Chapitre 19

Maltraitance envers les aînés vulnérables

Robert Moulias*

PLAN DU CHAPITRE

Une prise de conscience récente 188
État des lieux : des chiffres incertains. 189
Le concept de maltraitance 189
Situations à risques de maltraitance et notions de typologie 189
Repérer la maltraitance : quels symptômes, quand y penser ? 191
Conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance 191
Conclusion. 193

POINTS ESSENTIELS

- Il y a deux formes de « traiter » mal : les abus de faiblesse – intentionnels – et les actions inappropriées par rapport aux besoins (dont aides et soins) – non intentionnelles ; les deux formes sont souvent intriquées.
- La victime est une personne en situation de vulnérabilité mentale. Isolement, recherche d'affection, dépression, agressivité augmentent le risque.
- L'auteur de maltraitance peut être un individu (un proche, un professionnel, un intrus) ou une structure (institution, organisation).
- On décèle la maltraitance en y pensant devant toute modification comportementale, de l'humeur, de l'entourage – et pour les soins inappropriés en faisant son métier de médecin.
- Le médecin témoin de maltraitance ne doit pas rester seul, ni rompre le lien avec la personne âgée. Il doit en discuter avec les autres intervenants non impliqués, demander conseil à l'Ordre des médecins, à une Helpline (3977), faire son métier devant un soin inapproprié
- Le secret médical est destiné à protéger malade et médecin. Il permet de partager les informations nécessaires et elles seules avec les intervenants aussi tenus au secret. Une loi récente a libéralisé ce partage et insisté sur l'obligation de protéger la personne âgée maltraitée.
- Peut-on agir sans le consentement ? C'est le dilemme éthique devant une victime incapable de donner un consentement, devant une personne sous l'emprise de l'auteur. Aujourd'hui, la loi permet de se passer du consentement en cas d'« emprise ».
- La prévention de la maltraitance consiste à connaître son métier et ses limites, savoir travailler collégialement en équipe, savoir demander un avis ou donner le sien, réfléchir au sens avant d'agir ou de ne rien faire, respecter la personne.
- La bientraitance est « Ce qui fait que devenir « dépendant » ne soit plus vécu comme une déchéance ».

Une prise de conscience récente

Traiter mal plus faible que soi a toujours existé et partout. La prise de conscience de cette maltraitance est récente et n'est pas encore universelle. Le *granny battering* (les grands-mères battues) est décrit en Grande-Bretagne en 1975. Les travaux se multiplient ensuite aux États-Unis, puis en Europe (Hyddle – Norvège). En France, en 1987, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et les ouvrages de R. Hugonot révèlent le sujet.

En 1994, R. Hugonot et F. Busby créent le réseau ALMA de centres d'écoute basés sur un bénévolat compétent. En 2001, le rapport de M. Debout établit les premières propositions de lutte. En 2007, la loi sur la protection juridique des majeurs vulnérables permet un grand progrès en ce domaine. Ce n'est qu'en 2008 qu'apparaît un plan national de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables et un numéro d'appel national (3977), travaillant en réseau avec les centres d'écoute de proximité ALMA. En 2013-2014, la Commission nationale pour la bientraitance et les droits propose d'expérimenter des cellules départementales d'analyse qui réunissent les acteurs institutionnels responsables des moyens (Conseil départemental et ARS), sans que la présence d'acteurs neutres et indépendants soit nécessaire, ce qui représente une situation de conflit d'intérêts. Depuis

* Chapitre rédigé par B. Duportet et M.-F. Maugourd-Bizien dans l'édition précédente.

© 2019, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

début 2015, le réseau de centres d'écoute et d'analyse (ALMA) et le n° national d'écoute 39 77 sont fusionnés en une seule Fédération 39 77 contre la maltraitance.

Partout, la lutte contre la maltraitance reste trop limitée au secteur médico-social. La maltraitance des aînés vulnérables concerne aussi le domaine sanitaire, le domicile, la cité. La question maltraitance devrait amener à revisiter le sens du soin et de l'aide, la sauvegarde des droits et libertés des personnes dites « dépendantes » et le regard de la société sur ces personnes exclues. Le médecin, par sa responsabilité professionnelle envers les aînés vulnérables, est impliqué dans la détection, le signalement et la prévention des maltraitances.

