



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Maltraitance des personnes âgées à domicile :
perceptions et réactions des soignants professionnels**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 03 novembre 2016 à 18h00
au Pôle Recherche

Par Grégoire MAHIEU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Thibaud LEBOUVIER

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ALMA	Allô maltraitance des personnes âgées
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HABEO	Handicap, âge, bientraitance, écoute, orientation
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAD	Services d'aide à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	2
I.Contexte.....	2
A.Épidémiologie.....	2
B.Définitions.....	2
C.Conséquences individuelles et collectives.....	3
D.Politique de lutte contre la maltraitance en France.....	3
E.Aspects juridiques et signalement.....	5
F.Professionnel soignant et maltraitance à domicile.....	6
II.Objectifs.....	8
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	10
I.Recherches bibliographiques.....	10
II.Type d'étude.....	10
III.Recrutement de la population.....	10
IV.Recueil des données.....	11
V.Analyse des données.....	11
RÉSULTATS.....	12
I.Présentation des données.....	12
A.Caractéristiques des entretiens.....	12
B.Description de la population.....	12
II.Présentation des résultats.....	13
A.Perception et définition de la maltraitance.....	13
B.Détection et diagnostic de maltraitance.....	27
C.Réactions et interventions des soignants professionnels.....	30
D.Ressenti face à ces situations.....	39
E.Difficultés éprouvées.....	40
F.Mesures de prévention et besoins des professionnels soignants.....	45
DISCUSSION.....	51
I.Principaux résultats.....	51
II.Analyse des résultats.....	52
A.Définition et perception de la notion de maltraitance.....	52
B.Identification des causes et des facteurs de risques de maltraitance.....	53

C.Détection de la maltraitance.....	54
D.Actions et difficultés éprouvées.....	56
E.Prévention et pistes d'amélioration.....	59
III.Forces et limites de l'étude.....	60
A.Forces de l'étude.....	60
B.Limites de l'étude.....	61
CONCLUSION.....	63
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
ANNEXES.....	69
Annexe 1 : Fiche d'information.....	69
Annexe 2 : Guide d'entretien (version finale).....	70
Annexe 3 : Verbatims.....	71

RÉSUMÉ

Contexte : La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique majeur dans notre société. Les soignants professionnels de proximité ont une position privilégiée pour détecter et intervenir en cas de maltraitance à domicile. Le but de cette étude était d'analyser leurs perceptions, réactions et difficultés rencontrées lorsqu'ils étaient confrontés à une situation de maltraitance d'une personne âgée au domicile.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative basée sur l'analyse thématique d'entretiens individuels semi-dirigés de professionnels soignants de proximité intervenant à domicile dans le Nord-Pas-de-Calais : auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, médecins, kinésithérapeutes.

Résultats : Les soignants connaissaient bien les principaux types de maltraitance ainsi que leurs facteurs de risque et signes évocateurs. Toutefois, les comportements maltraitants étaient probablement sous-détectés. Lorsqu'une maltraitance était suspectée, les soignants hésitaient parfois à agir. Plusieurs éléments les freinaient dans leur démarche : l'incertitude concernant les faits, le déni ou le refus d'aide de la personne âgée, la crainte d'une rupture de la relation de confiance ou de répercussions personnelles. Les soignants privilégiaient la concertation entre collègues et le dialogue avec les familles. Le signalement administratif ou juridique n'était envisagé qu'en dernier recours. Tous les soignants ne se sentaient pas légitimes pour intervenir ; le médecin traitant et l'assistante sociale étaient considérés comme des référents, mais leur manque de temps et de disponibilité ainsi que le manque de communication inter-professionnelle rendaient difficile la prise en charge. Le manque de formation, la méconnaissance du cadre légal, des ressources et des aides disponibles favorisaient un sentiment d'isolement et d'impuissance du soignant.

Conclusion : Une amélioration de la formation des soignants et de la coordination inter-professionnelle semble nécessaire pour mieux détecter et prendre en charge ces situations complexes.

INTRODUCTION

I. Contexte

A. Épidémiologie

La maltraitance des personnes âgées a longtemps été sous-évaluée, la prise de conscience concernant cette problématique est récente, notamment depuis la médiatisation de cas de maltraitance survenus ces dernières années en milieu institutionnel. La lutte contre cette maltraitance constitue aujourd'hui une des orientations prioritaires de la politique nationale de santé publique.

En France, près de 95 % des personnes de plus de 60 ans et 86 % des personnes de plus de 80 ans vivent à leur domicile(1). On estime que chaque mois près d'une personne âgée sur dix est confrontée à une maltraitance(2,3). À domicile, la prévalence de la maltraitance des personnes âgées dans la communauté européenne est estimée entre 4 % et 6 % et avoisinerait les 25 % pour les personnes âgées fortement dépendantes(4), cependant seule une faible proportion de ces cas est actuellement détectée(5). L'incidence de ces maltraitements risque de s'accroître compte-tenu du vieillissement de la population(6).

B. Définitions

La maltraitance des personnes âgées est un problème complexe, dont la définition varie d'un pays à l'autre en fonction de critères sociaux et culturels. La multiplicité des définitions de maltraitance rend difficile la caractérisation et l'évaluation du phénomène.

En 1987, le Conseil de l'Europe définit la notion de violence : elle se caractérise par « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et / ou nuit à sa sécurité financière »(7) et propose en 1992 une classification des actes de maltraitance distinguant les violences physiques, psychologiques, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, les négligences actives ou passives (sans intention de nuire), les privations ou violations de droits et la maltraitance civique(8).

Dans son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002(9) puis dans son rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés en 2011(4), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance comme un « acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne », et souligne la nécessité d'une amélioration de la collecte de données à tous les niveaux concernant les maltraitances envers les personnes âgées.

C. Conséquences individuelles et collectives

La maltraitance des personnes âgées a d'importantes conséquences en matière de santé individuelle et de santé publique. En effet, des études ont montré un niveau de détresse psychologique significativement plus important(10), un sur-risque d'hospitalisation(11) et une sur-mortalité(12,13) des personnes âgées ayant subi des maltraitances.

D. Politique de lutte contre la maltraitance en France

En 1995, le Professeur Hugonot, médecin gériatologue, ancien président de la Société Française de Gériatrie, fonde le réseau associatif ALMA (Allô

maltraitance des personnes âgées) qui est un réseau national d'écoute et de prévention composé de bénévoles, première structure mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Une politique nationale de prévention et de lutte contre la maltraitance est initiée par le gouvernement dès 2002(14) et le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées est créé en 2003. La première journée mondiale contre la maltraitance des personnes âgées se déroule le 15 juin 2006. En 2007, un plan national de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance est instauré(15). Il s'oriente autour de trois axes :

- l'amélioration de la procédure de signalement ;
- le renforcement de la fréquence et l'efficacité des contrôles ;
- la mise en place d'une politique de prévention et de promotion de la bientraitance.

En 2008, un numéro national d'écoute, le 3977, est créé grâce à la collaboration des associations ALMA et HABEO (Handicap, Âge, Bientraitance, Écoute, Orientation). L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) publie cette année-là des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la bientraitance(16). Les circulaires ministérielles du 23 juillet 2010, du 12 juillet 2011 et du 20 février 2014 visent à renforcer la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées(17–19). En 2013, le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées remplace le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. En 2014, les associations ALMA et HABEO fusionnent au sein d'une nouvelle structure : la fédération 3977 contre la maltraitance.

E.Aspects juridiques et signalement

D'un point de vue juridique, il n'existe pas de texte de loi spécifique à la maltraitance de la personne âgée. Le code pénal dans les articles 222-12 à 222-14 évoque la notion de vulnérabilité d'une personne « due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique »(20–22). Concernant la maltraitance dite active, l'article 434-3 du code pénal punit « le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés [...] à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique [...], de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives »(23). Concernant les négligences ou la maltraitance dite passive, l'article 223-3 du Code pénal condamne « le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique »(24).

Par ailleurs, selon l'article 226-13 du Code Pénal, le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique » et « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire »(25).

Dans ce cadre, différents types de signalements peuvent être réalisés :

- un signalement administratif, qui peut être adressé au directeur départemental chargé de la cohésion sociale, au préfet, au médecin inspecteur de la santé, à l'Agence régionale de santé (ARS), aux services sociaux ou au Défenseur des droits.
- un signalement judiciaire, en saisissant le procureur de la république.

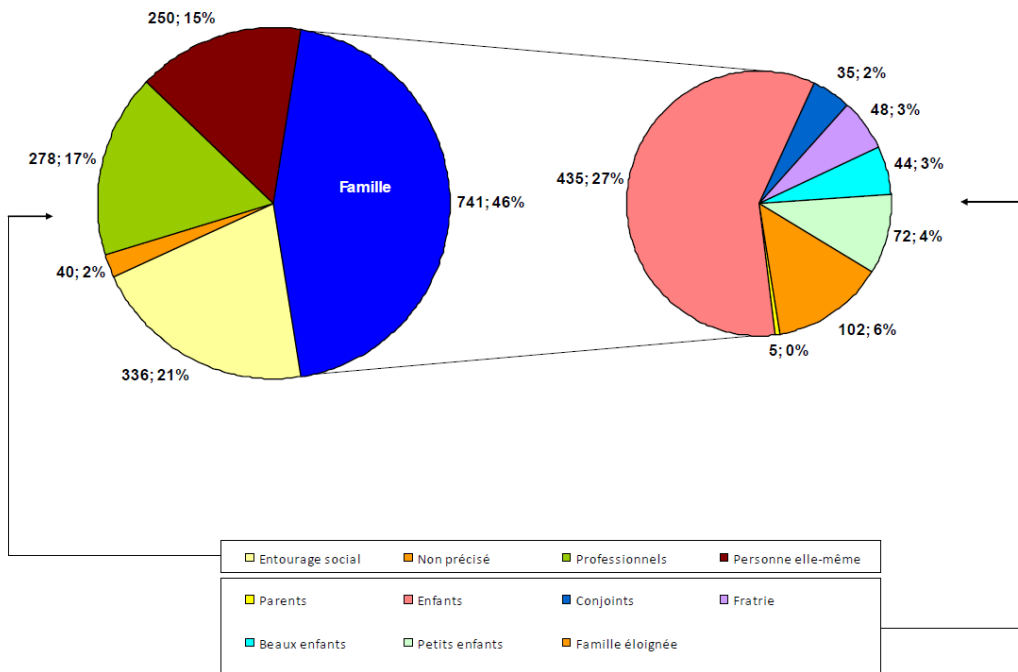
Le réseau national d'écoute 3977 permet d'écouter, d'aider et d'orienter toute personne, particulier comme professionnel, confrontée à une situation de maltraitance.

F. Professionnel soignant et maltraitance à domicile

Le réseau national d'écoute 3977 a permis d'obtenir des informations plus précises sur la problématique en France. En 2014, 3978 dossiers d'écoute ont été créés : 82 % concernaient des maltraitances subies par des personnes âgées, dont 73 % avaient eu lieu au domicile. L'appelant était un professionnel dans 17 % des cas (Figure 1), parmi lesquels 34 % étaient des professionnels médicaux ou paramédicaux (Figure 2)(26).

