sur les possibilités, l'alimentation, ce sont des choses simples. On doit travailler dessus et dire dorénavant, on va faire en sorte que vous puissiez manger mieux, on met des suppléments et tout. Donc, on a plusieurs facteurs, on peut en corriger une bonne partie. Demander des personnes ressources, de l'aide et tout, suivre la personne pendant X temps, et tous ces facteurs là font que la personne rentre moins dans la dépendance, reste plus longtemps à la maison et garde son autonomie.

Les AF sont également considérées comme importantes pour aider la PA à maintenir son autonomie.

MG1 : 208. Mais les aides-familiales parfois font vraiment du bon travail. Il y en a quand même qui sont vraiment des aides précieuses.

C'est le MG qui doit avoir cette vision globale et faire appel aux différents intervenants.

MG2 : 195. Je pense qu'ils (ndlr : les paramédicaux) attendent beaucoup de nous avec l'idée qu'il y a une hiérarchie dans la prise en charge d'une personne par les intervenants, et peut-être le médecin qui chapeaute parce que c'est lui qui prescrit le kiné, une infirmière,...

MG1 : 407. Ça rentre dans l'initiative du médecin de prendre contact... C'est pas à un autre des professionnels, c'est le médecin qui doit être le pivot

6.1.4. Besoin de communication inter-professionnelle

Les AF et les INF, qui travaillent souvent en équipe ou au sein de coordinations locales, expriment un besoin de parole entre elles et avec l'assistante sociale de référence. Le but est probablement multiple : **clarification des faits**, **renforcement du diagnostic**, **soutien moral** face à une charge émotionnelle importante et face à une complexification du travail habituel. Pour maintenir leur disponibilité affective, elles souhaitent partager en équipe inter pairs les cas jugés « lourds ».

INF1 : 355. Je crois déjà le fait d'en parler, de mettre sur le tapis, voilà, il y a telle et telle chose, c'est déjà bénéfique pour tout le monde, aussi bien pour le patient que pour l'entourage, et voilà. Il n'y a pas de sous-entendu, les choses sont claires.

INF3 : 41. Donc, à ce moment-là, j'ai arrêté de le soigner, j'ai passé la main à quelqu'un d'autre parce que je crois là aussi qu'il y a un moment donné où le soignant doit reconnaître qu'il y a des limites.

Les médecins évoquent peu les discussions avec leurs pairs (bien que seulement 5 des 17 médecins interrogés travaillent en pratique solo), et la prise de parole à propos des situations délicates se déplace dans des réunions interprofessionnelles.

MG1 : 407. Ça rentre dans l'initiative du médecin de prendre contact... C'est pas un autre des professionnels, c'est le médecin qui doit être le pivot.

MG2 : 70. On a aussi des réunions où chacun y met ses états d'âme autour de la maltraitance... c'est fort important de debriefer avec l'équipe soignante... On prend plus facilement des décisions quand ça repose...

S'ils attendent également un partage des cas « lourds », c'est à travers la collaboration avec d'autres professionnels plutôt qu'avec des pairs.

MG3 : 127. Je crois qu'il faut lancer des pistes, il faut donner des ressources... Le CPAS, le Juge, ... Ou une aide-familiale qui vienne. A ce moment-là, on peut introduire quelqu'un d'autre pour prendre le relais et le maintenir plus optimal. Ou bien pour provoquer une réunion, inviter ceux qui soit disant aident.

Les réunions de coordination interprofessionnelles sont très souvent citées par tous les types de participants aux FG et jugées très utiles. Entendre les **différents points de vue sur une même situation** est ici vécu comme un atout. La rétribution accordée depuis peu aux intervenants indépendants est jugée comme un incitant très positif (concertation multidisciplinaire à domicile).

INF3 : 34. Il y a énormément de dialogue, des réunions avec les infirmières, le médecin traitant, la logopède aussi qui vient à domicile, donc il y a beaucoup de passage, il y a le kiné aussi qui passe. Donc, il y a eu beaucoup de dialogues et c'est vrai que ce Monsieur s'est senti entendu quelque part dans ses difficultés, et c'est vrai que c'est important.