État des lieux : des chiffres incertains

Il est difficile de quantifier la maltraitance des vieilles personnes. Ces faits sont sous-déclarés. Que les chiffres viennent des situations révélées aux centres d'écoute, aux autorités sanitaires ou sociales, aux services de police ou de justice, personne n'utilise les mêmes mots. Dans les enquêtes internationales, l'absence de définitions communes empêche toute comparaison. Cependant les mêmes situations se reproduisent dans tous les pays et toutes les cultures avec simplement des différences dans la violence et la fréquence : aller jusqu'au meurtre est exceptionnel en Europe, plus banal en Inde.

Le nombre des maltraitances est très supérieur à celui des appels reçus. Après enquête, il est 25 fois supérieur aux appels dans l'État de New York où existent au moins quatre systèmes d'appel. Le réseau de la Fédération 39 77 ne reçoit par an que 4 000 à 5 000 appels pour maltraitances. La majorité reste tue. Le même tabou est décrit partout.

Ce silence sur la maltraitance peut s'expliquer : méconnaissance des négligences, inconscience qu'il y a maltraitance, peur d'être un délateur, peur de médire d'un proche ou d'un collègue, crainte (justifiée) des représailles, résignation des victimes, fatalisme. À l'inverse, un « signalement » de maltraitance peut être intéressé ou malveillant. Toute plainte mérite une analyse pluridisciplinaire compétente et rapide. Elle exprime une souffrance.

Le concept de maltraitance

Des mots qui n'ont pas le même sens sont utilisés indifféremment : abus, négligences, mauvais traitements, sévices, violences, etc. Le Conseil de l'Europe a élaboré en 1987 une définition : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe) s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » Cette définition a élargi le concept de maltraitance en regroupant les abus volontaires et les négligences, que celles-ci soient ou non volontaires. Le rapport de l'ONU *Abuse of older persons* de 2002 précise : « La violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner un préjudice physique, sexuel ou psychologique. Il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté au sein de la vie publique ou privée. » Ce concept élargi de maltraitance permet de regrouper des situations très diverses jusqu'ici négligées. Mais il risque d'inclure dans la maltraitance des actes et des comportements qui relèvent plus de la gestion des rapports humains et de culpabiliser inutilement des aidants naturels ou professionnels. Il convient de faire preuve de prudence dans les programmes de formation et dans l'analyse des situations difficiles.

Soyons plus précis. La « maltraitance » est une violence à part. C'est « traiter mal ». L'auteur de la maltraitance a un pouvoir ou au moins une emprise sur la personne victime. Elle « dépend » de lui. Ce qui différencie la maltraitance de ces autres violences, c'est ce lien étroit de pouvoir qui lie auteur et victime. Ce lien rend la recherche de la solution difficile, surtout quand il est affectif.

Une classification internationale a réparti la maltraitance en six catégories : violences physiques, violences et sévices psychologiques, exploitation financière et abus matériels, sévices médicaux, négligences actives, négligences passives. En l'absence d'autre description typologique, cette classification simpliste ne facilite pas les études statistiques. Les maltraitances sont toujours associées entre elles en des tableaux « syndromiques » complexes qui varient selon le lieu de vie de la victime.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- le caractère complexe, multifactoriel, associant des éléments sociaux, médicaux, psychologiques, économiques ;
- le caractère isolé ou répétitif de l'acte. La maltraitance est répétitive ;
- l'intentionnalité malveillante ou la non-intentionnalité, parfois difficile à cerner ;
- le caractère systémique de la situation, associant la victime, le ou les maltraitants supposés, l'appelant et leur environnement dans une dynamique interactive qui se répète en des tableaux « syndromiques ».

Des ruptures d'équilibre dans la relation dominant-dominé ou aidant-aidé peuvent entraîner des manifestations de violence, en particulier lorsque l'un des conjoints présente des troubles du comportement, un déficit cognitif, des symptômes psychotiques. Il n'existe pas de relation directe entre la souffrance ressentie, exprimée, par la victime et la gravité « objective » de l'acte maltraitant.

Situations à risques de maltraitance et notions de typologie

Pour tenter de prévenir les situations de maltraitance, il faut connaître les situations à risque, au domicile ou en établissement.

Facteurs de risque liés à la victime

Être femme et surtout être veuve, devoir aller vivre chez un enfant, sont des facteurs favorisants. La *dépendance* fonctionnelle physique et l'*incontinence urinaire et fécale* sont mal tolérées par les familles et/ou les soignants et peuvent être cause de maltraitances. Les *troubles cognitifs et du comportement* sont le principal facteur favorisant. Ils épuisent familles et soignants.

L'*altération cognitive* produit une inversion de la relation « parent-enfant », avec un renversement des rapports de pouvoir. Dans nos chiffres, 75 % des victimes ont des troubles cognitifs ou psychotiques. Déficit mental et troubles psychotique sont aussi les principaux facteurs de risque pour les adultes en situation de handicap.