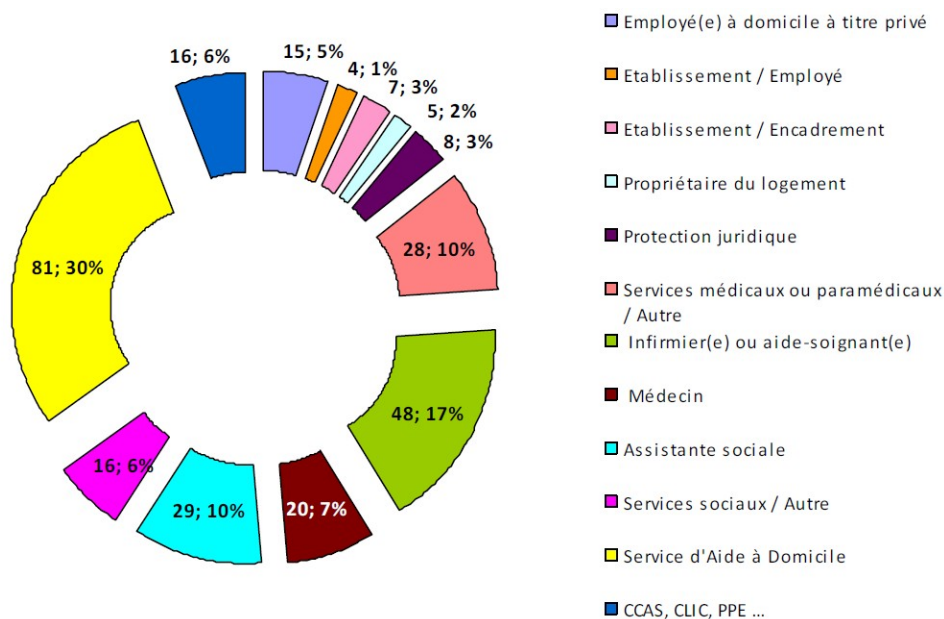
Ces données ne regroupent toutefois que des volontés de signalement, et sous-estiment probablement la réalité du phénomène. Aucune étude épidémiologique scientifique n'a pu être conduite au niveau national.

Figure 1 : Maltraitance à domicile : Les appelants au sein de la famille



Source: Fédération 3977, Rapport d'activité 2014

Figure 2 : Maltraitance à domicile : Les appelants professionnels



Source: Fédération 3977, Rapport d'activité 2014

Les professionnels soignants sont présents quotidiennement au domicile des personnes âgées les plus dépendantes et sont parfois les seuls intervenants admis au sein du foyer des patients. Cependant, on constate que les soignants professionnels ne sont à l'origine que d'une faible proportion des signalements de maltraitance à domicile. Ces données ne représentent bien sûr qu'une partie des maltraitances auxquelles les soignants sont confrontés, de nombreux cas ne sont pas signalés et il existe également d'autres recours possibles. De plus, la lutte contre la maltraitance n'est pas qu'une affaire de signalement et de sanction. Peu d'études concernant l'approche de la problématique par les soignants professionnels intervenant à domicile ont été réalisées, dont aucune étude française à notre connaissance(27–31).

Il semblait donc important d'étudier le point de vue des professionnels soignants de proximité intervenant à domicile, de comprendre comment ils agissent lorsqu'ils sont confrontés à un comportement maltraitant envers une personne âgée, et quelles difficultés ils rencontrent.

Dans le cadre de leur mission de lutte contre la maltraitance, certains conseils généraux départementaux ont créé des guides à l'usage des professionnels intervenant à domicile. Il n'existe en France aucune recommandation nationale française concernant la conduite à tenir pour les soignants professionnels confrontés à ces situations, contrairement à d'autres pays développés. Notre étude pourrait être un apport à l'élaboration de tels outils.

II.Objectifs

L'objectif de cette étude était triple : analyser la perception de la maltraitance, étudier les réactions et interventions, et évaluer les difficultés rencontrées par les soignants professionnels de proximité intervenant à domicile confrontés à une situation de maltraitance d'une personne âgée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de différents moteurs de recherche sur internet : PubMed, Google Scholar, Cismef, EM-Premium, Google, Service Commun de Documentation de l'Université de Lille 2 et Catalogue SUDOC.

II. Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative(32–34) réalisée auprès de professionnels soignants de proximité intervenant à domicile dans le Nord-Pas-de-Calais, par le biais d'entretiens individuels semi-directifs.

III. Recrutement de la population

Étaient inclus les professionnels soignants intervenant au long cours et de façon régulière au domicile de personnes âgées : auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes. Ils ont été recrutés dans l'entourage du chercheur, par démarchage téléphonique, par courriel et par voie postale. Une fiche informative était remise au moment du recrutement ou au début de l'entretien (Annexe 1). Ces informations concernaient le sujet l'étude, le déroulement des entretiens et la garantie de l'anonymat.

L'échantillonnage des participants était réalisé au fur et à mesure de l'étude et raisonné à variation maximale selon la profession, l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, l'expérience professionnelle(33). Le recrutement a été poursuivi jusqu'à saturation

des données ; la saturation des données étant atteinte lorsque aucune nouvelle idée ne ressort d'un entretien.

IV. Recueil des données

Les entretiens individuels ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 2). Ce guide d'entretien a été élaboré par le chercheur à partir d'une revue de la littérature, d'un support méthodologique(35) et des objectifs de l'étude. Il se composait essentiellement de questions ouvertes ainsi que de questions de relance permettant à la personne interviewée de s'exprimer ouvertement sur le plus grand nombre de thèmes. Le guide a évolué au cours de l'étude en fonction de l'analyse progressive des différents entretiens.

Le lieu et l'horaire de l'entretien étaient fixés selon la convenance du participant. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord de la personne interviewée. Ils ont été retranscrits *ad integrum* sous la forme de verbatims anonymisés (Annexe 3).

V. Analyse des données

Une analyse thématique et interprétative des résultats a été réalisée grâce à un codage ouvert suivi d'un codage axial des verbatims(32). L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel QSR Nvivo© 10(36). Les verbatims ont été codés par deux chercheurs distincts. Avant chaque nouvel entretien, les codes obtenus étaient mis en commun afin de réaliser l'analyse suivante avec un livre de code identique.

RÉSULTATS

I. Présentation des données

A. Caractéristiques des entretiens

Un total de 15 entretiens a été réalisé du 13 août 2014 au 22 octobre 2015. La saturation des données a été atteinte après 13 entretiens et confirmée par deux entretiens supplémentaires. La durée des entretiens variait de 12 à 37 minutes, pour une durée moyenne de 26 minutes, soit une durée cumulée de 6 heures 36 minutes.

B. Description de la population

Les caractéristiques des soignants participants ont été reportées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des soignants participant.

	Sexe	Âge (ans)	Profession	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle (ans)
INF1	F	48	Infirmière coordinatrice	SSIAD	Urbain	27
AS1	F	30	Aide-soignante	SSIAD	Urbain	9
INF2	F	38	Infirmière	Libéral	Semi-rural	9
AUX1	F	55	Auxiliaire de vie	SAD	Urbain	37
AUX2	F	25	Auxiliaire de vie	SAD	Urbain	1
AUX3	F	44	Auxiliaire de vie	SAD	Urbain	17
MED1	F	41	Médecin généraliste	Salarié	Semi-rural	12
INF3	M	52	Infirmier	SSIAD	Rural	28
MED2	M	35	Médecin généraliste	Libéral	Urbain	3
INF4	F	52	Infirmière coordinatrice	SSIAD	Urbain	6
AS2	F	53	Aide-soignante	SSIAD	Semi-rural	33
INF5	F	58	Infirmière	Libéral	Urbain	20
AS3	F	37	Aide-soignant	SSIAD	Rural	2
KIN1	M	26	Kinésithérapeute	Libéral	Urbain	1
MED3	M	66	Médecin généraliste	Libéral	Semi-rural	29

SSIAD = Service de soins infirmiers à domicile ; SAD = Service d'aide à domicile.

II. Présentation des résultats

A. Perception et définition de la maltraitance

1. Contexte et définitions

a) Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Lorsqu'il leur a été demandé de définir le terme de « personne âgée », certains participants ont proposé un âge seuil de façon subjective. Cet âge limite leur semblait reculer avec l'augmentation de l'espérance de vie globale et l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.

AUX3 : « Maintenant, vu l'espérance de vie qui augmente, je dirais qu'" âgé " c'est à partir de 80 ans. »

INF4 : « C'est vrai qu'avant on disait que 60 ans c'était déjà une personne âgée et maintenant à 60 ans on travaille encore, on fait encore plein de choses. Pour moi ça a bien reculé de toute façon. »

La personne âgée était caractérisée par d'autres soignants par une perte d'autonomie, une dépendance et une fragilité qui n'étaient pas toujours corrélées à l'âge.

INF5 : « C'est une personne qui devient dépendante, pas forcément avec l'âge mais avec le corps. Parce qu'il y a des personnes de 90 ans qui sont tout à fait indépendantes et d'autre à 80 balais sont dans leur lit, ou bien avant. »

b) Le soin à domicile

Au domicile, les soins étaient considérés comme plus qualitatifs qu'à l'hôpital ou en institution par de nombreux participants interrogés. Les soignants disposeraient de plus de temps et la relation de proximité permettrait de prodiguer des soins plus respectueux et personnalisés.

INF5 : « [...] À l'hôpital on n'a pas le même contact avec les gens qu'on a à domicile. Je dirai qu'à domicile on ne fait pas partie de leur famille, mais de leur vie. On les voit tous les jours, et suivant le temps qu'on passe avec eux, c'est plus facile en libéral, de mon point de vue. »

INF1 : « [À domicile] on a plus de temps aussi pour les soigner, à mon sens, correctement. »

AUX2 : « Il faut vraiment s'adapter en fait quand on travaille à domicile comme ça, c'est au cas par cas. On ne se comporte pas de la même façon chez une personne et chez une autre. »

c) Définition de la notion de maltraitance

La notion de maltraitance était complexe à définir et variait beaucoup d'un participant à l'autre.

AS3 : « Je pense que c'est aller à l'encontre des [...] pas forcément des besoins, mais des valeurs ou des désirs de la personne [...]. »

MED2 : « Qu'est-ce que j'entends par maltraitance ? Eh bien une souffrance [...] qui est induite par un élément de la société. »

INF1 : « [...] la maltraitance c'est imposer ses choix sans respecter celui de la personne âgée. »

2. Formes de maltraiances

Tous s'entendaient sur le fait que la maltraitance pouvait être polymorphe. Lorsqu'il leur a été demandé de préciser la notion de maltraitance, les soignants en ont évoqué les principaux types : physique, morale, financière, négligence, médicamenteuse, privation de droits.

a) Maltraitance physique

Il s'agissait de la première forme de maltraitance évoquée par les soignants interrogés. Certains soignants percevaient la gravité des comportements maltraitants de manière graduelle. La violence physique était considérée avec une particulière gravité.

MED3 : « La maltraitance ? Eh bien, il y a la maltraitance physique d'abord, les coups, des gens qu'on bat. »

AUX2 : « Après ça peut être bien pire encore : de la maltraitance physique, si on est trop brute avec une personne. »

Il arrivait aux aides-soignants et infirmiers de constater les traces de ces sévices lorsqu'ils réalisaient les soins.

INF1 : « [...] la fille la martyrisait... martyrisait, c'est-à-dire qu'on a retrouvé [...] des hématomes. Chaque jour, quand on allait faire la toilette, on voyait des hématomes supplémentaires. »

Des soignants évoquaient la possible brutalité de leurs propres soins (gestes brusques, manque de douceur), souvent involontaires.

INF2 : « [...] il y a des fois on peut être limite [...] dans certains soins ou on va bouger trop vite une personne ou... C'est de la maltraitance pure, mais des fois on est pris dans le feu de l'action et puis voilà. »

b) Maltraitance psychologique ou morale

i. La violence verbale

La violence verbale était considérée comme une forme de maltraitance par tous les participants. Ils rapportaient :

- un langage brusque, agressif, inadapté, des cris, des insultes.

INF5 : « Par paroles aussi, peut-être, en bousculant un peu la personne parce que les enfants veulent que ça soit plus réactif, pas vraiment méchamment mais assez sec, assez brutal en parole on va dire. »

- une dévalorisation, humiliation, des moqueries.

AUX1 : « [...] le fils de la personne qui est tuteur, devant une de mes collègues, met vraiment la dame mal à l'aise : " T'es une bonne à rien ! " ».

MED2 : « [...] être pris pour plus bête ou plus handicapé, ou plus atteint au niveau des démences que ça ne l'est vraiment. »

- des menaces.

AS2 : « [...] les enfants menacent, hein ; la menace c'est aussi une maltraitance. »

ii. Le harcèlement moral

Des situations de harcèlement étaient également décrites.

MED2 : « Eh bien j'ai une dame qui se fait harceler par son proprio [...]. C'était le gars qui débarquait chez elle, ouvrait la porte, ne la tapait pas mais faisait du gros stress psychologique. »

iii. Le non-respect de la vie privée et de l'intimité

Les sujets interrogés évoquaient l'importance d'être vigilants quant au respect de l'intimité des patients dans leurs interventions au quotidien.

