

Maltraitance et dépendance

En France, la question de la maltraitance des personnes âgées est apparue sur la scène publique à la fin des années quatre-vingt grâce à l'association Alma et à son président, le P^r René Huguenot¹. En 2001, à la demande de M^{me} Guinchard-Kunstler, un groupe de travail présidé par le P^r Michel Debout a rédigé un rapport et présenté des propositions. Hubert Falco, ministre délégué aux Personnes âgées, a installé, dès 2002, le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. Un programme d'action a été publié en mars 2003 et il privilégie trois dimensions : la formation des aidants, la gestion des risques de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et les violences financières. Depuis, cette préoccupation de lutter contre la maltraitance a été largement portée par les pouvoirs publics. La loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique prévoit un plan stratégique Violence et Santé qui inclut un volet concernant les personnes âgées.

Définitions

La littérature fait référence à plusieurs notions pour approcher la maltraitance : la négligence, l'abus et la violence.

La négligence est le défaut de subvenir aux besoins d'une personne âgée ou handicapée, tant au niveau physique, psychologique, affectif que spirituel.

La notion d'abus se rapporte à des actes plus graves que la négligence, avec intention de causer du tort ou des dommages, de profiter d'autrui ou de ses biens. Elle inclut les abus de pouvoir, de faiblesse et d'autorité, et peut être autant le fait du professionnel qui abuse de son statut pour imposer une décision, que de l'aidant naturel qui se trouve en position de force face à la personne vulnérable.

« La violence [15] 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, tant au sein de la vie publique que privée ».

Le terme usité par les professionnels du secteur médico-social pour nommer la violence à l'égard des personnes vulnérables est celui de maltraitance. La définition de la maltraitance est un exercice difficile

1. Cet article reprend de larges extraits du rapport de la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » réunie dans le cadre de l'élaboration du plan violence et santé. Cette commission, présidée par M.-E. Joël, s'est réunie en 2004 et en 2005. Le rapport a été rédigé par O. Doucet et figure sur le site du ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/pa_ph.pdf). L'ouvrage d'A. Tursz : *Violence et santé, rapport préparatoire au plan national*, La Documentation française, Paris, juin 2006 fait la synthèse de l'ensemble des travaux préparatoires au plan « violence et santé ».

car cette dernière résulte le plus souvent d'interactions complexes entre la personne vulnérable et son entourage. L'intentionnalité de la contrainte n'est pas requise, pas plus que la perception de son caractère violent par celui qui la perpète. La maltraitance correspond souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes vulnérables. Il est rare qu'elle se traduise par des faits particulièrement graves et spectaculaires.

L'American Medical Association distingue sept grands types d'exercice de la maltraitance, souvent associés entre eux. Cette classification, reprise par le Conseil de l'Europe en 1992, peut servir de référence :

Les maltraitements physiques sont constitués par des atteintes à l'intégrité physique de la personne : crimes, coups, blessures, brutalités, gifles, bousculades, escarres non ou mal soignées, contentions physiques (ligotage au lit ou au fauteuil), sévices sexuels...

- Les maltraitements psychologiques, affectives, morales provoquent des souffrances émotionnelles et psychiques : dénigrement, menaces, langage grossier, insultes, familiarité, humiliation, infantilisation, chantage à l'affection.

- Les maltraitements financiers : vie aux crochets de la personne vulnérable, encaissement abusif de chèques, rétention de pension, privation de toute maîtrise de ressources, privation de la jouissance de biens matériels (vêtements, bijoux, télévision, logement...), vente de biens, héritage anticipé...

- Les atteintes aux droits des personnes : droit à la vie, à l'identité, à la sexualité, droit à l'expression, non-respect du libre choix du mode de vie (placement autoritaire), de l'intimité, de la confidentialité du courrier, entraves à la liberté d'aller et venir, mise en œuvre abusive d'une mesure de protection juridique, détournement du droit de vote... pouvant conduire au déni de la dignité et du respect dus à tout être humain.