Les difficultés financières liées au « reste à charge » de la dépendance sont une cause majeure de conflits familiaux et donc de maltraitances. Isolement de la victime et absence de tiers témoin ajoutent au risque.

Facteurs liés à l'auteur : quelques exemples

Au domicile

La *toxicomanie*, l'*alcoolisme*, une *situation sociale et financière difficile*, des *maladies psychiatriques* chez un membre de l'entourage doivent faire suspecter un climat de violence en cas de cohabitation avec une personne âgée dépendante. Une situation classique est celle de la mère ayant accueilli chez elle un fils pathologique. Rendue plus ou moins dépendante par maladie, elle devient la victime du fils qu'elle voulait protéger et avec lequel elle a développé une relation affective fusionnelle.

Le proche-aidant, conjoint ou fille, venu secourir son parent devenu dépendant veut bien faire, n'y est pas préparé, n'a pas de solution de répit et s'épuise. Le proche-aidant néglige ses propres soins, sa vie personnelle, familiale, professionnelle. L'aidant est le premier « maltraité » par cette situation. Amener le conjoint ou la fille à pratiquer des actes relevant de professionnels formés et compétents, tels la toilette intime, est une violence extraordinaire tant pour le parent devenu dépendant que pour son proche-aidant. Le refus d'aide, l'absence de soutien familial, les difficultés financières liées aux coûts des aides accroissent fortement les risques d'épuisement et de maltraitance. L'image de déchéance du parent peut induire une souffrance intolérable et un rejet. Ces facteurs de maltraitance sont identiques aux facteurs de la « situation de crise » bien connue des urgentistes et des gériatres.

Le risque d'abus financier est élevé au domicile. Pour les plus dépendants, il va frapper aidant et aidé. Par exemple, le refus par le tuteur – notamment familial – d'utiliser les faibles ressources de la personne dépendante altère la vie de l'aidant et de l'aidé. La vente des biens sans consentement réel ou le détournement de pension par des proches, le chantage affectif sont banals. Les vols intrafamiliaux « bénéficient » de l'immunité familiale accordée par la loi.

L'« influence indue » vise les vieillards isolés. Une personne « amicale » se rend indispensable, isole sa victime, prend les rênes de sa maison, dépouille peu à peu la victime de tous ses biens – puis s'en va choisir une autre victime. Cette « influence indue » relève de l'abus de faiblesse (pénal). Elle est difficile à distinguer de « l'influence légitime » d'un proche ou de l'« achat d'affection » volontaire d'un vieillard conscient et isolé. Le détournement d'héritage en est une forme plus douce qui ne lèse que les héritiers – eux valides.

L'influence indue est la forme la plus élaborée de la « délinquance astucieuse » qui frappe les vieillards isolés : impostures, arnaques téléphoniques, de porte à porte, réparateurs indélicats relèvent de la Justice et de « l'abus de faiblesse » et non du « traiter-mal » qui lui n'est pas malintentionné.

N'oublions pas que si les agressions sexuelles gérontophiles sont rare, elles existent au domicile comme en institution. La victime est presque toujours aphasique, quelle qu'en soit la cause. Cela complique l'enquête car il s'agit là de criminalité.

Dans la vie de la cité

Les négligences de la cité sont nombreuses : difficultés d'accès aux services publics et privés, à certains transports et à la vie de la cité pour tous ceux qui marchent mal, voient mal, entendent mal, comprennent mal, ne conduisent plus, sont exclus de la sphère numérique (« technopénie »). Une politique nationale et locale clientéliste saupoudre des moyens humains limités aux dépens des aînés dépendants qui ne peuvent vivre sans une assistance humaine pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Cette maltraitance politique est lourde de conséquences : distinction absurde en fonction de l'âge pour les mêmes déficiences entre handicap – à compenser – et « dépendance » –… à accompagner par la famille, saupoudrage de l'APA, asphyxie financière des services d'aide à domicile, confusion entretenue entre les services à la personne (indépendante) et l'assistance humaine indispensable à la personne dépendante qui ne peut vivre sans cette aide. L'État prépare la création de nouveaux handicaps « artificiels » frappant surtout la population âgée en excluant les « technopéniques », ceux qui n'ont pas accès à Internet : réclamations à la sécurité sociale et déclarations de revenus sont programmées pour n'être plus accessibles que par le Net ! Le médecin est démuni devant cette maltraitance « sociétale », créatrice de nouveaux déficits.