AS2 : « [...] ne pas frapper à une porte ça peut être de la maltraitance pour une personne. »

INF1 : « Les personnes qui parlaient à haute voix, qui laissaient des portes ouvertes, qui n'étaient pas très attentives à la pudeur [...]. »

iv.L'abus d'autorité.

Les soignants décrivaient des situations d'abus d'autorités et de soins imposés.

AUX1 : « On donne notre avis pour tout, ça aussi c'est une forme de maltraitance.

Décider à la place de la personne c'est une maltraitance aussi, enfin pour moi. »

AS3 : « Cette dame a un protocole de journée, elle doit faire les choses comme ça a été décidé, on la force alors qu'elle dit non, elle communique un peu mais pas énormément, elle doit faire les longueurs de couloir avec l'auxiliaire de vie, elle a des pages d'écriture, elle a des... enfin c'est fou ! Elle a une douche chaque soir, alors que nous on la lave le matin. Ce sont des choses qu'elle, elle, ne veut pas, mais la famille dit que les choses sont comme ça, elles sont comme ça. Le maquillage c'est pareil, le matin elle doit être maquillée alors que cette dame elle s'en fout [...]. Donc là c'est le cas où c'est la famille qui est maltraitante. »

c)Les négligences*i.Les négligences passives*

Il s'agissait du principal type de négligence évoqué par les participants : des négligences par ignorance des besoins de la personne âgée ou par incapacité de mieux faire. Elles étaient le plus souvent occasionnées par les professionnels de santé ou par les membres de la famille : manque de temps ou d'écoute, délaissement par la famille, absence de prise en compte de la douleur, défaut de soins d'hygiène et d'alimentation.

AUX2 : « [...] un enfant a un rôle à jouer auprès de son parent donc s'il le néglige, qu'il le laisse de côté, qu'il ne s'occupe pas de l'administratif, du médical, de l'alimentaire ou autre, c'est de la maltraitance. »

AS2 : « Il suffit de ne pas assez écouter ce que la personne nous dit et on est un peu maltraitant. [...] si la personne est un peu désorientée et ne parle pas beaucoup,

automatiquement on s'adresse des fois à la personne qui travaille avec nous et c'est une maltraitance vis-à-vis du patient. »

ii. Les négligences actives

Il s'agissait des sévices, abus, manquements, abandons pratiqués avec la conscience ou l'intention de nuire. Quelques soignants interrogés rapportaient des comportements négligents conscients, sans qu'il n'y ait pour autant l'intention de nuire à la personne.

KIN1 : « La personne qui doit aller aux toilettes toutes les 10 minutes : " Bon cette fois je n'ai pas le temps, pour cette fois elle se débrouille, je la laisse faire dans sa couche [...] de toute façon elle aura oublié demain [...] ". C'est déjà de la maltraitance en soi parce que la maltraitance elle est là, la personne est dans sa merde et je la laisse là parce que j'ai la flemme. »

d) La privation des droits et des libertés

Certains soignants interrogés rapportaient des situations de privation ou restriction de libertés et de droits : séquestration, contention, confiscation de biens, ingérence administrative, souvent dans un contexte de négation des capacités cognitives et une infantilisation des personnes âgées.

AUX1 : « [...] on n'enlève pas les papiers de la personne âgée, elle a le droit d'avoir ses papiers, elle a le droit d'avoir sa carte bancaire, sa carte d'identité et sa carte d'électeur. Si vous enlevez ça c'est de la maltraitance. »

MED1 : « C'était dans une très belle maison, où il y avait des escaliers vernis, donc pour que la petite dame ne tombe pas on la laissait dans sa chambre et on enlevait la clinche de sa porte pour être sûr qu'elle ne se... qu'elle ne tombe pas. »

e) Violences médicales ou médicamenteuses

Des situations de privations ou d'abus médicamenteux ont été plusieurs fois évoquées ; d'autres situations d'acharnement thérapeutique ont particulièrement interpellé certains soignants.

AS2 : « J'ai déjà vu ça, une infirmière qui donne un médicament pour une personne agitée. Bon, elle a peut-être eu l'accord du médecin, mais rajouter un médicament en plus parce que la personne est énervée [...] ça peut être aussi une maltraitance. »

INF3 : « [...] un médecin traitant qui s'était acharné à mettre une sonde gastrique à un monsieur qui était en phase terminale et il y avait un problème : la sonde ne passait pas. Et il s'était acharné, il était même monté carrément sur le lit, c'était un jeune médecin. On l'a retrouvé dans un état [...] il saignait de partout, sa femme était horrifiée. »

f) Maltraitances financières

Seulement deux soignants abordaient ces violences financières. Il s'agissait de situations d'extorsion, de vol et de chantage. Les abus financiers rapportés étaient causés par l'entourage proche de la personne âgée.

MED1 : « Je pense qu'il y a des voisins qui profitent de la faiblesse des gens pour dire : " Écoutez, je vais aller chercher vos médicaments, c'est 10 euros ", et ça arrive très très souvent dans le coin. »

INF3 : « [Ses enfants] lui tapaient dessus tant qu'il n'avait pas lâché sa pension. »

g) Violences sexuelles

La maltraitance sexuelle n'était abordée que par une soignante, de façon indirecte.

AS1 : « Donc là, elle m'a certifié qu'il ne s'était rien passé de " sexuel ", entre guillemets, parce que moi c'était ce que je voulais savoir. »

3. Caractérisation du phénomène

Certains soignants interrogés semblaient sous-estimer la prévalence de la problématique, d'autres admettaient que la maltraitance des personnes âgées est sous-évaluée. La plupart des soignants s'accordaient sur le fait qu'elle peut survenir partout, et toucher n'importe quelle personne âgée.

MED1 : « [...] on n'est pas à l'abri de quoi que ce soit et ça arrive beaucoup plus fréquemment que ce que l'on pense. »

AUX3 : « Tout le monde peut-être maltraité. Tout le monde... »

Quelques soignants soulignaient une prise de conscience récente de la problématique qui a engendré une modification des comportements. Toutefois, la maltraitance semblait parfois rester taboue.

INF5 : « Mais bon, maintenant c'est connu tout ça, donc les gens font quand même beaucoup plus attention je pense. On en parle beaucoup, alors qu'avant c'était caché donc [...] mais ça pouvait se faire on va dire. »

AUX2 : « Quand on fait les réunions, les évaluations, on en parle sans en parler, c'est... on ne dit pas le mot. »

4. Facteurs de risques de maltraitance relevés

a) La personne âgée maltraitée

La plupart des soignants interrogés identifiaient des profils de personnes âgées plus exposés au risque de maltraitance. La perte d'autonomie et la dépendance étaient perçues comme des facteurs de risques importants. Les personnes atteintes d'un handicap physique, notamment les personnes âgées alitées, seraient particulièrement touchées selon les soignants. Certaines personnes âgées se résigneraient à subir ces situations par peur de voir leurs seuls aidants les délaisser.

INF2 : « Les gens alités, les gens alités qui dépendent vraiment de quelqu'un. [...] [ce sont] les personnes les plus à risque. »

MED3 : « En général quand les personnes âgées dépendent de quelqu'un, à ce moment-là, elles sont un petit peu sous influence donc si la personne est un petit peu agressive, ils vont laisser passer parce qu'ils ont besoin d'elle. »

Les troubles mentaux étaient également perçus comme des facteurs de risque majeurs : la déficience mentale, les troubles psychiatriques et surtout les pathologies neurodégénératives, au sein desquelles la malade d'Alzheimer était fréquemment citée par les soignants. L'agressivité, la désinhibition, l'inversion du cycle nyctéméral chez les personnes âgées démentes étaient des facteurs de risques rapportées par la plupart des participants.

AS1 « C'est vrai que les personnes Alzheimer avancées qui restent au domicile [...] ce sont les premières personnes qui sont à risque de maltraitance, parce que les personnes qui vivent au quotidien avec ces gens-là... C'est vraiment difficile de supporter 24 h/24 h un Alzheimer. »

AS1 : « On a eu un monsieur qui vivait avec sa femme qui avait un " Alzheimer " assez avancé, même très avancé, et en fait elle devenait insupportable, c'était ingérable dans le sens où elle répétait sans cesse les choses, elle pouvait être agressive, elle ne dormait pas la nuit, il fallait constamment une surveillance, et à la fin il ne supportait plus, il perdait son contrôle, il le disait lui-même, il était à bout, il était épuisé. »

Les personnes âgées alcooliques étaient aussi identifiées comme étant à risques d'être maltraitées ; leur version des faits serait souvent remise en cause et leurs lésions seraient imputées à des chutes secondaires à l'ébriété. Il en était de même pour les personnes âgées prenant des psychotropes.

MED1 : « C'était de notoriété publique [qu'elle se faisait frapper], puisque forcément tous les voisins étaient au courant, mais bon... c'est comme ça. Et elle n'était pas très âgée cette dame, elle devait avoir 70 ans, mais comme elle picolait aussi, évidemment... bon... »

MED1 : « Les gens qui sont sous neuroleptiques, anti-dépresseurs, anxiolytiques, je pense qu'ils sont quand même plus à risque. »

D'après quelques soignants, le caractère et la personnalité de la personne âgée pourrait engendrer des situations conflictuelles à l'origine de comportements maltraitants.

INF3 : « Une garde-malade qui avait frappé une personne âgée grabataire : un ancien médecin, qui était grabataire, hémiplegique, qui avait son caractère, donc on pouvait dire " un peu chiant " et l'aide-ménagère en a eu marre et elle l'a giflé. »

AS1 : « Déjà la personnalité de la personne soignée [pourrait être un facteur de risque] [...] on a parfois des personnes racistes. »

b) La personne maltraitante

Dans l'expérience des soignants interrogés, la personne maltraitante était souvent un aidant qui se situait dans l'entourage proche de la personne âgée, avec laquelle il entretenait une relation de proximité, souvent de longue date.

Il s'agissait fréquemment d'un membre de la famille (conjoint ou enfant), qui était dans une situation de fatigue, d'épuisement, de stress et qui se sentait « débordé » (INF4) par les soins à apporter à son proche. La mauvaise connaissance de la pathologie de la personne âgée et le manque d'entourage de l'aidant étaient des facteurs de risque identifiés par les participants.

AS3 : « Il y a les aidants naturels qui sont maltraitants [...] mais par habitude, ce sont des gens qui sont épuisés, parce que c'est un travail très physique quand on

est au quotidien avec quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer, donc ils n'en peuvent plus, donc eux deviennent maltraitants mais sans même s'en rendre compte. Mais c'est souvent le cas, quand c'est des conjoints en général, quand les gens vivent ensemble et que la famille n'est pas trop présente, la deuxième personne, celle qui aide, fatigue et forcément elle devient maltraitante. »

AUX2 : « Une personne qui est maltraitante avec sa famille, sa femme ou ses parents, c'est une personne qui est fatiguée, que ne sait pas comment s'y prendre. »

L'abus d'alcool, la dépendance financière et matérielle de la personne maltraitante étaient également des facteurs de risques individuels évoqués par les soignants interrogés.

MED1 : « C'est tout le temps des aidants principaux qui, en fait, sont des squatteurs puisqu'ils n'ont pas de boulot, qu'ils boivent, qu'ils sont divorcés, ils ont éventuellement déjà boxé les enfants, et qui se retrouvent chez les parents parce que chez les parents ils sont logés gratuitement. »

AS1 : « Par exemple l'alcoolisme, ça aussi c'est un facteur de maltraitance, parce qu'on a des patients qui ont des enfants alcooliques qui vivent au domicile de la personne et parfois c'est... Il ne faut pas ignorer le problème de l'alcoolisme ».

Lorsque le soignant professionnel était à l'origine de la maltraitance, les causes décrites étaient le manque de temps pour les soins et la surcharge de travail, qui étaient responsables d'une fatigue et d'un épuisement du soignant, notamment lorsque celui-ci était isolé. Le désinvestissement, la perte de « l'amour du métier » et la perte d'empathie du soignant étaient des facteurs de risques individuels rapportés. La mauvaise humeur, les problèmes personnels du soignant et les pressions exercées par les familles pouvaient retentir sur les soins.