- Les maltraitements médicamenteux : privation de médicaments ou de soins nécessaires, non-traitement de la douleur, ou au contraire imposition d'un traitement inapproprié, abus de médicaments, non-respect des prescriptions.

- Les négligences actives qui consistent à ne pas répondre sciemment aux besoins de la personne : privations de nourriture, de boissons, des nécessités de la vie quotidienne.

- Les négligences passives ; elles proviennent de l'ignorance ou du manque d'intérêt et d'attention aux besoins de la personne : abandons, oublis divers (changes, repas, toilettes, entretien du cadre de vie...). Ces négligences sont le plus souvent dissimulées, banalisées, méconnues, d'autant qu'il est difficile de fixer la

Marie-Eve Joël
Professeur des universités, université Paris IX Dauphine



Les personnes âgées en situation de dépendance

limite entre ce qui est de l'ordre de la « maltraitance » proprement dite et de la « négligence ».

- Les maltraitances financières constituent une forme particulièrement répandue dont sont victimes les personnes âgées. Les dysfonctionnements du dispositif de protection juridique des majeurs vulnérables, les « vols par ruse », les escroqueries, les abus financiers touchent de nombreuses personnes âgées et ne sont pas souvent dénoncés ni sanctionnés.

Les victimes

Les études internationales, corroborées par l'analyse des dossiers de l'association Alma et par des études de cas réalisées par les services d'aides à domicile, indiquent que la personne maltraitée est le plus souvent une femme (75 % des appels reçus par Alma), très âgée, en situation de veuvage, contrainte de vivre chez un membre de sa famille pour des raisons financières ou dans une institution pour des raisons sécuritaires imposées par l'entourage. Vulnérable au plan physique et intellectuel, elle possède un patrimoine souvent plus important que l'« auteur » de la maltraitance, qui cohabite souvent avec elle. Elle est isolée socialement et l'on relève une histoire conjugale et familiale souvent difficile traversée par des relations conflictuelles, parfois violentes. La consommation excessive de produits toxiques (alcool, psychotropes) n'est pas rare.

La très grande dépendance et les déficiences qui l'accompagnent, notamment l'incontinence urinaire et fécale, les chutes à répétition, les dyspnées avec l'expectoration chronique, caractérisent les victimes. Des études de terrain menées par les services de soins à domicile [11] ont mis en évidence les liens étroits entre certaines pathologies et les risques de survenance de maltraitance : troubles du comportement de type démentiel ou apparenté, avec des symptômes d'absence de communication verbale, hémiplégie, maladie de Parkinson, troubles sévères du comportement. Les troubles cognitifs liés à des syndromes démentiels, la chronicité de troubles du comportement avec déambulation, agressivité ou apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violence familiale et favoriser les actes de maltraitance des aidants, naturels ou professionnels.

Il semble, enfin, que la maltraitance touche toutes les catégories socioprofessionnelles, avec des modalités toutefois différentes selon les situations économiques.

La maltraitance à domicile

Le ou les auteurs de maltraitance au domicile sont le plus souvent des proches, membres de la famille, relations de voisinage, intervenants professionnels, acteurs sociaux et économiques. Il n'est pas toujours aisé de les identifier, la personne âgée victime étant souvent dans une attitude de soumission, de silence et parfois même de protection vis-à-vis de sa famille et de son entourage proche. Trois catégories de situations de maltraitance peuvent être distinguées : les situations marquées par

un sur-investissement affectif, les situations marquées par un sous-investissement affectif et les situations où les relations sont marquées par la violence avant même l'apparition de la dépendance.

L'aidant naturel (et en particulier l'aidant principal) peut être dépassé par la prise en charge de la personne âgée, écrasé par la charge matérielle, physique et psychique que constituent les soins et l'aide constante qu'il apporte à une personne lourdement dépendante. L'épuisement est un facteur de risque élevé de sévices ou de négligences. Les attitudes exigeantes voire agressives de certaines personnes âgées, leur insatisfaction chronique, leur indifférence affective peuvent déclencher ou renforcer des comportements violents ou maltraitants à leur égard.