Dans les institutions médicosociales

La politique de lutte contre la maltraitance reste dirigée vers le secteur médicosocial. Certes, la maltraitance est particulièrement inacceptable dans un établissement destiné à accueillir une population dépendante sur laquelle l'institution dispose d'une emprise totale. Mais c'est de ces institutions que sont partis la lutte contre la maltraitance et le concept de bientraitance. Les institutions de type EHPAD ne représentent que 20 % des appels reçus par le réseau de la Fédération 3977 contre la maltraitance.

Ces appels concernent d'abord la « maltraitance ordinaire » : négligences multiples, parfois actives, grossièretés, infantilisation – notamment dans les pseudo-animations collectives, absence d'animations, privation abusive de liberté, abus de sédatifs. Routines, sous-encadrement, absence de formation adaptée, démotivation par routine, perte du sens du soin ou par autoprotection contre cette absence de sens, sous-qualification sont des facteurs encore plus importants que le sous-effectif. Cette maltraitance ordinaire est d'abord structurelle. La direction est paralysée, coincée entre le culte du respect de normes matérielles et sociales changeantes et toujours plus difficiles à suivre, des moyens octroyés par des décideurs lointains qui voient dans l'assistance à la dépendance des « petits boulots », les exigences des corporatismes et celles de certaines familles harceleuses.

Dans les « bonnes » institutions, la maltraitance peut venir d'un agent individuel inapte à sa fonction. C'est souvent l'équipe elle-même qui le démasque. Les personnes inaptes ne peuvent être conservées dans une équipe.

Le « soin défensif » est une nouvelle forme de maltraitance structurelle. On applique à la lettre toutes les normes, recommandations et protocoles (comment choisir le « bon » protocole sans réflexion préalable ?), non pour le bien-être du résident, mais pour protéger l'établissement de toute plainte.

Enfin, dans nos chiffres, 17 % des maltraitances survenues en institution proviennent de la poursuite en institution de violences intrafamiliales.

À l'hôpital

L'hôpital n'est souvent pas structuré en fonction des besoins de sa patientèle. La politique hospitalière privilégie souvent les hospitalisations pour bilan (bilans qui peuvent se faire en ambulatoire) à l'accueil des malades dépendants. Les lits de gériatrie sont presque toujours sous-dimensionnés par rapport aux besoins réels. Le « malade gériatrique » est accueilli en aval des urgences dans un service de spécialité dont ni les soignants, ni les médecins ne sont préparés à le prendre en soin : ce n'est pas leur domaine. Parfois, il est accueilli avec hostilité : ce *bed-blocker* encombre les lits et fait baisser les ressources de la structures calculées à partir de la tarification à l'activité dite T2A (rentabilité) ! Ce malade âgé recevra un « soin inapproprié », puisque ce n'est pas la compétence du service. Il risque des conséquences médicales graves : retour à domicile non préparé avec réhospitalisations, escarres, dénutrition protéinoénergétique, dépression, surinfection, etc., et surtout la dramatique « dépendance nosocomiale » qui transforme un vieillard fragile mais indépendant en une personne relevant d'une réhabilitation en soins de suite, voire d'une entrée en EHPAD. Ruineuse négligence structurelle du secteur hospitalier.

Il persiste aussi des refus de soins par âgisme : « D'accord pour l'indication, mais quel âge a ton malade ? ».

Les équipes mobiles gériatriques visent à diminuer ce risque, quand elles ne sont pas supprimées faute de moyens.

Maltraitances en période de fin de vie

Le progrès fait qu'aujourd'hui, la majorité des décès concerne des vieillards. Leur fin de vie ne bénéficie pas toujours d'un accompagnement palliatif de qualité. Le diagnostic d'état terminal est lui-même difficile. Si l'acharnement thérapeutique « déraisonnable » devient plus rare, l'abandon des soins – parfois y compris de confort – devient banal. L'état qui n'était pas toujours terminal le devient par l'apparition d'escarres profondes, de surinfections, d'une dénutrition protéinoénergétique, parfois aggravée par une sédation terminale non demandée. Le dialogue et la concertation prévus par la loi Leonetti sont rarement pratiqués en dehors des services de gériatrie.

Les vieux sont solides : ceux qui réchappent de cet abandon, fussent en meilleur état qu'avant, sont parfois délaissés par leurs proches qui ont fait un deuil prématuré.

Ces exemples de typologies de la maltraitance ne couvrent pas leur variété. Ces typologies seront décrites progressivement par une enquête auprès des centres « ALMA » de la Fédération 39 77 contre la maltraitance.

Repérer la maltraitance : quels symptômes, quand y penser ?