AF1 : 137. Ce qu'ils ont instauré, ... c'est de mélanger aide-familiales et infirmières (ndlr : lors des formations) parce que justement, on s'est rendues compte qu'il n'y avait pas une bonne communication non plus.

AF1 : 73. Ici, le médecin de la dame qui n'était pas bien a téléphoné à l'assistante sociale pour bien confirmer qu'il était passé, que ce qu'on avait demandé s'établissait, et qu'effectivement, en plus, il avait demandé qu'on passe l'après-midi pour l'hydratation supplémentaire.

INF3 : 160. Parfois, on n'est pas du tout incommodés par les mêmes choses. Parfois, c'est plus par quelque chose de relationnel, de psychologique. L'autre, ça peut être l'hygiène que ce n'est pas possible, ça surplombe tout.

MG3 : 77. Souvent on fait entrer l'assistante sociale dans les équipes de soins. Elle a plus des trucs, des clés, on va dire, pour résoudre certaines choses. Elle dit effectivement, je pense que dans les familles, tout ne se passe pas très, très bien et de fil en aiguille, on peut souvent arriver à dénouer certains fils.

D'autres outils de communication comme les cahiers de coordination sont rarement cités et ne semblent pas se révéler très performants.

Les limites à leur utilisation tiennent à la **négligence** ou à la **méconnaissance** des intervenants (les médecins ne le citent quasiment pas)...

AF1 : 69-70. On essaye beaucoup de mettre en place les cahiers de coordination où même là, on peut être en contact avec les médecins et les autres intervenants... Cela ne fonctionne pas si bien.

AF2 : 229-230. Pourtant, il est bien marqué que c'est pour tous les intervenants, mais bien souvent, il ne sert qu'à nous... Ou bien, même s'il n'y a rien, on met RAS ou quoi, on met la date et on signe. Mais il n'y a que nous. Que ce soit le kiné, infirmière, médecin.

Les professionnels s'imposent également des limites pour remplir ce cahier dans le respect de l'utilisateur.

INF1 : 338. On a le cahier infirmier, mais il faut faire attention aussi que elle, si elle le lit, elle va dire « qu'est-ce qu'ils racontent ? »... « qu'est-ce qu'on a écrit là sur mon compte ? »... Si je veux laisser un mot comme ça à l'assistante sociale, je dois lui sonner.

MG1 : 405. La solution, c'était quand même la communication, de mettre en place un système de communication entre les différents partenaires. Les aides-familiales parlaient d'ordinateurs, de systèmes informatiques qui leur donnent un moyen de signaler des choses, des données vraiment très typiques sur la personne, et auxquelles la personne n'a pas accès, à la différence d'un cahier de liaison qu'elles lisent.

Le bénéfice du cahier de coordination est parfois réduit en raison d'une rétention d'informations par la PA elle-même.

AF1 : 75-76. Je suis déjà arrivée dans des familles où je ne savais pas qu'il y avait un cahier de coordination. Bien souvent, la personne ne le dit pas, elle le cache... Ou alors, elle n'y pense pas. Il arrive aussi que la personne ne veuille pas qu'on écrive un cahier ou qu'elle déchire les pages du livre.

6.1.5. Besoin de temps

De nombreux professionnels, indépendants ou non, évoquent le manque de temps pour pouvoir intervenir comme ils le souhaiteraient : certains MG notamment approuvent les temps de concertation, souhaiteraient pouvoir intervenir plus longuement auprès de l'entourage de la PA mais faute de temps, ils ne peuvent pas toujours mettre en place ces stratégies.

MG2 : 225. Donc, je reviendrai toujours à avoir quand même un facteur déterminant. Si on avait du temps, je pense que beaucoup de choses iraient mieux. Mais du temps, du temps...