AS3 : « En général, j'ai remarqué que quand c'est des maltraitants [...], c'est toujours des gens qui ont de la bouteille, c'est des gens qui ont de l'ancienneté et qui ont perdu un peu l'empathie, vous savez, dont on a besoin au début. C'est pas un métier qu'on fait quand on veut qu'il soit alimentaire, si on ne le sent pas, on ne peut pas. »

AUX2 : « Et si on est fatigué [...] parce que des fois des personnes deviennent maltraitantes parce qu'elles sont fatiguées ou qu'elles n'aiment plus leur boulot, ou qu'elles ont des problèmes personnels et qu'elles n'arrivent pas à les mettre de côté [...], c'est ça le risque de devenir maltraitant quand on est professionnel je crois. »

Le manque d'expérience et de formation du soignant pouvait favoriser des comportements maltraitants.

INF1 : « Les troubles cognitifs en règle générale pour un personnel qui n'est pas formé ça peut [...] être source de maltraitance [...] par méconnaissance de la pathologie. [...] Si le personnel n'est pas aguerri pour gérer une situation stressante et une situation agressive de la personne âgée ça peut... ça peut dévier assez rapidement. »

c) L'environnement

Certains soignant s'accordaient sur le fait que la maltraitance touchait tous les milieux socio-culturels de façon identique. Pour d'autres, les personnes âgées issues de milieux sociaux défavorisés étaient plus fréquemment confrontées au phénomène.

INF2 : « En fait je pense que ça peut toucher tous les milieux. »

MED1 : « [Situation favorisante] La misère sociale ! »

AS1 : « Ça dépend aussi de la situation familiale, on a des gens aussi qui sont ... je ne vais pas dire " cas sociaux ", ce n'est pas vraiment le terme, [...] enfin j'ai pas envie de dire des " cas sociaux " mais c'est un peu ça en fait... »

Selon les participants, la cohabitation maltraitant-maltraité était fréquente. Les conflits familiaux engendraient des comportements maltraitants. Ces tensions familiales seraient souvent liées à des problèmes d'argent, des histoires de vie anciennes ou des situations de maintien à domicile difficile avec refus d'aides ou d'institutionnalisation.

AS1 : « Mais aussi les conflits entre frères et sœurs, des fois la relation mère-enfant, des fois c'est houleux de part leur vécu [...] mais on ne va pas se mentir non plus, on voit bien quand on rentre dans une maison, de part l'environnement, de part le contexte familial, [...] quand on fait des admissions on est avec la famille, et malheureusement on voit tout de suite avec qui on aura des soucis et avec qui on est à risque d'avoir des soucis et d'autres non. »

AUX1 : « S'il y a un héritage, je crois que quand il y a de l'argent... Et puis quelques fois la famille peut s'énerver contre la personne quand eux ont décidé de la placer en structure et que la personne ne veut pas. " Je veux rester chez moi ! ", là aussi ça peut créer des situations de conflits où il peut y avoir maltraitance ! »

d)Le refus de soin

Les aides-soignants et les auxiliaires de vie faisaient part des difficultés qu'ils rencontraient devant le refus de soin des personnes âgées. Le cas le plus fréquemment évoqué était le refus d'alimentation et de soins d'hygiène d'une personne âgée démente. Certains soignants étaient confrontés à un dilemme entre « travail bien fait » et refus du patient. Ils acceptaient d'être à l'origine d'une « forme

de maltraitance »(AS1) afin d'assurer l'hygiène ou la protection de la santé de la personne âgée. Une aide-soignante parlait ainsi de « forcing »(AS1).

AS1 : « Pour moi c'est quand même une forme de maltraitance, il ne faut pas se voiler la face parce que pour être bien-traitant il aurait peut-être fallu que je dise : " Bien, vous ne voulez pas, c'est pas grave, vous êtes souillé je repasserai demain ", mais ça ne serait pas faire mon boulot correctement et je ne me serais pas sentie bien. »

AS1 : « Ça peut paraître une forme de maltraitance mais c'est vraiment pour le bien-être, être bien après, donc la bienveillance finalement. »

Certains soignants ayant une expérience en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) observaient que les soins à domicile leur permettaient de prendre plus de temps pour négocier les soins en cas de refus afin d'obtenir l'adhésion du patient. Ils pouvaient également plus facilement accepter le refus du patient devant l'absence de pression hiérarchique ou institutionnelle.

AS3 : « [À domicile] quand il y a un problème, si la personne n'a pas voulu se laver, on fait le minimum, on essaie de négocier parce que c'est notre boulot hein, on ne va pas laisser quelqu'un dans une protection dégueulasse, donc on négocie et on le met. Si la personne refuse de se laver ce jour-là, eh bien on fait des transmissions, on prévient en " intra " et c'est tout. Ils ne vont pas nous tomber dessus en disant : " Il faut laver, il faut laver, il faut laver ! ". Mais c'est très humain le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), c'est vraiment très humain, ils respectent vraiment la personne, alors qu'en EHPAD ce n'est pas le cas parce que la personne à midi doit descendre au restaurant, parce qu'il y a la famille l'après-midi, vous voyez ? [Il faut] que les choses soient faites [...] »

B.Détection et diagnostic de maltraitance

1.Détection des situations de maltraitance

Les soignants interrogés n'étaient pas tous sensibilisés à la problématique et pouvaient percevoir une même situation de façon différente, et les comportements maltraitants étaient probablement sous-détectés. Le nombre de cas de maltraitance évoqués par chaque soignant était limité. Deux soignants disaient n'avoir jamais identifié de situation de maltraitance.

MED3 : « Je n'ai pas de souvenir de personne qui était vraiment maltraitée. J'ai des vagues souvenirs... et encore, non, même pas... de faits précis nets, non, honnêtement non. »

AUX3 : « Moi justement j'ai des cas très faciles où [...] il n'y a aucun signe de maltraitance. »

D'autres soignants y étaient plus attentifs, plus sensibles, notamment les soignants ayant réalisé une formation à ce sujet.

AS3 : « Le regard de la personne quand nous on est là, qui est un peu particulier parce que la maltraitante ou le maltraitant est dans la pièce, vous voyez, on sent un peu. »

AS2 : « Il y a tellement de formes, c'est justement en ayant la formation qu'on voit qu'il y a de la maltraitance partout, sans être grave, mais il y a de la maltraitance partout. »

2.Signes cliniques évocateurs

Les lésions cutanées (hématomes, ecchymoses, plaies...) étaient les signes évocateurs de maltraitance physique rapportés en premier lieu par les soignants interrogés.

MED3 : « D'abord l'examen, si je vois quelqu'un qui se balade avec des bleus tout le temps, on se demanderait : " Bon, vous tombez ? Vous avez un problème ? Vous butez aux portes ? ". Enfin des deux côtés c'est un peu bizarre quoi. Enfin des traces de maltraitance physique. »

Le changement de comportement de la personne âgée était un signe évocateur décrit par la plupart des participants : un repli sur soi, des réactions inhabituelles mais aussi un fléchissement thymique ou une anxiété anormale, des troubles du sommeil, la décompensation d'une pathologie chronique.

INF2 : « Quelqu'un qui ne va plus parler ou qui va se renfermer on essaiera de savoir pourquoi. »

MED1 : « Et puis quelques fois ils se mettent juste à pleurer [...] »

AUX2 : « C'est de la violence psychologique, peut-être un état dépressif, ou alors une perte de poids ou des troubles du sommeil. »

3.Éléments facilitant la détection

La relation de proximité et le lien de confiance tissés au fur et à mesure des soins à domicile permettaient à la personne âgée se confier plus facilement au soignant. C'était notamment les auxiliaires de vie et les aides-soignants qui passaient le plus de temps au domicile des personnes âgées qui étaient les principaux interlocuteurs.

AUX1 : « On est les confidents quand on est auxiliaire de vie. Il y a certaines personnes qui vont dire plus de choses à leur auxiliaire de vie qu'à la famille. Nous on est le lien, le lien entre la famille, entre les services sociaux, entre les différents corps de métiers : médecins, kinés, infirmières et tout ça. »

AS1 : « Les patients que j'ai, je pense qu'ils en parleraient, je pense qu'ils finiraient par en parler, on n'aurait pas à gratter ou à chercher plus que ça. »

L'importance du temps passé à l'écoute des patients était soulignée par la plupart soignants interrogés.

MED2 : « C'est vraiment le temps passé, le temps passé, le fait d'y réfléchir, le fait de revenir, pour créer un climat de confiance, et puis, après, les laisser s'exprimer quoi. »

4. Difficultés du diagnostic

Dans de nombreux cas, les soignants étaient confrontés à une situation d'incertitude sur les faits, notamment lorsqu'il s'agissait de personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Les soignants évoquaient deux types d'incertitude : concernant la cause des lésions et concernant la véracité des propos de la personne âgée.

MED1 : « Est-ce qu'elle a des bleus parce qu'elle s'est cognée aux barrières de son lit ou parce que son fils l'a suspendue aux rideaux ? On ne peut pas savoir, à partir du moment où il n'y a pas de témoin. »

INF2 : « Elle nous a dit que son fils l'avait frappée, après on a rien vu de spécial, on ne sait pas... Est-ce que... En effet souvent elle fait... pas des petits délires mais... Est-ce qu'elle l'a inventé ? Est-ce que c'est vrai ? »

Face à ces incertitudes et en l'absence d'éléments flagrants, les soignants interrogés préféraient s'assurer de la véracité des faits avant toute prise de décision ou toute intervention. Ils recoupaient leurs observations entre eux et surveillaient davantage la situation.

INF2 : « On s'est posé la question : " Que faire ? ". On a dit : " On attend, on surveille ", on l'a noté quand même dans un dossier de soin, quelque part. »

C.Réactions et interventions des soignants professionnels

1.Le péril imminent

Les soignants s'accordaient sur la nécessité d'une intervention immédiate s'ils constataient une situation d'insécurité grave avec péril imminent. Dans ce contexte, les soignants privilégiaient l'extraction rapide de la personne âgée hors du milieu dangereux en l'hospitalisant ou en prévenant les forces de l'ordre.

AS1 : « Si c'est vraiment le contexte catastrophique et que je ne peux pas la laisser toute seule, je serais même capable d'appeler les pompiers. Je veux dire que je ne la laisserais pas en danger, ça c'est sûr et certain, sinon ce ne serait pas non plus faire mon boulot correctement. »

MED1 : « J'hospitalise. Pour moi, je pense qu'il faut hospitaliser pour mettre la personne en sécurité. »

MED2 : « Si je tombe sur une agression physique à proprement parler, je préfère prendre la personne avec moi que rester " à dispo " et je vais chez les flics l'aider à porter plainte. »

2.Seuil d'intervention

Les propos de certains soignants révélaient l'existence d'un degré d'acceptabilité de la situation, une limite subjective en deçà de laquelle ils estimaient ne pas devoir intervenir. C'était le cas notamment si les comportements maltraitants n'occasionnaient pas de souffrance physique ou psychique de la personne âgée à leurs yeux.

MED2 : « C'est une discrète forme de maltraitance, et d'un autre côté, il mange super bien, enfin je vois les repas qu'elle lui fait, elle s'en occupe, il n'y a pas de douleur imposée donc je dirais, si on doit suivre les critères du serment d'Hippocrate

qui dit que tu tais ce que tu vois chez les gens, effectivement que je tais ce que je vois chez les gens. »

3. Signalement et sollicitation d'intervenants

Tous les soignant se sentaient responsables d'agir face à une situation de maltraitance, au minimum en signalant la situation à divers interlocuteurs.

a) Le rôle central du médecin traitant

Il était l'intervenant sollicité en premier lieu par les participants paramédicaux interrogés. Il était considéré comme le pilier central de la prise en charge de la personne âgée. Il lui incombait de prendre les décisions concernant un éventuel signalement aux autorités judiciaires ou administratives, de mettre en place des mesures d'aides ou de dialoguer avec les familles. Aux yeux des soignants, son statut lui prévalait une plus grande légitimité d'action et un meilleur impact auprès des autres intervenants sollicités ou auprès des familles.