Il est du devoir du médecin de protéger son malade, donc de prendre les mesures à sa portée pour faire cesser ce danger pour lui. Aux États-Unis, l'AMA (*American Medical Association*) organise des formations pour permettre aux médecins généralistes de déceler les maltraitances notamment financières envers leurs malades âgés.

Indicateurs cliniques

Certains signes doivent alerter et faire suspecter une maltraitance. Aucun n'est spécifique : il faut y penser parmi les autres étiologies possibles. L'isolement et l'absence de témoin extérieur augmentent fortement le risque.

Les signes « classiques » sont bien tardifs ! Présence d'ecchymoses anciennes et récentes, traumatismes à répétition et mal expliqués, plaies de pression, visites répétées aux services d'urgence…

Bien plus fréquemment, ce sont des signes banals qui doivent attirer l'attention, notamment psychologiques :

- modifications du comportement : apathie, désintérêt, anxiété, agitation, agressivité ;
- isolement progressif, confinement au domicile, dans la chambre ;
- mutisme ou agitation devant certains aidants, refus de soins (un des sens du refus) ;
- dénutrition protéinoénergétique, hygiène défectueuse ;
- difficultés financières nouvelles ;
- présence régulière d'un tiers nouveau et ayant une emprise sur l'aîné, éviction d'autres proches accompagnants habituels.

Indicateurs structurels

En institution, les signes d'alerte sont les suivants : absentéisme, consommation de sédatifs, refus d'accueillir des stagiaires… voire mortalité suspecte.

Conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance

Toute situation de maltraitance avérée ou de suspicion de maltraitance doit être prise en compte, analysée et traitée avec prudence et responsabilité. C'est une obligation déontologique. Ces situations sont complexes. Le médecin ne doit pas perdre le contact avec cette personne, la victime supposée, ce qui aggraverait le risque. Ce témoin neutre et compétent disparaîtrait. Il faut à la fois ne pas rester seul et déclencher un processus pour mettre la victime hors de danger.

Chaque situation est unique et à traiter au cas par cas. : caractère avéré ou suspicion, caractère intentionnel ou négligences par ignorance ou par impossibilité de faire, gravité du risque, relation de la victime avec l'auteur – personne(s) ou structure, environnement – dont l'isolement du duo victime – auteur… et souhaits de la victime.

Le but du médecin témoin n'est pas la sanction de l'auteur, souvent lui-même faible, en difficultés, inapte à sa fonction, c'est la mise rapide hors de danger de la victime, pas toujours capable de s'exprimer et sous l'emprise de l'auteur. C'est d'une grande difficulté quand l'auteur est un proche au fort lien affectif.

Signalement de la maltraitance et secret professionnel

Il y a double obligation : celle – absolue – du respect du secret professionnel et celle – absolue – de protéger la personne du danger décelé ou suspecté.

Dans la loi : « Le médecin informe les autorités judiciaires, médicales, administratives des sévices ou privation infligés à une personne qui n'est pas en état de se défendre en raison de son âge (?) ou de ses incapacités ». C'est ambigu. Le médecin devrait-il rester un témoin passif dans d'autres cas ?

« Le médecin informe – avec l'accord de la victime – le procureur de la République des sévices ou privations qu'il a constatées et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, psychiques ou sexuelles ont été commises ». C'est ambigu. Quid des abus financiers ? Cet accord de la victime n'est pas requis s'il y a mise en danger de la vie d'autrui. Où cela commence-t-il ? La loi autorise clairement le médecin à se passer de l'aval de la victime quand elle est incapable de tout consentement éclairé ou quand elle est sous emprise.

Dans les faits, le médecin dispose non seulement d'une grande latitude de signaler, mais surtout d'un devoir de signaler. Il doit signaler qu'il y a risque pour la victime, sans donner des informations médicales ni désigner nominalement l'auteur de la maltraitance, ce qui lui évite tout risque de diffamation. Jamais un procureur ne poursuit un médecin qui aurait signalé à tort une suspicion de maltraitance sous prétexte d'atteinte au secret médical. L'auteur présumé peut, certes, attaquer à ses frais, ce qui est très dissuasif et qui est aussi se reconnaître concerné puisque le médecin ne l'a pas nommé. En revanche, des médecins qui n'ont pas signalé des maltraitances graves ont été sévèrement condamnés pour n'avoir pas pris les mesures qui auraient pu protéger leurs patients. Ni le prétexte du secret médical, ni celui de l'absence d'accord des victimes n'ont pu leur éviter la sanction. Au domicile ou en institution, la victime est sous l'emprise de l'auteur – structure ou personne(s). Même quand elle est autonome (capable de décider), la victime n'ose ni rompre le lien affectif si c'est un proche, ni s'exposer aux risques (bien réels) de représailles si c'est une structure. Éthique et droit se rencontrent parfois : le médecin doit savoir déceler et signaler toute maltraitance à celui ou ceux qui ont le devoir et le pouvoir de la faire cesser.