MG2 : 227. Oui, mais moi parfois, ça me frustre ça parce qu'on sent que les choses pourraient bouger, par exemple des anciennes histoires qui n'ont pas été mises à plat et on se dit "on va encore soigner ça parce que si ça pouvait être clair, je pense qu'aujourd'hui, ce serait clair aussi parce que ce qui s'est passé avant-hier à la communion de la petite, ça n'a pas été bien vécu alors que de nouveau c'est des croyances. Si on pouvait reparler de ça calmement pour que chacun puisse exprime comment il a vécu les choses, on s'embrasserait peut-être à la fin. Mais le drame, c'est que, ce n'est reproché à personne, mais notre société ne permet plus ça. Ça n'existe plus.

INF1 : 359. Mais si, du fait qu'on n'a pas le temps parce qu'on se prend la tête avec la productivité machin, leurs schémas, leur couple ou comme ça, mais c'est clair que même si ça ne l'était pas, de toutes façons, c'est clair que je comprends que d'une certaine façon, pour que notre organisme de soins continue à tourner, il faut évidemment des patients, etc. mais d'un autre côté, il faut nous laisser plus de temps pour pouvoir nous permettre d'observer plus et de faire un meilleur travail et d'avoir une relation de confiance plus avec les gens, et peut-être de nous permettre d'être de moins mauvaise humeur certains jours, il y a plein de choses. Le fait, si on se sent bien dans son travail et dans son métier, on est plus accessibles pour que les autres personnes nous parlent.

6.2. « Solutions » proposées par les professionnels de la santé

6.2.1. Création d'une structure centralisée

Des professionnels suggèrent la création d'une « centrale » à qui professionnels et particuliers pourraient faire appel en cas de besoin, au moyen d'un numéro de téléphone court. Cette centrale pourrait servir de relais vers des organismes d'aide ou de conseils (juridiques, de soins, ...) au bénéfice des professionnels mais aussi des familles (aide sociale, aide directe aux personnes).

INF2 : 223. C'est parce qu'un jour, en feuilletant le bottin, je l'ai vu, ... ce sont des numéros qu'on devrait connaître comme le Centre Anti-Poisons, le 107, SOS enfants, SOS personnes âgées, ce serait pareil.

MG3 : 185. On pourrait très bien dire "SOS vieillards", "SOS personnes âgées", donc, là, je verrais plus une structure comme ça, et qui serait intervenante à domicile, donc qui réunirait les différentes personnes pour essayer de planifier un petit peu les actions de chacun, qui cherche quoi, qui cherche à bénéficier de...

INF3 : 185. Donner aux personnes toutes les pistes qu'elles peuvent avoir pour essayer de sortir souvent de ce problème financier où on n'avance pas.

INF3 : 226. Proposer des bénévoles de la commune qui viendraient lui retaper sa pièce (pour améliorer l'hygiène).

6.2.2. « Solutions » urgentes

Les MG surtout, ont partagé leurs expériences en terme de protection urgente d'une personne maltraitée. Il ressort de ces échanges que la plupart des MG se sentent démunis et mal à l'aise lorsqu'une situation aiguë de maltraitance se présente à eux.

Des possibilités d'actions urgentes sont évoquées concrètement par certains : hospitalisation rapide de la PA voire appel à l'ambulance ou au VIM, appel à la Police, rédaction d'un certificat de mise en observation urgente adressé par fax au Procureur du Roi

Les MG sont conscients que ces démarches parfois improvisées ne sont pas toujours appropriées. Certains souhaiteraient par ailleurs une clarification de leur rôle juridique.

MG3 : 167. Je pense à des aides qui pourraient venir d'autres structures politiques au niveau d'autres relais qui pourraient...

MG3 : 168. Une page juridique en tous cas sur laquelle on puisse s'appuyer.

