

Maltraitance des aînés : ressentis et besoins de professionnels de soins à domicile

Marc VANMEERBEEK^a, Valérie MASSART^b et Didier GIET^a

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 (groupes de discussion semi-structurés encadrés par un animateur)¹. La transcription intégrale du contenu des discussions a servi de base à l’analyse de contenu.

Un guide d’entretien a été construit au départ des questions de recherche suivantes : Comment les professionnels de la santé concernés définissent-ils la maltraitance des personnes âgées ? 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 ?

Définition de la maltraitance

Sans surprise, les divers intervenants font état des diverses formes de maltraitance communément décrites dans la littérature². Ils séparent les aspects actifs, abus de pouvoir, infantilisation, écarts de langage, brutalités, des aspects passifs, intentionnels ou non, comme le manque de soins, de visites.

Les infirmières, tout particulièrement, parlent des sévices physiques. Nous pensons qu’elles sont, plus que les autres professionnels de la santé, le mieux à même de les constater au cours de soins. Les médecins généralistes insistent sur les abus financiers, du simple « emprunt » pour l’entretien de la personne âgée au vol manifeste.

^a Médecin généraliste, Professeur au Département de Médecine Générale de l’Université de Liège

^b Licenciée en Sciences de l’éducation, Département de Médecine Générale de l’Université de Liège

Par leur fonction qui les amène à passer du temps au domicile des personnes âgées et à travailler dans leur cadre de vie, nous constatons que les aides familiales et les infirmières remarquent facilement les manquements de la famille. L'analyse fait émerger deux types de maltraitance : la maltraitance psychologique d'une part, liée à un état d'abandon plus ou moins prononcé de la personne âgée, avec absence de visites, d'entretien de la maison, d'équipements de loisirs aussi courants que la télévision, et la maltraitance physique d'autre part, liée à un manque de soins : soins médicaux ou de nursing, soins d'hygiène, insuffisance de médicaments, de nourriture parfois. Rarement, les soignants eux-mêmes sont maltraitants : soins trop rapides, manque d'écoute.

Causes de la maltraitance et facteurs de risque

Lors de l'analyse, il a été possible de classer les facteurs de risque de maltraitance évoqués par les professionnels en trois catégories : ceux liés à la personnalité de l'abuseur, ceux liés à la personnalité de la victime et enfin ceux liés au contexte social.

Les professionnels signalent que l'abuseur est souvent un proche de la victime ou un membre de la famille. Parmi ses caractéristiques, on retrouve des difficultés psychologiques, des troubles de la personnalité, des addictions. L'aide proche de la personne âgée peut également devenir maltraitant à cause de la surcharge que les soins prodigués à la personne âgée entraînent. C'est l'épuisement de l'aide qui est alors la cause de la situation de maltraitance. Enfin, l'intérêt financier est souvent présent, soit pour financer une addiction, soit « simplement » par intérêt.

Les professionnels qui ont été interrogés ont également rapporté des traits caractéristiques relatifs à la victime. Celle-ci est souvent en situation de grande dépendance vis-à-vis de l'abuseur quand ses problèmes de santé physique ou surtout mentale ont fortement réduit son autonomie, quand ses demandes, parfois exagérées, pèsent lourdement sur les aidants proches. Le rejet de leur propre dépendance et le mal-être que la situation provoque peuvent expliquer le caractère acariâtre de certaines personnes âgées. Certains médecins et infirmières rapportent que la maltraitance peut être infligée par les aînés eux-mêmes à leur entourage, familial ou soignant. La violence physique ou verbale dont font preuve certaines personnes âgées peut conduire à une interruption de la relation d'aide.

Le manque de moyens financiers, réel ou provoqué par l'abuseur, peut également créer des situations propices à la maltraitance : promiscuité intergénérationnelle, maintien à domicile dans de mauvaises conditions matérielles de personnes gravement handicapées. La dévalorisation sociale des personnes âgées propre à notre époque agit comme facteur aggravant.

Un cas particulier a été rapporté par toutes les professionnels interrogées : dans quelques cas, des personnes supposées protectrices dans le dispositif social, comme peut l'être un soignant, se trouvent être à l'origine de la maltraitance ou responsables de son maintien. 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, ainsi que des personnes intervenant dans un dispositif juridique. Les soignants, médecins généralistes, infirmiers ou aides-familiales,

peuvent être accusés de soins trop brutaux, de visites trop rapides et de manque d'écoute des PA ; les administrateurs de biens, jugés très utiles et dignes de confiance par les médecins, sont accusés par les infirmières et les aides familiales de parfois gérer l'argent sans tenir compte des besoins réels, de manquer de contact humain.

Reconnaître une situation de maltraitance

Certaines particularités rendent le diagnostic difficile

Les professionnels ont exprimé leur difficulté à diagnostiquer une situation de maltraitance : les personnes âgées victimes de maltraitance ont tendance à cacher la situation, voire à la nier, par crainte de représailles ou simplement parce qu'elles en sont honteuses. Les faits se déroulant rarement en présence des professionnels, ceux-ci n'ont souvent que des doutes, des impressions. Il est nécessaire de confronter les avis de plusieurs personnes, pour autant qu'il y ait plusieurs intervenants au domicile et que ceux-ci aient l'occasion de se rencontrer et de se parler. Les professionnels interrogés pensent que cela est plus aisés pour les infirmières et les aides-familiales.