Tout signaler directement au procureur est une vision théorique. Une grande majorité des maltraitances relève de la négligence dans les soins ou dans la vie sociale, ou d'abus de protection qui ne sont pas du ressort de la justice pénale. Le signalement inutile au procureur peut paralyser toute autre enquête pour n'aboutir qu'à un logique classement sans suite. Seule la délinquance revient au pénal : « délinquance astucieuse », séquestrations, vols, escroqueries, viols, coups et blessures ayant entraîné des incapacités, etc. En fait, la justice va avoir surtout affaire à des abus de faiblesse financiers par des proches, bien difficiles à démêler.

Les facteurs intervenant dans les maltraitances sont complexes. Le médecin n'a pas été préparé à y faire face. Signaler directement sans prendre conseil, c'est exposer la victime à rester seule sous l'emprise de l'auteur sans autre témoin. Au domicile, il est facile de faire en sorte que la victime change de médecin pour un plus complaisant envers l'auteur. En institution, combien de médecins coordonnateurs ont été licenciés pour avoir signalé des maltraitances ? La direction peut préférer la paix sociale à la remise en cause de routines maltraitantes.

Pour protéger son patient maltraité et pour se protéger lui-même, le médecin ne doit pas rester seul. Il est cependant une initiative que peut prendre immédiatement tout médecin devant une suspicion de maltraitance financière, c'est la mise sous « sauvegarde de justice ». Cette mesure temporaire protège l'individu sans entraîner pour autant une mesure définitive de protection. Recourir à des conseils peut le guider et le protéger.

Dispositif national associatif : 3977 et centres d'écoute de proximité ALMA

En France existe un dispositif associatif national d'écoute (soutenu par la Direction générale de la cohésion sociale) : le 3977 et ses 55 centres ALMA de proximité ; en Wallonie, c'est un dispositif régional (Respect seniors, association qui est une agence officielle). Ces dispositifs permettent à toute victime ou à tout témoin d'une suspicion de maltraitance ou d'une maltraitance avérée de signaler en toute confidentialité cette situation. Les équipes pluridisciplinaires des centres de proximité ont à l'évaluer et à informer les acteurs publics ou privés concernés par la situation à faire cesser.

En France, le centre national 3977 reçoit les appels du lundi au vendredi de 9 h à 19 h. Une équipe de psychologues formés écoute, soutient les appelants. L'écoutant renseigne le motif de l'appel, s'informe sur les faits et leurs conséquences, recueille les renseignements administratifs relatifs à la situation de la personne du ou des maltraitants supposés, ouvre un dossier informatisé et l'adresse au centre d'écoute associatif de proximité pour l'analyse et les actions à proposer qui impliquent forcément une connaissance des acteurs de terrain.

Le centre d'écoute de proximité (le plus souvent départemental) comporte une équipe d'écoutants et de référents, tous bénévoles et spécialement formés. Les référents ont ou ont eu des professions administratives, juridiques, médicales, médico-sociales, psychologiques, sociales, etc. Ils ont une connaissance de la maltraitance et du terrain. Cette pluridisciplinarité est indispensable à l'analyse compétente de la situation. L'analyse est précédée d'une écoute approfondie : que souhaite la victime, quelles sont les intentions de l'appelant ? Ces intentions peuvent différer des intérêts

de la victime. L'équipe locale doit souvent compléter les informations reçues en contactant proches de la victime ou professionnels (dont le médecin). À la suite de cette analyse, le centre conseille l'appelant ou contacte les organismes ou personnes – souvent multiples – pouvant ou devant intervenir.

Le centre accompagne ensuite appelant et victimes jusqu'à résolution de la situation. Ce n'est pas parce qu'une maltraitance est signalée à ceux qui ont à intervenir qu'une action est entreprise !

Il est aussi possible au médecin d'alerter directement la structure « responsable » : établissement, Conseil départemental, Agence régionale de santé, procureur, gendarmerie et police pour la délinquance. Mais le médecin n'aura pas de suivi. Surtout, en se mettant en avant, il risque de perdre la confiance de la personne âgée ou de l'aidant de celle-ci.