6.2.3. « Solutions » plus durables

Les participants aux FG suggèrent différentes démarches à mettre en place en termes de solutions plus durables aux situations de maltraitance qu'ils rencontrent. Certaines sont qualifiées par des MG comme « faciles ». Au chapitre 4, des actions concrètes qui arrêtent les faits de maltraitance mais qui ne répondent pas à l'origine de celle-ci ont déjà été évoquées (MG2. 227).

Instaurer un dialogue constitue une première démarche éventuellement porteuse : dire à l'entourage le malaise ressenti par le soignant ; négocier ; maintenir le lien avec l'entourage de la PA maltraitée. Rester « neutre » mais conseiller.

MG2 : 216-218. Nous avons un rôle de conseil énorme aussi. Parfois les gens nous interpellent, et puis même des gens de la famille se rendent compte qu'il y a une difficulté parfois. On leur dit, 'ne croyez-vous pas qu'il y a une difficulté ?' Et je pense que, on a parlé de dialogue tout à l'heure, c'est quand même essentiel. Je pense qu'il faut commencer par là, et parfois, ça peut suffire.

Certains professionnels parlent d'un rôle préventif. Il convient ainsi d'avertir l'aidant sur la lourdeur de sa tâche et de le soutenir (déculpabilisation de l'aidant qui a besoin de « souffler »). Les MG jugent par ailleurs qu'ils ne doivent pas attendre et « mettre la main à la pâte » dès les premiers soupçons.

MG1 : 233-234. C'est vraiment notre rôle, de dire aux gens "attention, vous vous occupez de quelqu'un qui vous épuise, si vous n'êtes plus à la hauteur, vous allez avoir deux problèmes au lieu d'un".

Je dis aux gens qu'ils doivent apprendre à être égoïstes de temps en temps pour être d'autant plus disponibles. On est dans une course de fond, pas dans un sprint.

Le placement de la PA victime de maltraitance, en maison de repos « à l'essai » ou dans une résidence-service, est évoqué mais faut-il encore que tous les établissements acceptent...

Les soignants abordent la possibilité de mobiliser des services venant en soutien à l'entourage : contacter le CPAS de la commune, l'assistante sociale ou encore un coordinateur, assurer le remplacement durant une semaine de l'aidant naturel d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer,...

MG1 : 231. Il y a l'hôpital de jour où on peut venir les déposer le matin, on les met à la garderie puis on les récupère le soir.

Introduire une action en justice (Juge de Paix) ou demander la désignation d'un administrateur est certes possible mais les participants se posent de nombreuses questions en ces matières complexes.

MG1 : 223-224. On est tenus de transgresser le secret médical si on pense qu'il y a des valeurs supérieures à la maintenance du secret... Maintenant, on peut avoir pas de problème avec la justice et en avoir avec les gens, c'est un autre problème.

Certaines solutions ou pistes de solutions évoquées plus haut sont citées par les professionnels sans avoir été expérimentées... Dans la plupart des cas, les soignants sont peu informés des possibilités d'actions et peu armés pour faire face à une situation de maltraitance. Le manque de temps pour la mise en œuvre de ces solutions est fréquemment évoqué.

MG3 : 164. Bien sûr, si on faisait trois patients par jour, ce ne serait pas un problème. On a tout le temps d'appeler l'assistante sociale, de parler avec l'infirmière ou l'aide-familiale si on n'avait que ça à faire, c'est sûr.

Ils souhaitent donc être davantage informés des possibilités existantes et soutenus dans les démarches qu'ils pourraient entreprendre.

MG1 : 272-273. Encore une fois, on se sent démunis, pas fort aidés. Même par la justice... L'explication de ça, c'est la peur de la bavure

6.3. Évolution sociétale

Le problème de la maltraitance devrait être plus apparent sur la **place publique**. Il y a un **travail de communication** à effectuer vers le grand public.

INF2 : 222. Il y a eu toute une campagne publicitaire "prenez le temps de parler", mais c'était pour les enfants, pour les parents par rapport à son enfant.