INF1 : « On prévient le médecin traitant qui va prévenir éventuellement des plus hautes instances. » ; « C'est quand même lui qui a la plus haute autorité que moi-même au niveau [...] du patient ».

AS1 : « Je pense que le médecin traitant peut agir plus efficacement et donc moi c'est ce que je ferais, j'avertirais tout de suite. »

b) Le relais hiérarchique

Le rapport à la hiérarchie semblait clairement identifié pour les soignants exerçant en SSIAD et en SAD (service d'aide à domicile). Les aides-soignants de SSIAD interrogés signalaient les cas de maltraitance à leur infirmier responsable qui en informait ensuite l'infirmier coordinateur du SSIAD. Les auxiliaires de vie signalaient les faits au directeur de leur agence de SAD. Ceux-ci sollicitaient ensuite le médecin traitant.

AUX2 : « Tout d'abord, je préviens ma direction, mes responsables [...] il faut diffuser l'information pour alerter les personnes compétentes. »

AS2 : « Dès qu'on constate quoi que ce soit, c'est écrit et oral à la responsable. Cette personne pour laquelle j'ai dû faire une déclaration, c'est passé par l'infirmière du service. De là, l'infirmière prévient le médecin. »

AS3 : « [L'infirmier] est plus apte à appeler le médecin et dire " Voilà ce qu'il se passe... ", mais aide-soignant, non, on dépend toujours de l'infirmier. »

Ainsi les aides-soignants, auxiliaires de vie et infirmiers exerçant en structure pensaient avoir un rôle de transmission d'information et ne se considéraient parfois pas compétents pour intervenir.

AS1 : « Je sais que si demain ça venait et que je n'avais pas de responsable et que je devais me gérer toute seule... bon maintenant on a internet donc les numéros c'est facile... mais sincèrement nous on ne dépasse pas nos compétences, on reste bien à notre place d'aide-soignante à domicile. »

Certains soignants interrogés travaillant en SSIAD ou au sein de SAD disposaient de protocoles avec une conduite à tenir dans ce type de situation afin d'assurer la transmission de l'information.

INF4 : « On a des fiches d'événement indésirable donc s'il y a eu quelque chose que les aides-soignants ont pu observer chez un patient, ils me décrivent les faits et moi je marque ce qu'a été la décision prise [...] moi souvent je préviens ma direction parce qu'on est un établissement communal donc on a besoin quand même d'une hiérarchie. »

c) L'assistante sociale

L'assistante sociale semblait être une aide experte vers lesquelles se tournaient notamment les médecins traitants. Elle travaillait en étroite collaboration avec certains SSIAD. Pour les professionnels interrogés elle avait un rôle de conseil, elle évaluait les situations et déchargeait le soignant (souvent le médecin traitant) de tâches chronophages comme la mise en place d'aides à domicile ou le signalement judiciaire.

MED1 : « Alors, j'essaie d'appeler l'assistante sociale déjà. »

INF4 : « On a une assistante sociale ici au niveau du service qui s'occupe des personnes âgées et qui vient en renfort quand il y a des situations comme ça de maltraitance »

Certains soignants déploraient toutefois le manque de disponibilité des services sociaux dans un contexte de sous-effectif.

MED1 : « Oui parce que de toute façon... ils ont notre portable mais nous on a jamais le leur, elles ne sont pas joignables, " elles sont pas-ci ", " elles sont pas-là ", " Je vais faire passer le message ". C'est insupportable ! »

La sollicitation des services sociaux était parfois perçue par certains soignants comme un recours ultime devant une situation particulièrement préoccupante.

KIN1 : « Est-ce qu'il faut aller voir les services sociaux tout de suite ? C'est toujours compliqué ; si on a vraiment des preuves « A plus B », pourquoi pas, mais on prend toujours des gants, toujours énormément de précautions dans ces cas-là. »

INF2 : « On n'a jamais été jusqu'aux services sociaux. »

d)Le signalement judiciaire

Parfois le signalement judiciaire était envisagé, soit d'emblée dans les situations de gravité après mise en sécurité de la personne âgée, soit en dernier recours après échec de diverses interventions. Il semblait incomber au médecin traitant de le faire.

MED1 : « Ça m'est arrivé de faire un signalement au procureur, mais je pense qu'il vaut mieux les mettre en sécurité parce qu'il y a souvent des représailles. »

MED3 : « Ou il y a un dialogue et une prise de conscience et on peut faire quelque chose, [...] et si on voit qu'il n'y a pas de résultat, on dénonce au procureur. »

INF4 : « Alors des fois il nous arrive de faire des demandes de tutelle, des signalements au niveau du juge, ça arrive. »

e)Déclaration à l'ARS

Le signalement d'une situation à l'ARS était évoqué par une aide soignante. Elle disposait au sein de son SSIAD d'un protocole de conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance envers un usager et d'un formulaire de signalement à l'ARS.

AS2 : « Cette personne pour laquelle j'ai dû faire une déclaration, c'est passé par l'infirmière du service. De là, l'infirmière prévient le médecin. Le médecin fait un passage. Déclaration à l'ARS qui est faite en commun » ; « Pour dire qu'à domicile on a fait quand même pas mal de travail là- dessus, mais comme je vous dis, c'est obligatoire. On a travaillé beaucoup [...]. Les signalements à l'ARS, les... on a tout quand même... (reprend le classeur et tourne les pages). Vous pouvez jeter un œil si vous voulez. »

f)Associations

Un seul soignant interrogé évoquait un recours à une association de lutte contre la maltraitance ou une association d'aide juridique.

INF3 : « Et donc je ne sais pas comment je réagirai encore à ce genre de truc. [...]. Je ferai peut-être un peu plus appel à une association un peu plus dans le droit, tout ça. »

g)Réseaux gérontologiques

Un médecin traitant disait solliciter les réseaux gériatriques.

MED2 : « C'est vraiment les réseaux de gériatrie qui vont m'aider. »

h)Hiérarchie du soignant maltraitant

Dans le cas particulier du comportement maltraitant d'un soignant professionnel, les participants rapportaient en premier lieu les faits à la hiérarchie de ce soignant.

INF1 : « Si c'est du fait de son équipe donc bien évidemment là il faut en parler, il ne faut pas laisser passer les choses et faire remonter ça au cadre du service pour pouvoir agir vis-à-vis de l'agent qui aurait eu un mauvais comportement. »

4.Interventions des soignants

a)Dialogue et conseils

De nombreux soignants tentaient en premier lieu d'ouvrir un dialogue avec les aidants maltraitants et de leur donner des conseils afin d'obtenir une prise de conscience et un changement de comportement. Ces aidants étaient souvent dans une situation de fatigue et de déni.

INF4 : « On est obligé de mettre des " holàs " et des fois d'aller plus loin dans la discussion et de faire remarquer qu'il y a des choses qui ne vont pas, et de là, ça devient difficile parce qu'il y a des gens qui ne comprennent pas, qui sont dans un

déni de la situation, de la pathologie et de la souffrance de l'autre et là ça devient quand même problématique. »

AUX2 : « On peut poser des questions habilement, sans qu'elles se rendent compte que c'est une question pour les faire réagir face à leur comportement, leur donner plus des conseils, [...] il ne faut pas qu'ils se sentent jugés parce qu'ils vont se braquer et ils ne vont pas être dans un bon état d'esprit pour progresser vers quelque chose de mieux. Après, une personne qui est maltraitante avec sa famille, sa femme ou ses parents, c'est une personne qui est fatiguée, que ne sait pas comment s'y prendre, donc il faut leur dire : " N'hésitez pas à déléguer, quand je suis là vous pouvez lâcher prise ". »

Certains soignants évoquaient un « recadrage » des aidants familiaux, du simple conseil à l'avertissement si la situation persistait.

INF1 : « Quand on voit des choses à domicile, il faut être plus recadrant vis-à-vis des familles. »

AS3 : « Parfois on essaye de recadrer en essayant d'apporter un côté professionnel, vous voyez : " Ah il ne faut pas faire ça comme ça, il faut faire ça comme ça ". »

MED1 : « Il y a eu une première fois où on a été alerté par l'auxiliaire de vie, donc il y a eu une discussion [...]. On a dit : " Écoutez on va vous avoir à l'œil ", et il n'y a pas eu de problème. »

b) Concertation entre soignants

Les stratégies d'intervention dans les situations de maltraitance étaient souvent décidées à l'issue d'une concertation entre les différents professionnels soignants intervenant à domicile. L'importance de la communication entre les intervenants à domicile était fréquemment soulignée.

INF2 : « On en a parlé entre nous, avec ma collègue et notre remplaçant. On s'est dit : " Qu'est-ce qu'on fait ? " ».

AS1 : « Donc je pense que dans un premier temps c'est important d'en parler en équipe pour avoir plusieurs avis. »

c) Mesures mises en place

i. Soutien des aidants

Les soignant interrogés proposaient des aides humaines afin de décharger les aidants épuisés ; il pouvait s'agir d'une hospitalisation de répit, de la mise en place d'un accueil de jour ou de soutien psychologique, ou de la majoration des aides extérieures déjà en place.

MED1 : « En cas d'épuisement de l'entourage chez une personne démente il faut proposer une hospitalisation de répit, ça je le fais assez régulièrement. »

INF1 : « Je lui ai proposé [...] de mettre son épouse en accueil de jour et cetera pour pouvoir le soulager. Voilà le genre d'aide que nous on essaye d'apporter à domicile par exemple. »

INF1 : « On peut proposer une visite [du psychologue] pour que la personne puisse lâcher un peu de lest. »

AS2 : « Disons que les mesures qu'on peut mettre en œuvre nous à domicile c'est plus de participants, c'est-à-dire augmenter au niveau des heures d'APA [...], avoir plus de personnel qualifié qui passe, matin, midi et soir déjà pour éviter que les problèmes puissent s'aggraver. »

ii. Mesures de protection des personnes

Certains soignants pouvaient proposer des mesures de protection judiciaire.

INF4 : « Des fois il nous arrive de faire des demandes de tutelle, des signalements au niveau du juge, ça arrive. »

iii. Institutionnalisation

Parfois, la solution proposée contre la maltraitance au sein du cadre familial restait la séparation des personnes concernées, grâce à une institutionnalisation par exemple. Cette séparation était parfois mal vécue par la personne âgée car elle bouleversait un équilibre complexe avec une situation de dépendance affective mutuelle.

AS2 : « Mais là bon, ça n'a pas suffi, ils étaient agressifs tous les deux, l'un envers l'autre. Ça n'a pas suffi, on a été obligé de les séparer, ce qui n'est pas facile non plus [...]. C'est souvent des personnes qui sont très fusionnelles entre elles [...]. On a dit : " Si on les sépare, comment ça va aller ? ", mais on a été obligés parce que ça devenait trop important. »

D. Ressenti face à ces situations

Des nombreux soignants interrogés faisaient part de leur sentiment d'être démunis, de leur sentiment d'impuissance et de solitude face à ces situations.

INF4 : « Des fois on a l'impression d'être tout seul quoi, on est un peu noyé au milieu de tout et des fois on se dit : " On ne va pas trouver de solution ". »

INF1 : « Je veux dire, nous en tant qu'infirmière ou aide-soignant, si on observe parfois des choses maltraitantes, on est un peu démunis pour pouvoir agir. »

AUX3 : « On se sent impuissant ! En tant que soignant on se sent impuissant. »

AS3 : « On sentait qu'il y avait un besoin d'aide, c'était un appel à l'aide, mais on est totalement... [...] on ne peut rien faire. ».

Ces situations étaient sources de questionnements et de doutes pour les soignants. Ils se sentaient investis d'une responsabilité mais était partagés entre la culpabilité face à leur inertie, le sentiment d'impuissance et la peur de voir leur intervention être délétère.

INF2 : « Mais c'est un cas de conscience parce que... Est-ce vrai ? N'est-ce pas vrai ? En parler au fils ? Ne pas en parler ?...c'est pas évident. »

KIN1 : « Est-ce que c'est mon rôle ? Est-ce que c'est mon devoir ? La limite entre laquelle je fais quelque chose et je ne fais rien, c'est quand même compliqué à savoir où ça se situe. »

Certains participants s'identifiaient aux personnes âgées qu'elles soignaient mais aussi aux aidants ayant un comportement maltraitant. Ils admettaient que la survenue de certains comportements dans des situations extrêmes était compréhensible, sans toutefois les cautionner.