Les participants aux focus groups signalent qu'une même situation ne sera pas jugée de la même manière par les différents protagonistes, en fonction de critères professionnels, personnels, culturels, ou liés à l'éducation. Certains n'identifient pas de maltraitance ou y sont moins sensibles tandis que d'autres y sont plus attentifs. Les professionnels signalent qu'ils ne disposent pas des mêmes critères d'identification d'une situation de négligence et le déplorent. Les familles et les soignants peuvent également être en désaccord sur une même situation.

La légitimité du jugement d'abord, de l'intervention ensuite est fréquemment questionnée. L'histoire particulière d'une famille, ses habitudes de vie sont jugés trop peu connus ou trop complexes.

Certaines conditions peuvent aider

Les membres de toutes les catégories professionnelles s'accordent à dire que le changement d'attitude – repli sur soi, changement de caractère – d'une personne âgée peut être un signe d'une situation de maltraitance. Le manque du minimum vital à la maison (linge propre, nourriture en suffisance) ou encore la négligence vestimentaire ou de soins sont autant de signes clairs de maltraitance. Celle-ci peut être signalée directement par la personne âgée elle-même, par un membre de l'entourage ou encore par un soignant.

Des plaintes somatiques inexpiquées, une discordance entre d'une part les lésions ou les faits observés et d'autre part les explications de la victime ou de son entourage sont autant de signaux d'alerte. Une surprotection apparente de la part de l'abuseur ou la dissimulation de faits doivent alerter.

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 par les professionnels interrogés doit au moins attirer l'attention.

Le temps relativement court passé par les soignants auprès de la personne âgée rend aléatoire la perception des signes de maltraitance. Le statut professionnel des aides familiales permet des relations de longue durée et une grande proximité vis-à-vis des personnes âgées, facilitant tant l'observation directe des situations que les confidences des victimes. Par contre ce même statut, moins valorisé socialement, rend la communication avec les autres intervenants moins aisée.

Que font les professionnels en pareil cas ?

Tous les professionnels affirment se sentir responsables du signalement de la maltraitance, auprès d'un collègue, d'une assistante sociale, d'une instance juridique. Il leur est moins aisés de savoir où exactement s'adresser et quelle procédure suivre. Les aides-familiales et les infirmières se sentent un rôle de relais ; les médecins surtout évoquent le manque de connaissance au sujet des organismes de référence. De plus, comme dernier maillon de la chaîne ils se sentent mal à l'aise face à des situations auxquelles ils ne sont pas préparés, aux confins des domaines juridique, psychologique, social et médical. Tous les professionnels interrogés se tournent alors vers l'assistante sociale, *la référence*, ou jugée telle.

Sur le terrain, les professionnels essaient de limiter les comportements jugés nuisibles, par exemple en faisant nommer un administrateur de biens, en demandant un placement temporaire de la personne âgée en maison de repos, etc. Ces solutions ne se révèlent pas toujours efficaces à moyen terme. 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. Certains essaient d'aborder le problème avec la famille, tentent de concilier les parties en présence. Les administrateurs de biens sont identifiés par certains soignants comme de piétres gestionnaires (ou pire).

Le renforcement de l'aide professionnelle à domicile est un moyen souvent utilisé. Il peut s'agir par exemple de la demande d'intervention d'une infirmière ou d'une aide familiale pour soulager l'aidant, lui indiquer ses limites, ou encore le recours 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.

Quelles sont leurs difficultés ?

Dans tous les cas, les professionnels interrogés affirment qu'une situation de maltraitance complexifie le travail habituel et le temps passé à gérer la situation augmente. Pour les aides-familiales et les infirmières, les moyens matériels disponibles pour les soins courants (nourriture, linge, produits pharmaceutiques) font parfois défaut.

Dans certains cas, les soignants doivent composer avec l'opposition ou la passivité des proches, même s'il ne s'agit pas des maltraitants. Si la personne âgée a tendance à cacher la situation par honte ou pour préserver un minimum de relation avec ses proches, la famille peut aussi la nier par incrédulité. 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 vis-à-vis de la personne maltraitée ainsi mise au jour, le coût de l'intervention.

Les soignants craignent que l'intervention destinée à protéger la personne âgée 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 trois groupes professionnels signalent cette éventualité, mais les médecins y insistent plus souvent.

Les professionnels relèvent aussi une difficulté quant au signalement de la maltraitance. Certains hésitent avant d'entamer une procédure jugeant que trop d'intermédiaires sont nécessaires. 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. Parfois, les plaintes aboutissent après un délai jugé excessif. Une fois le problème signalé, certains se trouvent démunis face au suivi dans des situations complexes. Certains médecins invoquent le secret professionnel comme un frein au signalement ; cet argument passe au second plan s'ils jugent prioritaire de signaler et d'intervenir.