Mais la conscientisation doit toucher les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches, et les **problèmes liés à la vieillesse doivent être anticipés**. Cela suppose un effort de communication entre générations, un effort de verbalisation.

MG1 : 336. Mais je pense que verbaliser clairement les choses, c'est aussi pour moi un élément fort important, les gens ne verbalisent plus rien, on n'ose plus rien dire ou on occulte des pans complets de notre propre vie.

MG2 : 24. Quand ils sont encore bien, qu'ils encore bien toute leur tête, je crois que c'est très important, nous, de les inciter à désigner quelqu'un qui va pouvoir prendre le relais et qui sera bienveillant.

Quelques idées viennent dessiner le contour d'un concept de « **bienveillance** » des PA encore à préciser pour le grand public. Mais cela dépend des règles qu'on se donne pour la vie en société.

INF3 : 287-293. Parler plutôt, au lieu de maltraitance qui est un mot qui veut dire "mal", donc "qui n'est pas bien", parler plutôt d'un concept de "bienveillance"... Il y a eu tout ce travail de concept envers les enfants.

L'écoute et la remise en valeur des PA doivent être favorisées au sein de la société (en lien avec la dévalorisation sociale de la PA, la disparition de la notion de « famille » et un contexte social favorisant le repli sur soi).

La création d'espaces de rencontres est également évoquée, espaces pour les aînés mais aussi espaces dédiés à la rencontre d'enfants et de PA.

MG3 : 222. Mais on ne favorise plus les espaces de rencontres alors que finalement, je pense qu'avec un peu d'imagination, on pourrait y arriver. Ce sont tout bénéfique aussi bien pour les tout jeunes, de voir comment ils vont devenir et pour les vieux, de rajeunir au contact des tout petits qui se chamaillent.

Des participants expliquent aussi le peu de temps que certaines familles consacrent aux aînés par la vie trépidante qu'ils mènent. Ces participants parlent d'un phénomène de société.

Des infirmières proposent la création de « spots d'informations » à diffuser dans les médias.

MG2 : 236. Il faudrait une prise en compte par la population qu'elle vieillit et que nous vivons beaucoup plus. On le sait, et on en parle en pensant aux pensions, encore une fois aux sous, mais pas au côté, justement, charge de travail, occupation des personnes âgées.

MG2 : 274. C'est impliquer les citoyens.

MG3 : 220. Des maisons de repos par exemple autour d'écoles maternelles.

MG2 : 285. Et pour la maltraitance des personnes âgées, je pense que si on pouvait plus passer dans les maisons, comme ça se faisait dans le temps, il y aurait de l'aide, il y aurait une protection par le groupe.

MG3 : 218. Mais créer des structures de référence comme il y a pour les jeunes pour les âgés. Des services d'aide aux seniors, des espaces de conciliation comme ça existe pour les enfants.

Un soutien matériel au bénéfice des familles qui s'investissent pour leurs aînés ainsi qu'une bonne organisation sont jugés nécessaires.

MG3 : 227. Je trouve que pour la famille, à la limite, il faut supprimer les maisons de repos et donner une allocation pour les personnes qui gardent leurs parents.

MG2 : 240. Les familles qui ont le courage ou l'amour de garder la personne âgée chez eux, ça leur coûte cher.

MG2 : 282. On remet des subsides et des subsides, puis il y a une dispersion.

Mais un support immatériel qui limite la souffrance des aidants est également indispensable...

INF2 : 226. Pour les soignants et aussi pour les familles etc., peut-être des groupes de paroles clairement identifiés.

MG2 : 86. Que les gens puissent lever le drapeau, et dire "je n'en peux plus, ça ne va plus... ».

7. Conclusions

7.1. Définitions de la maltraitance

Une question portant sur les définitions de la maltraitance a introduit tous les FG. Elle avait pour objectif d'obtenir un accord du groupe sur ce qu'il convient d'entendre par la maltraitance des aînés. A la différence d'un public tout venant, les professionnels interrogés ne s'arrêtent pas à la violence physique : ils évoquent rapidement toutes les causes classiques de la maltraitance, sans scotome.