La maltraitance en établissement

En établissement, c'est le personnel qui est le plus fréquemment incriminé. Les défaillances patentes peuvent être liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompetence... Elles sont le plus fréquemment liées à l'usure professionnelle des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées. Ces derniers sont confrontés quotidiennement à des situations ou événements éprouvants : dégradation, souffrance physique et psychique, décès, découverte d'une personne suicidée, violence des relations et des comportements, réalisation de gestes qui provoquent douleurs et souffrances...

Les problématiques que rencontrent quotidiennement les professionnels, et en particulier la démence, l'incontinence — qui affecte plus de 70 % des personnes en établissement — ou l'impossibilité de communiquer verbalement, les obligent à inventer en permanence une relation adaptée pour entrer en communication avec la personne âgée, pour faire accepter les soins ou pour réaliser actes et interventions traumatisantes. Ce sont ces circonstances de stress, d'épuisement, qui vont provoquer l'usure et l'émoussement de la tolérance des soignants, et qui, conjuguées à des dysfonctionnements institutionnels, vont permettre l'irruption de la violence, l'agressivité, les abus, les négligences et les mauvais traitements.

Le système de prise en charge dans son ensemble peut lui aussi être source de maltraitance, faute de places en établissements ou dans des services de soins à domicile, faute de référents compétents pour les problèmes de santé spécifiques aux malades âgés et très âgés...

Les chiffres de la maltraitance

Il n'existe pas actuellement de système organisé et cohérent de données relatives à la maltraitance des personnes âgées dans les établissements sociaux et médico-sociaux ou vivant à leur domicile et d'estimation fiable de l'ampleur du phénomène.

Les estimations disponibles en France sont extrapolées à partir de synthèses [42] d'enquêtes euro-

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Article I **Choix de vie**

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

Article II **Domicile et environnement**

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

Article III **Une vie sociale malgré les handicaps**

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

Article IV **Présence et rôle des proches**

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

Article V **Patrimoine et revenus**

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

Article VI **Valorisation de l'activité**

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Article VII **Liberté de conscience et pratique religieuse**

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

Article VIII **Préserver l'autonomie et prévenir**

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

Article IX **Droit aux soins**

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

Article X **Qualification des intervenants**

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

Article XI **Respect de la fin de vie**

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

Article XII **La recherche : une priorité et un devoir**

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

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

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

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

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

péennes et varient de 5 % de maltraitance chez les plus de 65 ans, soit 600 000 personnes environ, à 15 % chez les plus de 75 ans, soit 680 000 personnes en France.

Les chiffres sont très variables d'un pays à l'autre (2 à 5 % en Norvège et en Suède, 4 % au Canada, de 4 à 10 % aux États-Unis d'Amérique) et ne traduisent pas les mêmes réalités. Ils sont issus des plaintes et ne sont ni vérifiés ni évalués, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire de la situation.

De 2001 à 2005, la Direction générale de l'action sociale a été informée de 1 147 situations de maltraitance (tous secteurs confondus, domicile et établissements), chiffre dont tout le monde s'accorde à dire qu'il ne reflète

que très partiellement la réalité de la maltraitance². Les statistiques du ministère de la Justice, quant à elles, ne font donc pas apparaître d'éléments relatifs à l'âge qui éclairerait le débat.

Le nombre d'appels reçus par le réseau Alma-France est passé de 2 118 en 1997 à 7 366 en 2002 (dont

2. La DGAS a mis en place en juin 2003 un système d'information intitulé « Prévention des risques, inspections, signalements de la maltraitance en établissements sociaux et médico-sociaux » (Prisme), qui permet de recueillir et d'analyser les signalements relatifs aux maltraitements et violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, une réflexion est engagée pour permettre, au niveau des DDASS, d'harmoniser et informatiser la gestion administrative et le suivi des plaintes, en lien avec l'IGAS qui élabore un guide des bonnes pratiques de la gestion administrative des plaintes.