Après l'alerte, l'intervention

Maltraitances au domicile

Parfois, le médecin doit agir directement. Dans les cas de maltraitance grave mettant en jeu la santé physique ou mentale de la victime, il faut soustraire cette dernière à l'action de son agresseur. Parfois, l'hospitalisation est, malgré ses risques, la solution qui s'impose. Dans la mesure du possible, il vaut mieux court-circuiter les urgences et surtout l'aval des urgences, et adresser directement la personne dans le service de gériatrie avec lequel on travaille.

Si l'on suspecte un abus de faiblesse financier, la mise sous sauvegarde de justice peut et doit être demandée par le médecin traitant. Elle peut réduire les conséquences de ces abus et doit être accompagnée d'une information claire des protagonistes et d'un renforcement de la surveillance et protection de la victime pour prévenir toute recrudescence des actes de maltraitance.

Dans de nombreux cas, les problèmes complexes peuvent être amendés par des mesures sociales, des aides appropriées, la réunion de tous ceux qui participent aux aides et soins, etc., toutes actions résultant d'une analyse interdisciplinaire de la situation. Par exemple, lorsque la situation vient d'un auteur en situation de souffrance ou d'épuisement, il faut rompre l'isolement du couple victime – agresseur, faire accepter l'intervention de professionnels au domicile, trouver une solution de répit, proposer un travail psychothérapeutique, etc. Il ne faut pas rester seul devant une situation de maltraitance dont on ne dispose pas de tous les éléments.

Le médecin qui suit la victime est le mieux placé pour savoir si la situation de maltraitance a cessé ou non et à agir en conséquence ou demander conseil pour faire intervenir de manière adéquate.

Maltraitance en institution gériatrique

Maltraitance de la part des professionnels

Certaines situations de maltraitance suspectées sont parfois difficiles à affirmer, parce qu'il est compliqué d'obtenir des témoignages du résident (du fait de troubles cognitifs) ou des membres du personnel (loi du silence, peur des sanctions ou des représailles). Il faut informer le chef d'établissement et surtout le confrère médecin coordonnateur. Si le médecin coordonnateur est témoin ou informé de façon fiable, c'est à lui d'agir auprès de la direction. Souvent des mesures de formation, de prises de conscience, de valorisation de l'équipe suffisent. Parfois, il s'agit d'un agent inapte à sa fonction en raison de problèmes personnels ou par perversion (abus de pouvoir). Il est indispensable, mais difficile de le mettre hors d'état de nuire à ses victimes. La conviction de certains dirigeants du fait qu'assister une personne dépendante est un petit boulot, un « service à la personne » que l'on peut confier à n'importe qui est une des premières causes de maltraitance. Certains hôpitaux mutent encore dans leur EHPAD les agents dont on ne veut pas ailleurs, ce qui représente une grave maltraitance administrative intentionnelle.

La prévention est essentielle. Motivation de l'équipe, mode d'organisation du travail, formation utilisant les savoirs de l'équipe, information du personnel sur les spécificités de chaque personne résidente, encadrement qui encadre au lieu de gérer, information des résidents et de leurs familles, réflexion avant d'agir… ou de ne rien faire, sont bien plus efficaces que les accumulations de normes et protocoles. Les formations culpabilisantes découragent les meilleures équipes.

Violences de la part de résidents ou de familles

Dans ce cas, il n'y a pas d'emprise, ce ne sont pas des « maltraitances ».

Certains résidents d'institutions gériatriques peuvent devenir violents envers d'autres résidents ou envers les soignants, au cours de troubles pathologiques du comportement. Ces situations sont difficiles à gérer. L'agressivité d'un résident est dans près de 80 % des cas la réponse à une situation de souffrance physique ou morale ou d'une impossibilité de se faire comprendre ou de comprendre. Reconnaître la cause (parfois une réaction à une maltraitance méconnue), tenter un traitement comportemental, éviter les abus de sédatifs (l'état crépusculaire peut rendre violent) réduisent le risque de maltraitance induite.

Enfin, certaines familles harcèlent l'équipe, leur parent résident ne doit pas en subir de conséquences.

Maltraitances hospitalières

On peut retrouver à l'hôpital les mêmes problèmes qu'en institution gériatrique. Mais les maltraitances les plus graves (p. ex. le retour à domicile non préparé et la dépendance iatrogène hospitalière – HAS). sont structurelles et l'action du médecin isolé sur les décideurs risque d'être bien faible. L'alerte argumentée de la commission locale d'éthique pour faire prendre conscience ou la prise de conseil auprès du centre d'écoute local ou du 39 77 peuvent aider à résoudre la situation.