On relèvera que chaque discipline évoque plus spécifiquement un certain type de maltraitance, en fonction de sa sphère d'activité : les infirmières les violences physiques (contacts avec le corps), les aides-familiales les violences psychologiques (présence prolongée à domicile) et les médecins généralistes les violences financières (relations d'argent avec les patients).

La maltraitance provenant de l'action des soignants est d'emblée évoquée, par toutes les disciplines pour elles-mêmes et pour les autres. Il existe assurément une démarche réflexive sur le sujet.

**Les professionnels interrogés sont attentifs à la problématique de la maltraitance à laquelle ils ont déjà réfléchi.
Chaque discipline, suivant sa spécificité d'action, est susceptible de porter plus d'attention à un certain type de maltraitance.
L'existence de la maltraitance liée aux soignants est évoquée spontanément, par tous et pour tous.**

7.2. Causes de la maltraitance

Sans surprise, l'ensemble des professionnels identifie un profil type de la personne âgée maltraitée ainsi que les caractéristiques du maltraitant. Le discours est empreint de nuances : la notion de vulnérabilité de la PA est naturellement identifiée (fragilité gériatrique et dépendance) mais le caractère difficile de certains aînés est également évoqué ; la personnalité du maltraitant est mise en avant mais également ses difficultés socio-économiques ou son épuisement dans ses fonctions d'aidant.

Des phénomènes sociaux émergents sont pointés : familles recomposées ou à composition particulière, dépendance financière des jeunes générations,...

La maltraitance liée aux soignants retient particulièrement l'attention des infirmières et surtout des aides-familiales qui portent un jugement sévère sur l'attitude de certains MG. Les administrateurs de biens sont également fortement mis en cause.

Les professionnels portent un regard nuancé sur les causes de la maltraitance, identifiant la complexité des situations et l'intrication de nombreux facteurs liés aux différents acteurs et au contexte.

La situation des MG mérite une attention particulière : leur image est contrastée, leur situation complexe. Ils expriment eux-mêmes un malaise, pris en tenailles entre des responsabilités importantes et un contexte professionnel qui leur donne peu de moyens d'agir.

Cette étude invite à l'instauration d'une réflexion sur le sujet des administrateurs de biens, dont l'action pose question.

7.3. Diagnostic de la maltraitance

Le diagnostic d'une situation de maltraitance est une démarche difficile. Il se dégage une impression de mosaïque : chaque professionnel possède des atouts et rencontre des difficultés ; la perception des uns n'est pas toujours celle des autres. Par exemple, les AF disposent d'un temps d'observation et d'un statut d'interlocutrice appréciable mais les prérogatives semblent dans le camp des MG qui disent manquer cruellement de temps...

Il faut ajouter à cela que l'éthique professionnelle impose (fort heureusement) de la prudence, de la réflexion et un souci de ne point se positionner en juge.

Les éléments diagnostiques d'une situation de maltraitance ne sont pas dans les mains des prestataires d'une seule discipline : le puzzle diagnostique doit vraisemblablement se construire au travers de contacts interdisciplinaires et dans le respect de valeurs éthiques partagées.

La création d'espaces de dialogue interdisciplinaire devrait permettre une meilleure approche diagnostique de la maltraitance.

7.4. Actions face à la maltraitance

Si tous les professionnels se considèrent responsables en matière de signalement, une notion de hiérarchie intervient quand il s'agit d'entrer en action. Au sommet de cette « pyramide de l'intervention » figurent les MG (qui font état de leur malaise lié à une relative impuissance) mais également les Assistantes Sociales. Ces dernières, hélas non entendues dans le cadre de cette étude, se situent en marge du cercle des soignants et font figure de personnes ressources providentielles.