INF4 : « Des fois on peut se demander comment nous on réagirait et c'est là toute la difficulté de dire : " Bon, on va faire quelque chose ". »

MED3 : « Dans certaines situations, c'est vrai que ce n'est pas facile de soigner quelqu'un qui est alité, qui perd la tête, qui n'est plus propre. Bon, si on n'a pas une aide importante, on peut concevoir que de temps en temps... »

On constatait une implication émotionnelle forte des soignants interrogés.

MED2 : « Il suffit que je tombe sur une patiente que j'aime particulièrement bien avec un gars en face que j'aime particulièrement pas, et ça pourrait... ».

INF1 : « C'est un sujet qui au niveau de l'équipe nous remue pas mal. »

E.Difficultés éprouvées

1.Méconnaissance des recours et aides existantes

Beaucoup de soignants disaient ne pas connaître suffisamment les diverses structures d'aide existantes et ne pas disposer d'outils d'aide décisionnelle. Ils regrettaient le manque de formation sur la problématique.

KIN1 : « Mais c'est vrai qu'on est pas très bien formé, on ne sait pas trop vers qui se tourner s'il y avait vraiment quelque chose qui se passe. »

INF2 : « Mais c'est toujours le même problème : avertir qui ? »

INF1 : « Il n'y a pas de protocole qui nous dise : " vous devez faire ça, signaler, tatati tatata... " »

2. Inefficacité des signalements et des mesures mises en place

a) Signalement judiciaire

Les médecins généralistes notamment déploraient des mesures de signalement judiciaire complexes.

MED1 : « Franchement les démarches judiciaires c'est quand même vachement compliqué. »

Plusieurs soignants rapportaient des signalements judiciaires sans effet ou aboutissant à des mesures jugées inefficaces.

MED1 : « C'est quand même un gros poids, une déception [...] parce qu'on avait quand même fait un signalement au procureur et il n'y a rien qui a bougé. »

INF3 : « Donc cette personne a été placée sous tutelle ou quelque chose de ce goût-là quoi, et la famille avait fini par porter plainte contre l'association suite au signalement qu'on avait fait et ils ont pu récupérer [...] je ne sais plus si c'était une tutelle mais enfin ils ont pu re-gérer eux-mêmes. Ils ont retapé dessus et il en est mort. Il en est mort. Donc nous on avait fait un signalement et on s'est retrouvés avec une plainte de la famille contre nous. »

b) Dépôt de plainte

Parfois les plaintes n'aboutissaient pas ou n'étaient pas prises en compte, et la sollicitation de la police était perçue comme inutile.

MED1 : « La police qui était régulièrement appelée. Résultat, elle faisait une main-courante éventuellement et ils la ramenaient chez elle, jusqu'au jour où elle est morte. »

c) Solutions temporaires

Devant la lenteur des procédures judiciaires, les hospitalisations permettaient de soustraire la personne âgée de son environnement nocif et de diligenter une enquête sociale. Ces enquêtes sociales étaient souvent longues et n'aboutissaient parfois pas à des solutions pérennes.

INF1 : « La personne, après maintes plaintes de notre part [...] a été hospitalisée [...]. Ça a duré une paire de semaines avant qu'on voie les choses bouger. »

MED1 : « J'essaie d'appeler l'assistante sociale déjà, qui me dit souvent qu'elle ne peut pas faire grand-chose et en général ça se termine à la clinique ou à l'hôpital et ils vont faire l'enquête de là-bas. [...] Ils ont tendance à renvoyer très rapidement à la maison et on se retrouve exactement avec le même problème. »

3. Défaut de communication entre soignants

Les soignants interrogés s'accordaient sur l'importance de la concertation inter-professionnelle face à une situation de maltraitance. Certains soignants déploraient cependant le manque d'accessibilité ou le défaut de communication de certains soignants, notamment de la part des médecins traitants.

INF3 : « Il y a des médecins avec qui on s'entend mieux, avec qui on parle plus facilement. D'autres qui n'acceptent pas [...] on ne peut rien leur dire, même si on leur signale un problème dans un traitement... »

KIN1 : « Chez les personnes âgées on a rarement [...] des transmissions, on arrive pas forcément en même temps que les autres non plus, donc on se voit très rarement. Donc la relation entre les soignants chez les personnes âgées à domicile ne se fait pas très bien quand même. C'est plutôt chacun à côté des autres plutôt qu'un groupe qui travaille ensemble [...] et normalement le médecin et censé faire le

lien entre tout le monde, puisque tout le monde doit s'y référer, même si chez la plupart des gens je n'ai jamais parlé au médecin. »

4.Rupture de la relation de confiance avec le patient

Les soignants étaient parfois confrontés au déni de la personne âgée maltraitée. Souvent, celle-ci refusait de bouleverser un schéma relationnel auquel elle se résignait, de peur de devoir quitter son lieu de vie et ses habitudes. Ainsi la personne âgée cherchait parfois à justifier ou excuser les comportements maltraitants qu'elle subissait et refusait toute intervention du soignant.

AS1 : « À partir du moment où elle a nié en bloc " Non, c'est pas vrai ! Non c'est pas vrai ! " [...] le médecin nous a bien expliqué que si, elle, elle ne le disait pas... c'était perdu quoi. »

MED1 : « Elle me dit : " Oui, oui, ben c'est mon garçon, il était bourré, c'est pas de sa faute ". »

Parfois la personne âgée pouvait craindre des représailles si elle parlait de la maltraitance subie. Face à cela les soignants hésitaient parfois à intervenir par crainte d'une perte de confiance de la personne âgée, cela pouvant aller jusqu'à une rupture totale de la relation d'aide.

MED1 : « Ils en parlent, en fait ils en parlent sans en parler et puis en discutant, en creusant, on finit par savoir que quelques fois... Mais c'est rare. Ils ont toujours peur des représailles. Toujours. »

AS1 : « On essaie de créer un climat de confiance, même si je ne pouvais pas lui dire : " Vous pouvez me le dire hein, je vais aller le dire à ma supérieure ". Non, je ne pouvais pas me permettre de lui dire ça, parce que là je savais qu'elle allait se braquer. »

5.Crainte d'être impliqué personnellement

Certains soignants exprimaient leur crainte de conséquences personnelles ou d'être mis en danger s'ils intervenaient.

AS1 : « Il est resté près de la salle de bain dans sa chambre, porte bien ouverte pour bien entendre que sa maman ne disait rien, ça c'est assez particulier. Après on ne peut pas non plus mettre notre vie en péril (rires), je tiens quand même à ma vie hein. »

INF3 : « Je ne sais pas [si je réagirai de la même façon] parce que quand on avait fait un signalement à la mairie on avait quand même eu beaucoup d'ennuis. La famille avait porté plainte contre l'association, on avait eu beaucoup d'ennuis. »

MED1 : « On a été menacés évidemment par la famille, donc moi je ne voulais plus aller à domicile. »

6.Refus d'aides par le patient

Les soignants interrogés étaient parfois confrontés au refus de la personne âgée concernant les aides qui lui étaient proposées.

INF4 : « Les gens des fois ne se laissent pas non plus faire et n'acceptent pas les aides, les gens n'acceptent pas, c'est compliqué. »

7.Manque de temps

D'après les soignants, le manque de temps dont ils disposaient et leur rythme de travail soutenu ne permettaient pas une prise en charge optimale de la situation.

INF2 : « Et après, pour nous en tant que soignant, il faut prendre du recul et puis ne pas être débordé, débordé de boulot, parce que si on a trop de boulot on va trop vite et si on va trop vite on passe à côté de certaines choses. »

MED2 : « C'est sûr que c'est typiquement le genre d'histoire qui ne peut pas se régler en une consultation. »

8. Secret médical

La méconnaissance du cadre juridique, notamment concernant le secret médical, pouvait être un frein au signalement de situations de maltraitance.

MED3 : « On peut agir si c'est des enfants, je ne sais pas si pour les personnes âgées [...], d'ailleurs je ne sais même pas s'il y a une législation qui nous autoriserait à dénoncer des sévices chez les personnes âgées ? »

9. Maltraitance d'un soignant

La situation était perçue comme étant plus complexe lorsqu'il s'agissait d'un soignant professionnel qui était à l'origine d'un comportement maltraitant. Le soignant observateur hésitait parfois à intervenir par confraternité ou parce qu'il ne se sentait pas légitime à le faire. Dans ce cas, le dialogue et la conciliation étaient privilégiés par certains soignants.

KIN1 : « Si c'est des soignants, c'est peut-être encore plus compliqué parce qu'entre confrères... pas entre confrères mais entre professions para-médicales en tout cas on fait toujours attention, on balaie toujours devant sa porte avant de commencer à critiquer les autres, on aime pas trop empiéter sur le travail des autres en disant : " Est-ce qu'on a à dire quelque chose ? ". »

AS3 : « On peut dire : " Bah alors ? Qu'est-ce que tu dis là ? Fais gaffe quand même ! " [...]. Donc on en discute comme ça dans la voiture : " Pourquoi t'as dit ça ? ", " Comment ça se fait que... ? ". »

F.Besoins des soignants professionnels et mesures de prévention.

1.Besoin en formation

a)Formation des aidants

Les soignants interrogés estimaient que les aidants naturels n'étaient pas suffisamment informés et formés pour faire face à l'évolution de la pathologie et la perte de dépendance de la personne âgée qu'ils accompagnaient, notamment pour les personnes souffrant d'une pathologie neurodégénérative.

MED1 : « Je pense qu'on devrait en parler plus, en parler plus et faire des formations effectivement pour les aidants. »

MED3 : « Après, la famille, dans certaines situations, c'est vrai que ce n'est pas facile de soigner quelqu'un qui est alité, qui perd la tête, qui n'est plus propre. Bon, si on n'a pas une aide importante, on peut concevoir que de temps en temps [...] alors la prévention, elle vient là-dedans, dans la formation des aidants. »

b)Formation des soignants

Peu de soignants interrogés avaient bénéficié d'une formation concernant la maltraitance de personnes âgées. Certains y étaient sensibilisés parfois succinctement durant leur formation diplômante. Les soignants travaillant au sein de structures (SSIAD et SAD) semblaient avoir été mieux sensibilisés à la problématique à travers des formations organisées à l'initiative de leur service ou dans le cadre du développement professionnel continu, et pendant les échanges lors des réunions d'équipes.

KIN1 : « C'était à l'école [...] sur la maltraitance même on a dû avoir un ou deux cours d'éthique quoi mais pas plus que ça quoi. »

AUX2 : « Quand on est en formation à l'école, on en parle quand même pas mal donc oui, puis dans les formations et puis quand on fait des réunions d'équipe. »

INF4 : « Mais les aides-soignantes ont le choix de leur formation sur le CNFPT [Centre National de la Fonction Publique Territoriale], oui j'ai des aides-soignantes qui avaient choisi " Bientraitance-Maltraitance ", j'en ai quelques-uns qui ont été formés, oui, oui. »

Les soignants ayant bénéficié de ces formations avaient constaté une modification de leur perception de la maltraitance, un changement de leur comportement et un accroissement de leur vigilance.

AS2 : « Il y a tellement de formes, c'est justement en ayant la formation qu'on voit qu'il y a de la maltraitance partout, sans être grave, mais il y a de la maltraitance partout. »

INF1 : « Ça aide, on se remet en question aussi par rapport à tout ça. »

Certains soignants exprimaient le besoin d'être formés par un professionnel expert qui pourrait les conseiller, répondre à leurs interrogations.

AUX2 : « Les formateurs ont aussi une expérience de terrain, du vécu, et eux peuvent aussi nous aiguiller à être bientraitant. »

AUX1 : « Qu'on puisse à tout moment avoir... être éclairé par un professionnel [...]. Donc vraiment quelqu'un qui a étudié ça et puis quelqu'un qui puisse répondre à nos questions vraiment. »

2.Amélioration de la communication entre soignants

Comme exposé plus haut, les soignants regrettaient le manque de communication et de coordination interprofessionnelle. Certains soignants travaillant au sein de structures soulignaient l'importance du travail en équipe, des

transmissions entre collègues et des réunions de concertations inter-professionnelles qui étaient jugées très profitables.