Comment vivent-ils ces situations ?

La survenue d'une situation de maltraitance dans la vie professionnelle en augmente la charge émotionnelle. Certains professionnels disent s'identifier à la situation, s'imaginant à la place de la personne âgée ou en la mettant dans le rôle de leurs propres parents. La distance émotionnelle est parfois difficile à maintenir.

Pour les aides familiales, parler de la maltraitance réveille d'autres difficultés liées à leur vie professionnelle. Elles s'expriment sur leurs horaires de travail, sur leur faible niveau de reconnaissance parmi les professionnels de santé, mais surtout sur ce qui fait sans doute leur caractéristique principale : la grande proximité avec les personnes âgées. La maltraitance semble encore aggraver les difficultés émotionnelles face à la détérioration de la santé puis au décès des personnes qu'elles accompagnent.

Au cours des discussions, les professionnels établissent également un parallèle entre la maltraitance des personnes âgées et celles dont sont victimes d'autres groupes, à commencer par la plus médiatisée, celle des enfants, puis celle des femmes. Ceci les amène d'ailleurs à imaginer des solutions pratiques, comme nous le verrons plus loin.

Quels sont les besoins des professionnels ?

Les participants aux focus groups demandent de l'information. Si certains médecins connaissent déjà l'existence du CAPAM, la majorité n'a pas de connaissance précise du type d'aide que cet organisme pourrait fournir. Plusieurs ont souhaité un éclaircissement sur leurs rôles et fonctions.

Tous les professionnels souhaitent recevoir de l'aide dans le cadre de leur formation continuée. La gestion de conflits, la communication, la systémique familiale sont des thèmes

régulièrement demandés. Les paramédicaux demandent plus spécifiquement une formation au suivi des maladies chroniques dégénératives.

De façon assez unanime, les trois groupes professionnels demandent des outils d'évaluation de la fragilité gériatrique et des situations de maltraitance. Des outils existent de par le monde, mais ils ont été surtout validés dans le monde anglo-saxon ; ils sont manifestement inconnus des praticiens que nous avons rencontrés. Une version récente et simplifiée du questionnaire de Hwalek-Sengstock^{3,4} (6 questions à poser à la personne âgée) pourrait sans doute être testée dans la phase de diagnostic. La grille d'évaluation de Reis et Nahmias⁵, beaucoup plus complexe dans son utilisation pourrait aider à l'évaluation au cours de rencontres pluridisciplinaires. Une validation de ces instruments en français serait intéressante à réaliser.

Quelles solutions proposent-ils ?

La voie royale proposée par toutes les professions passe par un accroissement de la collaboration interprofessionnelle.

Dès la phase d'identification du problème, tous ressentent le besoin de confronter leurs impressions et leurs doutes avec d'autres, puis de rassembler des faits probants. Face aux prestations parfois trop rapides des médecins et des infirmières, nous pensons que la présence au long cours des aides familiales devrait être davantage valorisée.

Dans la phase d'intervention, le réseau de professionnels se densifie, les prestations se multiplient et le besoin de communication et de coordination efficaces se fait rapidement sentir. Tous ont exprimé leur désir de voir les travailleurs sociaux venir leur prêter main forte directement sur le terrain. Il reste à trouver un peu plus de disponibilités à ces derniers.

A tout moment, chaque professionnel peut ressentir le besoin d'être soutenu moralement dans la gestion de ces situations toujours complexes et psychologiquement difficiles. Nous pensons que la possibilité d'intégrer une structure souple de coordination si nécessaire permettrait de réduire la charge émotionnelle du travail quotidien.

Enfin, il ressort de notre enquête le besoin de création en Belgique d'un lieu de référence clairement identifié, d'accès aisément accessible, capable de fournir aux praticiens une aide de terrain et un fil rouge les guidant dans les procédures possibles. Le problème est que ce type de structure existe déjà, mais elle est insuffisamment connue et sous-utilisée (Réseau Libr'âgé <http://www.librage.be/>). Il y a quelques années, la maltraitance des enfants a fait l'objet d'une médiatisation importante qui a abouti à la création de structures permanentes de gestion des différents aspects de ce grave problème. Peut-on voir dans la situation actuelle le reflet du contexte social survalorisant les enfants et dévalorisant les personnes âgées ?

Bibliographie

¹ Davister C. et al. *Les groupes focalisés*. Fiches méthodologiques F1. APES, Université de Liège, février 2004.

² Lachs MS, Pillemer K. *Elder abuse*. Lancet, 2004;364:263-1272.

³ Neale, A.V., Hwalek, M.A., Scott, R.O. and Stahl, C. 1991. *Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test*. Journal of Applied Gerontology. 10(4), 406-15.

⁴ Wolf, R. 2000. Risk Assessment Instruments. *National Center on Elder Abuse Newsletter September 2000*. <http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=riskassessment.cfm> [consulté le 23 janvier 2007].

⁵ Reis, M., Nahmias, D. 1998. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*. 38(4):471-80.