Les personnes âgées en situation de dépendance

71 % pour des maltraitements à domicile). L'analyse des 12 400 appels téléphoniques reçus entre 1995 et 2002 fait état de maltraitements de diverses natures : physique, financière, psychologique, médicale ou négligences. Les victimes sont en majorité des femmes (75 %) âgées (la moyenne d'âge des victimes est de 79 ans), veuves, vivant en famille, disposant de biens ou de ressources et souvent dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne. La plupart des situations de maltraitance signalées sont d'origine familiale et les éléments favorisant la maltraitance les plus souvent cités sont les relations familiales difficiles (25 %), les problèmes financiers (18 %) et le manque de communication (12 %).

Une enquête Insee intitulée « Événements de vie et santé » apportera des éléments de connaissance sur les phénomènes de violence et les liens potentiels entre violence et santé. Les premières exploitations seront disponibles à la fin du premier semestre 2006.

Une prise de conscience difficile malgré un support juridique suffisant

Une enquête qualitative récente réalisée par la Drees [13] sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance. Outre le déni qui entoure les situations de maltraitance, déni par les victimes et par les aidants, la peur des représailles, la crainte que la plainte ne soit pas considérée comme crédible incitent les personnes âgées, les témoins et les familles au silence. Les victimes âgées ignorent qu'elles peuvent porter plainte auprès de toute unité de gendarmerie, de tout service de police ou de tout tribunal de grande instance. Elles sont souvent dans l'incapacité de se déplacer. Ce déni est l'une des manifestations les plus pernicieuses de l'âgisme.

En dépit des formations qui se multiplient, la règle générale chez les professionnels reste une absence de sensibilisation, d'information, d'analyse des pratiques de maltraitance... Pour les médecins, en particulier, les difficultés liées au partage du secret médical représentent un frein à l'énonciation de la maltraitance.

En réponse à une forte demande sociale, les évolutions législatives et réglementaires récentes dans le secteur de la santé et de l'action sociale, mais aussi en matière pénale, ont mis l'accent sur les droits des usagers, la protection des personnes, le renforcement de la sécurité, la lutte contre les violences et l'insécurité³. Ce corpus législatif et réglementaire a le mérite d'exister, même s'il se caractérise par une absence de lisibilité et une complexité certaines. Constat est fait d'un morcellement et d'un empilement de textes concernant la protection, la sécurité, la sûreté, le respect des droits et libertés des personnes âgées et handicapées. Élaborés par

différents ministères, voire par différents départements ministériels au sein d'un même ministère, les textes se caractérisent par une étanchéité des publics, des catégories administratives ou légales et par une carence des textes d'application.

Il importe de comprendre que si ces textes ne sont pas mis en œuvre, c'est principalement en raison de la difficulté des professionnels du secteur social et médico-social à « dire le droit ». La propension des établissements et services médico-sociaux à gérer « en interne » des situations qui relèvent du délit s'explique par la culture propre du secteur, mais probablement aussi par la rareté des ressources humaines.

Apporter l'appui technique et le soutien méthodologique aux acteurs de terrain pour leur permettre de faire la part entre les comportements déviants et les dysfonctionnements structurels et ainsi de « dire le droit » et d'utiliser les outils juridiques à leur disposition est une sorte de révolution culturelle et l'administration s'y emploie de diverses manières :

- en développant les réseaux d'accueil téléphonique et un travail en réseau autour de la question de la maltraitance ;
- en développant l'information et la formation des aidants naturels et professionnels : une brochure est diffusée dans cinq départements à titre expérimental, un CD-Rom est en cours de diffusion, un guide de repérage des risques de violences et de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux est en préparation ;
- en contrôlant d'avantage les établissements. Au total, en 2002 et 2003, 828 inspections (52 % inspections suite à plaintes, 48 % au titre du programme préventif) ont été diligentées dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

Plus généralement, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), la pérennisation du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et toutes les mesures prises pour renforcer, diversifier l'offre de prise en charge des personnes âgées et en améliorer la qualité vont dans le sens d'une réduction de la maltraitance. 

3. Le recensement de ces textes est fait dans le rapport de la commission Personnes âgées et handicapées *op. cit.* note 1.