INF4 : « Et puis on en parle beaucoup en transmission et on a la psychologue qui est là aussi quand on voit une situation qui risque de déraiser, comment on peut faire, on en discute ensemble [...]. Et des fois ça nous arrive de faire même des synthèses avec les infirmiers libéraux qui passent, les médecins, même des fois les aides-ménagères et on recadre tout, »

Une soignante regrettait l'absence de lieu d'échange ou de groupes de parole.

AUX1 : « On n'a pas assez...on n'a pas de lieu de repère où vraiment discuter et faire des groupes de parole. »

3. Amélioration des conditions travail des professionnels soignants

Comme exposé ci-avant, de nombreux soignants déploraient le manque de temps qui leur permettrait d'intervenir de manière satisfaisante auprès de la personne âgée et de ses proches. Ce manque de temps était essentiellement lié à la charge de travail trop importante. Ce rythme de travail soutenu pouvait également être une source de négligence de la part du soignant dans les soins qu'il prodiguait. Une auxiliaire de vie évoquait l'intérêt de pouvoir s'entretenir avec un psychologue sur son lieu de travail pour les soignants souffrant d'épuisement professionnel.

AUX1 : « [En EHPAD] on avait une psychologue et ça s'était génial parce que quand ça n'allait pas, quand vraiment on sentait... on allait voir la psy, on discutait et puis hop on repartait et c'était tout. Mais dans les structures où on travaille à domicile, on ne va pas en parler à la famille [...] »

4. Outils d'évaluation et d'intervention

Plusieurs participants souhaiteraient disposer d'outils d'évaluation et d'intervention qui pourrait guider leurs actions.

INF1 : « Nous-mêmes, on n'a pas une démarche bien établie qui nous dise : " Si vous observez un cas de maltraitance à domicile vous devez agir ". Il n'y a pas de protocole qui nous dise : " Vous devez faire ça, signaler, [...] ", ça nous aiderait aussi mais on ne l'a pas ».

5. Mesures d'accompagnements des aidants

Certains participants déploraient la difficulté d'accès aux aides et le manque de mesures préventives contre l'épuisement des aidants familiaux : groupe de paroles, soutien psychologique, majorations des aides à domicile, accueil temporaire, hospitalisation de répit.

INF4 : « Malgré tout, trouver des places dans des institutions spécialisées c'est pas facile, l'accueil temporaire coûte cher parce que ce n'est pas pris en charge. [...] C'est toujours compliqué de pouvoir mettre des choses en place quand on sent qu'il y a des situations qui sont assez volcaniques et qui risquent de tomber sur de la maltraitance. »

Les soignants interrogés s'accordaient sur l'importance de l'écoute, du soutien et des conseils apportés à ces aidants familiaux.

AS3 : « Je pense que les rassurer un peu, leur expliquer c'est génial ce qu'ils font, parce qu'ils sont quand même là tous les jours, c'est des gens qui n'ont pas de reconnaissance, ils vivent les choses parce qu'ils se sont mariés, qu'ils doivent prendre soin l'un de l'autre et puis c'est tout. Donc reconnaître la qualité du travail qu'ils font au quotidien, dire que c'est normal qu'ils soient épuisés et qu'ils n'en peuvent plus du conjoint, je pense que déjà ça fait avancer les choses. »

L'élaboration d'un projet de vie permettrait une meilleure anticipation des aides à mettre en place.

AS3 : « Oui, peut-être anticiper les choses et puis informer les aidants naturels aussi. Et puis, la famille, les enfants, faire une réunion, je ne sais pas moi, faire des bilans, des projets de vie, des choses comme ça avec les familles. »

Selon certains participants, l'institutionnalisation s'avérait parfois inévitable lorsque le maintien à domicile devenait trop difficile malgré les aides mises en place. L'opposition catégorique de la personne âgée ou de sa famille à une institutionnalisation pouvait engendrer des situations conflictuelles et un risque de comportements maltraitants. Le manque d'accessibilité et la difficulté d'obtention des places en EHPAD étaient également déplorés.

AS3 : « Il y a aussi le côté " on garde la personne parce qu'on a peur de la placer en maison de retraite, parce qu'on n'a pas l'argent ou qu'on ne va plus la voir parce qu'on n'a pas le permis ou parce que les maisons de retraite en Belgique sont moins chères mais on ne pourra pas y aller ", donc il y a [...] cette sensation d'inaction. »

6.Campagnes de sensibilisation

Une soignante évoquait l'intérêt de la sensibilisation du public à travers des campagnes publicitaires.

AUX2 : « On est attirés par les affiches, par les slogans, par la télé, par internet, donc ce sont des moyens de diffusion je pense intéressants pour pouvoir faire savoir aux autres ce qui est bien et mal, ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas dans sa vie de tous les jours. »

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Les professionnels soignants de proximité ont un rôle central dans la détection et la prévention de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Tous les soignants se sentaient impliqués pour le diagnostic ; ils identifiaient bien les facteurs de risque de maltraitance, mais les comportements maltraitants étaient probablement sous-détectés.

Lorsqu'une maltraitance était suspectée, les soignants hésitaient parfois à agir. Plusieurs éléments pouvaient les freiner dans leur démarche : l'incertitude concernant les faits, le déni ou le refus d'aide de la personne âgée, la crainte d'une rupture de la relation de confiance ou de répercussions personnelles. Une concertation entre soignants était souvent réalisée avant toute intervention et les soignants privilégiaient le dialogue avec les familles. Le signalement administratif ou juridique n'était envisagé qu'en dernier recours ; il était parfois jugé inefficace.

Les signalements et le relais des informations étaient réalisés de façon hiérarchique au sein des SSIAD et des SAD. Le médecin traitant et l'assistante sociale étaient considérés comme des référents, mais leur manque de temps et de disponibilité ainsi que le manque de communication inter-professionnelle rendaient difficile la prise en charge de ces situations.

La complexité de cette problématique, la méconnaissance du cadre légal, des ressources et des aides disponibles semblaient favoriser un sentiment d'isolement et d'impuissance du soignant.

II. Analyse des résultats

A. Définition et perception de la notion de maltraitance

Les soignants interrogés ont eu des difficultés à définir la notion de maltraitance, mais évoquaient les principaux types qui font consensus dans la littérature(37). Dans les pays à revenus élevés à intermédiaires, la prévalence des divers types de maltraitance sont estimés à(2) :

- abus financiers : 1,0 à 9,2 %
- violences psychologiques : 0,7 à 6,2 %
- négligences : 0,2 à 5,5 %
- violences physiques : 0,2 à 4,9 %
- violences sexuelles : 0,04 à 0,82 %

En France, selon le rapport d'activité de 2014 de la Fédération 3977(26), les comportements maltraitants les plus fréquemment signalés à domicile sont les violences physiques suivies des violences psychologiques puis des violences financières.

Les violences physiques étaient en effet évoquées en premier lieu par les participants. Il ne s'agissait pourtant pas du type de violences auxquelles ils étaient confrontés le plus fréquemment, mais certainement les plus marquantes et les plus réprouvées, faisant l'objet de signalements plus fréquents.

Compte tenu de leur prévalence, il était surprenant de constater que les violences financières étaient peu évoquées par les soignants interrogés. Les questions financières sont souvent taboues et sûrement peu abordées en présence

du soignant professionnel ; toutefois celles-ci tendent à s'accroître de façon alarmante et mériteraient donc une particulière vigilance(38,39).

Les violences psychologiques et les négligences passives étaient fréquemment rapportées par les auxiliaires de vie et les aides-soignants, probablement en raison de leur plus grande proximité, et du temps de présence plus important au domicile des personnes âgées.

Les violences sexuelles n'étaient pas directement évoquées, elles étaient probablement considérées comme rares.

Les participants abordent spontanément les maltraitances occasionnées par les soignants. Ils semblaient s'interroger sur la problématique et remettaient volontiers en question leurs pratiques. Cette démarche réflexive des professionnels soignants a également été décrite dans une étude belge semblable à la nôtre (27). La question du respect du refus de soin des personnes âgées interpellait tout particulièrement les soignants interrogés.

B. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance

Plusieurs facteurs de risque de maltraitance d'une personne âgée sont identifiés dans la littérature(2,3,40):

- Au niveau individuel : le sexe féminin, une mauvaise santé physique, les troubles mentaux (notamment les démences), l'abus d'alcool et de substances, la dépendance.
- Au niveau environnemental : la cohabitation, la situation de dépendance de l'auteur des actes (notamment financière), les tensions intra-familiales, l'isolement et l'absence de soutien social de la personne âgée, l'isolement

social lorsqu'il s'agit d'un aidant familial ; l'isolement professionnel, la surcharge de travail et le manque de formation lorsqu'il s'agit d'un soignant professionnel.

Les auteurs des maltraitances sont plus susceptibles d'être des enfants ou des conjoints adultes, de sexe masculin, d'avoir une histoire de toxicomanie ancienne ou actuelle, d'avoir des problèmes de santé mentale ou physique, d'avoir un antécédent de problèmes judiciaires, d'être isolés socialement, d'être au chômage, d'avoir des problèmes financiers, et d'éprouver un stress(37).

Les soignants interrogés identifiaient clairement les principaux facteurs de risque, malgré le manque de formation qu'ils rapportaient. Ils semblaient identifier principalement deux profils de personnes maltraitantes : les « débordés », aidants ou soignants isolés, en manque de soutien, de temps ou de moyens, occasionnant plutôt des négligences ; et les « abuseurs », souvent dans l'entourage familial, dans une situation de dépendance vis-à-vis de la personne âgée, en cohabitation, à l'origine d'une maltraitance plutôt financière et psychologique. Toutefois, l'approche de la problématique par le biais de profils-types de personnes maltraitantes et maltraitées semble réductrice compte tenu de la complexité des situations ainsi que des nombreux facteurs intriqués. Selon Amyot, trois éléments sont cependant toujours présents au sein de la dyade maltraitant – maltraité : les liens de dépendance, l'asymétrie de la relation (vulnérabilité de la personne âgée) et l'abus de pouvoir(41).

C. Détection de la maltraitance

En fonction de sa discipline, chaque professionnel soignant entretenait un rapport et une proximité particuliers avec la personne âgée, ils avaient donc des informations et des perceptions différentes d'une même situation. Ainsi, les auxiliaires de vie et aides-soignants étaient présents plus longuement au domicile, recevaient volontiers les confidences des personnes âgées dont elles s'occupaient, et disposaient de plus de temps d'observation. Les médecins disposaient de moins de temps d'évaluation. L'échange de ces informations semblait donc important, malheureusement la communication entre les professionnels intervenant à domicile était déficiente.

Par ailleurs, certains professionnels n'étaient pas familiers avec la reconnaissance des situations de maltraitance et quelques-uns pensaient n'y avoir jamais été confrontés. Le nombre de cas de maltraitance rapportés par chaque participant paraissait faible compte tenu de la prévalence des comportements maltraitants(2) ; cela reflète une probable sous-détection de ces situations(5). La plupart des participants disaient toutefois y être vigilants et savaient en reconnaître les signes évocateurs. Dans une méta-analyse, Cooper *et al.* montraient que seulement un tiers des professionnels de santé a identifié une situation de maltraitance au cours de l'année écoulée, et 65 % a détecté une maltraitance durant toute sa carrière(42). Caciula *et al.* et Dow *et al.* ont évalué la reconnaissance de situations de maltraitance par les professionnels soignants à travers un questionnaire (le *Caregiver Scenario Questionnaire*), ils constataient que la plupart des soignants n'identifient pas correctement une situation de maltraitance(29,43). Ces situations étaient identifiées plus facilement par les étudiants(43) et les soignants ayant peu

d'expérience professionnelle(29); une formation récente concernant la problématique pourrait expliquer cette meilleure capacité d'identification. Dans notre étude, les soignants interrogés ayant eu une formation sur le sujet semblaient reconnaître plus facilement les situations de maltraitance.