Parmi les actions menées en première intention par les soignants, on doit citer l'ouverture d'un dialogue (démarche de conciliation), le renforcement de l'aide professionnelle à domicile mais surtout la tenue de réunions interprofessionnelles. L'organisation de ces dernières est parfois malaisée en raison de rapports hiérarchiques difficiles : les MG jugés trop autoritaires ne sont pas toujours disponibles ou à l'écoute des autres disciplines ; les Assistantes Sociales sont parfois sourdes aux demandes des AF ou peu au fait de situations qu'elles ne vivent pas concrètement,...

Le mot « complexité » semble bien résumer le sentiment général des professionnels : entamer une action n'est pas chose aisée. L'abord des situations est rendu difficile en raison de l'enchevêtrement d'éléments médico-sociaux, relationnels, environnementaux ; il faut y ajouter l'opposition et la passivité des proches voire de la personne maltraitée elle-même qui manifeste souvent une appréhension du changement. Aux prises avec l'inertie de certaines structures, les soignants craignent également qu'une action n'engendre des conséquences négatives : une surcharge professionnelle, éventuellement une rupture de la relation d'aide.

La gestion de situations de maltraitance relève assurément de la complexité ; elle appelle donc une expertise spécifique.

Face à cette complexité, deux ressources en matière d'expertise sont identifiées : celle qui naît de la réflexion interdisciplinaire (concertation pluridisciplinaire, sommation des savoir-faire) et le recours aux Assistantes Sociales (formation spécifique et position en marge du réseau).

Les relations hiérarchiques dans le domaine des soins à domicile sont sources de tensions : le MG fait l'objet d'attentes qu'il dit ne pouvoir rencontrer et la communication au sein du réseau de soins n'est pas optimale.

La culture de l'interdisciplinarité mérite certainement d'être étendue.

7.5. Vécu des professionnels face à des situations de maltraitance

Les professionnels interrogés expriment qu'ils s'identifient parfois aux acteurs des situations de maltraitance qu'ils rencontrent. La charge émotionnelle qui en découle et le sentiment de responsabilité interfèrent parfois avec leur vie personnelle.

Les FG ont donné l'occasion aux soignants de parler de leur contexte professionnel qui laisse souvent peu de place à l'écoute et à l'évaluation de situations suspectes de maltraitance. Le manque de temps et la surcharge de travail demeurent des problèmes conséquents qui font obstacle à une bonne gestion de la problématique de la maltraitance.

La gestion de situations de maltraitance s'opère par des travailleurs médico-sociaux qui expriment leur propre vécu.

La prise en compte de leur ressenti constitue une forme de soutien professionnel qu'il ne faut pas négliger. Les animateurs des FG ont très curieusement fait l'objet de remerciements de la part des participants au FG : ces derniers se sont montrés heureux de ce lieu de parole.

La surcharge professionnelle et les difficultés liées à l'organisation professionnelle (instabilité des horaires, obligation de rentabilité,...), évoquées tant par les AF que par les MG et les INF, constituent une menace pour la prise en charge optimale des situations de maltraitance (par ailleurs, cette situation constitue aux yeux des soignants une menace de maltraitance en soi).

La société doit mesurer la nécessité de mobiliser des moyens humains à la hauteur de la complexité des problématiques en relation avec la maltraitance ; les services sociaux ne doivent pas négliger la mise en place de dispositifs qui viennent en aide aux soignants eux-mêmes (groupes de parole, notamment).

7.6. Besoins et ébauches de solutions

Les soignants expriment des besoins en termes d'information : quelles sont les structures d'aide aux professionnels mais aussi quels types d'aide dispensent-elles ? Les besoins en termes de formation se déclinent différemment pour chaque discipline : notions de gériatrie au sens large (AF et INF) ; aspects juridiques et éthiques (MG). Les besoins sont toutefois unanimes en matière de formation à la systémique familiale, la gestion des conflits et aux habiletés communicationnelles. L'absence d'outils d'évaluation de la maltraitance mais aussi de la fragilité gériatrique est souligné.