Conclusion

Depuis quelques années, la « bientraitance » est mise en avant. La bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance. Le terme bien-traitance a été créé par les pédopsychologues (D. Rapaport) pour bien faire comprendre aux équipes des crèches que, pour que la personne dépendante et sans autonomie qu'est tout nourrisson soit « bien-traitée », il ne suffisait pas qu'il soit nourri, hydraté, lavé, pansé, langé,

vêtu, etc. à la perfection, mais qu'il s'agit d'une personne qui a besoin de vie, de centres d'intérêt, d'affection, que chacun avait son individualité, sa personnalité. Ce message s'applique parfaitement aux aînés ayant perdu leur indépendance (agir) et à l'autonomie (décider) parfois limitée.

La bientraitance n'est donc pas l'application dure et pure d'une série de règles. « C'est ce qui reste à faire une fois que l'on a appliqué toutes les normes, règles et recommandations ». C'est le respect de la personne dont on a la responsabilité, la réflexion sur le sens de ses actions ou inactions envers cette personne. Ce sens de la prise en soin implique la conscience que certains gestes peuvent être mal ressentis ou mal-traitants. Sous cette forme, c'est la meilleure prévention, même si cette définition montre que toutes les maltraitances ne peuvent pas être éliminées.

La bientraitance est une conduite du professionnel (directeur et médecin inclus). La maltraitance est le résultat néfaste d'une action ou d'une inaction – le plus souvent involontaire – sur la victime. L'abus de faiblesse est le profit (financier ou moral) tiré volontairement de la victime sur laquelle on exerce une emprise ou un pouvoir.

Bibliographie

Amyot JJ. Peut-on parler de négligences affectives ? Gérontologie 2004 ; 7-9 : 45–51.

Cavalin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Drees Études et Résultats 2007 ; 598 : .

Daloz L. Représentations des soignants négligeants/maltraitants : étude préliminaire sur 21 sujets épuisés en gériatrie. Rev Geriatr 2007 ; 32 : 653–62.

De Saussure C. Vieillards martyrs, vieillards tirelires : maltraitance des personnes âgées. Chêne-Bourg. Médecine et Hygiène 1999 ; .

Duportet B. Délateur ou confident ? À propos de la maltraitance envers les personnes vulnérables. Rev Geriatr 2006 ; 31 : 291–2.

Durocher AM, Dewailly P. Le médecin gériatre face à une suspicion de maltraitance en milieu familial. Rev Gen Gerontol 1995 ; 19 : 34–6.

Fondation nationale de gérontologie. La maltraitance. Paris : Gérontologie et Société ; 2000.

Garcia S. Les facteurs de risque des négligences. Gérontologie. 2004 ; 132 : 24–8.

Hugonot R. La « maltraitance des personnes âgées » émerge enfin ! Gérontologie 1999 ; 110 : 1.

Hugonot R. La vieillesse maltraitée. Paris : Dunod ; 1998.

Hugonot R, Busby F. La maltraitance des personnes âgées. Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA. Gérontologie 1999 ; 111 : 15–25.

Ministère des Solidarité et de la Santé. Affaires sociales : personnes âgées.

Ministère de la Santé, de la Famille, des Personnes handicapées. Circulaire DHOS. In : Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. édition n° 6 ; 2010.

Moulias R, Isern-Real MH, Busby F. Le médecin face aux abus financiers à domicile. Rev Gériatrie 2013 ; 38(2) : 101–10.

Moulias R, Meaume S, Girard L. Maltraitance des hommes : maltraitance des lois, maltraitance par l'ignorance. Gérontologie et Société 2000 ; 92 : 95–101.

Moulias R, Moulias S, Busby F. Éthique et concept de Bientraitance. Rev Gériatrie 2012 ; 37(10) : 829–35.

Moulias R, Moulias S, Franco A, Meaume S. Le syndrome de soins inappropriés. Rev Gériatrie 2012 ; 53 : 323–31.

Réseau Internet francophone « Vieillir en liberté ».

Ruchat M, Rapin CH. Stratégies pour bien vieillir. Rev Geriatr 2008 ; 33 : 590–5.

Sebag Lanoe R. Maltraitance, la violence en gériatrie. Objectif soins 2004 ; 127 : 14–7.

Thomas H, Scodellaro C, Dupré-Lévêque D. Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative. Drees Études et résultats 2005 ; 370 : .

Recommandations

Debout M, Albert H, Anghelou D. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2002.

HAS. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Fiche points clés organisation des parcours ; octobre 2017.

Lelièvre N. Maltraitance de la personne âgée, savoir la dénoncer pour mieux la prévenir. Soins Gérontologie 2004 ; 50 : 35–7.