Les solutions avancées par les professionnels interrogés font le plus souvent appel à l'interdisciplinarité : élargissement de l'équipe de soins à d'autres intervenants, réunions de coordination ou de concertation multidisciplinaire, usage du cahier de coordination. Le travail et le dialogue interdisciplinaires demandent toutefois du temps et ce dernier manque cruellement...

Il est interpellant de constater que les MG évoquent des solutions prises dans l'urgence qu'ils jugent trop superficielles et peu porteuses. Celles-ci illustrent bien la situation particulière des MG : situés au sommet de la « pyramide de l'intervention », ils se trouvent bien en mal de trouver seuls des solutions adaptées à la complexité des situations. On peut s'interroger par ailleurs sur la réalité de la notion d'urgence : ne tient-elle pas plus du manque de temps à consacrer à l'analyse et la prise en charge de la situation ?

Le besoin d'une structure centralisée de soutien à la gestion de la problématique de la maltraitance est exprimé, tant au bénéfice des professionnels que des particuliers. Il est interpellant de savoir que ces structures existent déjà (0800 30.330) mais sont méconnues ou insuffisamment visibles...

Les actions préventives évoquées au sein des FG renvoient à la notion de « bientraitance » et aux questions relatives à la place de la PA dans notre société.

L'information relative aux structures d'aide ne semble pas suffisante : elle doit atteindre plus qu'elle ne le fait les professionnels de la santé et porter sur la nature des aides disponibles.

La formation des soignants dans le domaine relationnel est probablement insuffisante.

Les bienfaits et les potentialités du travail interdisciplinaire sont identifiés par les soignants mais les outils de concertation insuffisamment développés.

La société doit certainement aménager la place réservée aux PA et favoriser le concept de bientraitance.

8. Annexes

8.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-directif était composé de 7 questions centrales, une question d'introduction et une question de synthèse. La plupart des questions centrales ont été doublées de questions de relance qui ont servi à préciser la question principale ou à relancer le débat.

Question initiale

- Quel est votre contexte de travail ?

Pour les MG et les INF, quel est votre mode de pratique ?

Questions centrales

1. Mise en accord

Qu'entendez-vous par maltraitance des Personnes Âgées ?

Pensez-vous qu'il y ait différentes formes de maltraitance ? Avez-vous rencontré différentes formes de maltraitance ? Vous avez vécu différentes formes de maltraitance, sur quoi mettriez-vous le nom de maltraitance ?

2. Contexte/circonstance de la maltraitance des Personnes Âgées (MPA)

Dans quelle circonstance (dans quel contexte) pensez-vous pouvoir rencontrer la MPA ?

Quelles causes et origines de la MPA ? Y a-t-il un profil de la PA maltraitée ? Profil de la personne maltraitante ?

3. Indice/observation

Dans le contexte professionnel qui est le vôtre, qu'est-ce qui pourrait faire suspecter une maltraitance ?

Quels sont les signes qui pourraient vous faire suspecter un cas de MPA ?

4. Rôles/actions des professionnels

Que feriez-vous ? Que faites-vous ?

Quelles sont vos missions ? Quels rôles pensez-vous devoir tenir ? Quels rôles pensez-vous que les autres (infirmières, assistants sociaux, familles...) attendent de vous face à une situation de maltraitance ?

5. Difficultés des professionnels

Quelles difficultés rencontrez-vous (rencontreriez-vous) face à une situation de MPA ?

Votre contexte professionnel est-il favorisant ou un frein ? Limite de votre mission ?

6. Besoins des professionnels

Quelles solutions pourraient être apportées à vos difficultés face à une situation de maltraitance ?

Quelles aides, quels soutiens souhaiteriez-vous pour répondre à vos difficultés ?

7. Aspects sociétaux

En quoi la société pourrait-elle apporter des solutions à la problématique de la MPA ?

Questions de synthèse du débat

L'animateur reprend les différents thèmes abordés par les participants et leur demande s'ils souhaitent compléter ou préciser certains propos.