Les soignants interrogés dans notre étude rencontraient plusieurs difficultés pour diagnostiquer la maltraitance : l'incapacité des victimes à alerter sur la situation dans le cas de troubles cognitifs évolués, la dissimulation des abus, par résignation ou par peur de devoir quitter leur lieu de vie. La personne âgée pouvait également présenter des lésions corporelles faussement évocatrices de maltraitance (ecchymoses spontanées, lésions liées aux chutes). Les soignants interrogés restaient donc prudents, ils soulignaient l'importance de la communication entre soignants et du recoupage des informations lorsqu'ils suspectaient des situations de maltraitance. Ils souhaitaient bénéficier de preuves ostensibles avant toute intervention, et n'agissaient pas en cas de simple suspicion.

Dans la littérature, plusieurs outils de dépistage de la maltraitance des personnes âgées ont été proposés, comme le *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), le *Brief Abuse Screen for the Elderly* (BASE), le *Caregiver Abuse Screen* (CASE) ou l'*Elder Abuse Suspicion Index* (EASI), mais ces outils sont peu discriminants, ne sont pas adaptés aux patients présentant des troubles cognitifs et n'ont pas été suffisamment évalués. Pour ces raisons, le dépistage systématique de la maltraitance chez les personnes âgées est discuté(44,45). Il est donc important de mieux former les professionnels soignants à détecter ces maltraitances.

D.Actions et difficultés éprouvées

1.Quand faut-il agir ?

L'importance d'agir était relevée de façon unanime lorsque la personne âgée présentait un risque majeur, notamment dans le cas de violence physique qui provoquait particulièrement l'indignation des soignants. En dehors de ces situations extrêmes, chaque soignant semblait avoir une limite entre ce qui était perçu comme acceptable et ce qui ne l'était pas. Cette limite variait probablement avec la profession, l'expérience et l'éthique de chacun. Elle déterminait un seuil à partir duquel le soignant décidait d'agir. Les freins à l'action pouvaient être nombreux : le refus de la personne âgée, la peur d'une rupture de la relation de confiance patient-soignant, la crainte d'être impliqué personnellement, la méconnaissance des ressources disponibles, les signalements et mesures en découlant jugés inefficaces.

Des freins similaires sont décrits dans la littérature. Rodriguez *et al.*(30) ont identifié trois paradoxes pouvant freiner les soignants dans ces démarches de signalement. Le premier paradoxe concerne la crainte du soignant de voir la relation soignant-patient se dégrader, par rupture du lien de confiance établi. Le deuxième paradoxe est la possibilité de la dégradation de la qualité de vie de la personne âgée, par les changements qui vont découler de ce signalement : dégradation des relations familiales, accentuation des maltraitances, institutionnalisation non souhaitée. Le troisième paradoxe concerne le manque d'assurance du soignant à décider ce qui est du meilleur intérêt pour le patient. Les médecins interrogés pouvaient également craindre d'être poursuivis pour non respect du secret médical.

Les soignants pouvaient être confrontés au refus d'intervention ou au déni de la part de la personne âgée maltraitée. Il s'agissait d'une source de dilemme pour eux.

La communauté sociale et médicale doit-elle décider d'outrepasser le souhait de la personne âgée ? Il est en effet important de respecter le droit à l'autonomie et à l'auto-détermination de la personne âgée. Cette situation est donc extrêmement complexe à prendre en charge du point de vue médico-social quand la personne âgée est apte à prendre des décisions.

La question se pose également chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. La présence de troubles cognitifs chez la personne âgée nécessite une évaluation psycho-gériatrique spécialisée et pose la question de la nécessité de la mise en place d'une mesure de protection ; le protecteur légal désigné devra être sollicité. Toutefois, fréquemment en cas de démence la capacité décisionnelle est altérée mais n'est pas complètement absente. Les tests rapides de dépistage des troubles cognitifs comme le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) ou le *Mini-Cog* ne sont pas adaptés pour l'évaluer. Il existe par contre des tests spécifiques comme le *Hopkins Competency Assessment Test*, qui ne détermine pas la compétence d'un point de vue légal mais peut être une aide au clinicien pour estimer la capacité décisionnelle(40,46).

2.Comment agir ?

Dans notre enquête, tous les soignants ne se considéraient pas légitimes pour intervenir directement. On constatait un relais hiérarchique de l'information et des signalements. Le médecin traitant et l'assistante sociale étaient perçus comme les plus légitimes pour agir et effectuer un signalement administratif ou judiciaire. Le médecin traitant était considéré comme le référent, à qui il incombait la prise de décision finale.

Lors des situations d'urgence, l'hospitalisation était le recours le plus fréquent. En dehors de l'urgence, les soignants interrogés privilégiaient la communication et le dialogue avant tout signalement. Les stratégies d'intervention étaient souvent décidées après concertation pluri-disciplinaire. Le signalement aux autorités judiciaires ou administratives n'étaient effectués qu'en dernier recours. Les signalements officiels, les procédures judiciaires et les mesures mises en place au décours étaient parfois jugées inefficaces, ce qui pouvait rebuter certains soignants à effectuer ces démarches lors des situations de maltraitance ultérieures.

Certains soignants interrogés déploraient l'absence de recommandations de bonnes pratiques ou de protocole de conduite pour la gestion de ces situations.

Le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés a publié en 2009 un guide sur la gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile(47). Ce guide propose des outils de gestion des risques a priori (grille d'évaluation des risques) et a posteriori (fiche informations préoccupantes à destination des soignants professionnels et fiche de vigilance à destination des familles). Ces outils ne s'adressent pas à tous les professionnels soignants intervenant à domicile ; toutefois, ils semblent peu connus des soignants concernés interrogés dans notre étude.

Quelques études ont proposé des algorithmes d'évaluation et de prise de décision lorsqu'un professionnel soignant est confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée(37,48). L'efficacité de ces procédures reste toutefois insuffisamment évaluée.

Les expériences et données cliniques dans la littérature ces dernières décennies montrent que l'extraction définitive et brutale de la personne âgée de son milieu est rarement la bonne solution. Les actions les plus efficaces sont répétées dans le temps, inter-professionnelles avec une collaboration étroite entre le secteur social et médical. Chaque situation nécessite une prise en charge spécifique, le soignant doit prendre en compte le contexte psycho-social, culturel, l'histoire familiale, et chercher à maintenir autant que possible l'unité familiale et le cadre de vie de la personne âgée(37).

Les algorithmes décisionnels ou protocoles à suivre sont des outils techniques qui semblent peu adaptés dans de telles situations. Il serait intéressant de promouvoir une approche réflexive plutôt qu'une approche technique de la problématique(49).

E.Pistes d'amélioration et prévention

Dans notre étude, les soignants exprimaient un besoin d'informations concernant les ressources et les aides à solliciter dans ces situations. L'accessibilité de ces ressources pourrait influencer les décisions prises par les soignants(49).

Les structures d'aides existent mais ne sont pas suffisamment connues des soignants, à l'image du numéro 3977. Les professionnels travaillant en structures (SSIAD et SAD) semblaient plus sensibilisés à la problématique. Il est probable que leur type d'exercice (travail en binômes, réunions de transmissions, locaux communs) est propice d'une part à un dialogue et aux échanges autour des questions de maltraitance, et d'autre part à l'organisation de formations spécifiques. Les actions des conseils généraux et de l'ARS dans le cadre de leurs missions (plan bientraitance de 2007, circulaires de la DGAS relatives au renforcement de la lutte

contre la maltraitance) ont certainement participé à la sensibilisation des soignants(14–19). Il semble toutefois important d'intensifier la diffusion des ressources disponibles notamment auprès des médecins et infirmiers libéraux qui sont souvent plus isolés dans leur pratique quotidienne.

Les soignants interrogés étaient conscients que l'amélioration de la détection et de la gestion des situations de maltraitance ne peut se faire que de façon coordonnée et multi-disciplinaire. Ils regrettaient le manque de communication interprofessionnelle et proposaient la création de réunions d'échanges entre professionnels. La gestion de ces situations complexes nécessite une interdisciplinarité et la mobilisation de nombreuses compétences. Il semble en effet crucial que les professionnels soignants impliqués disposent d'une voie de communication inter-disciplinaire efficace et d'un réseau d'aide composé d'intervenants facilement accessibles pour faire face à ce type de problème.

Les soignants suggéraient d'autres pistes pour améliorer la prévention de la maltraitance des personnes âgées à domicile : amélioration de la formation et de l'accompagnement des aidants, amélioration des conditions de travail des aidants professionnels, mise en place de campagnes de sensibilisation du grand public. La plupart de ces stratégies ont déjà été mises en place pour prévenir la maltraitance des personnes âgées, notamment dans les pays développés. Mais on ne dispose pas de données suffisantes quant à l'efficacité de ces interventions(40,50,51).

Sur la base des données existantes, plusieurs de ces stratégies s'avèrent prometteuses : la majoration des aides et le soutien des aidants, les programmes d'aide à la gestion financière auprès des personnes âgées, les lignes d'écoute, les

hébergements d'urgence, et les équipes multi-disciplinaires pour la gestion des situations de maltraitance(2,3).

Par ailleurs, certaines évolutions de notre société participent à l'émergence des comportements maltraitants à l'encontre des personnes âgées, notamment l'« âgisme » ou l'image négative de la vieillesse, et la dégradation des liens entre les générations au sein des familles(3). Les programmes intergénérationnels dans les écoles pour lutter contre ces comportements sociaux négatifs sont encourageants(6).

III. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

1. Choix de la méthode

La recherche qualitative permet de comprendre les phénomènes humains et sociaux complexes(52). Elle ne vise pas à quantifier mais à analyser et expliquer les comportements et comprendre leurs déterminants(32). Elle était donc particulièrement appropriée pour répondre aux objectifs de cette étude.

Le recueil de données se déroulait sous forme d'entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens en face-à-face permettaient à la personne interviewée d'évoquer ses perceptions, ses expériences et ses sentiments de façon plus confidentielle. Une méthode de recueil des données alternative par « focus groups » n'a pas été retenue, car le soignant interrogé aurait pu avoir un comportement de réserve face à la présence de pairs ou de soignants d'autres professions.

2.Validité de l'étude

La rigueur méthodologique dans le recueil de données et la transcription *ad integrum* des entretiens ont permis de minimiser la perte d'information. L'analyse des données était triangulée afin de limiter le biais d'interprétation et permettait de renforcer la validité interne de l'étude.

La variété de l'échantillon, recruté de manière raisonnée, et l'obtention de la saturation des données permettaient de garantir la validité externe des résultats.

3.Originalité de la question

Aucun travail qualitatif n'existait sur le sujet en France à notre connaissance. Les résultats des études étrangères sur le sujet ne peuvent être extrapolés compte tenu des différences de démographie, d'organisation du système de soins, et des particularités socio-culturelles françaises.

B.Limites de l'étude

1.Choix de la méthode

Le recueil des données a été réalisé uniquement par des entretiens individuels semi-directifs, il n'y a donc pas eu de triangulation des méthodes de recueil.

2.Biais de déclaration

Les participants ont été informés du sujet traité au moment du démarchage. Certains participants avaient préparé l'entretien ce qui a pu limiter la spontanéité des réponses. Les participants ont également pu se sentir jugés par l'intervieweur, cela a pu influencer leur liberté de parole.

3. Biais d'influence

Le manque d'expérience de l'intervieweur à mener des entretiens en recherche qualitative, la formulation parfois spontanée de ses questions, son attitude et le fait qu'il soit lui-même un soignant professionnel ont pu induire un biais d'influence.

4. Biais d'interprétation

L'analyse des données a été réalisée par deux chercheurs distincts selon le principe du double encodage, afin de limiter le biais d'interprétation. Les deux chercheurs étaient médecins généralistes, leurs expériences personnelles et professionnelles ont pu influencer l'analyse et l'interprétation des données.

CONCLUSION

Les soignants professionnels de proximité ont conscience d'être en première ligne pour la détection de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile. Ils se sentent impliqués pour le diagnostic ; leur bonne perception des facteurs de risque et des principaux types de maltraitance existants est contrastée par une probable sous-détection de ces situations. Des formations et sensibilisations répétées pourraient leur permettre d'être plus vigilants au quotidien, et de dépister plus fréquemment ces maltraitances.

Les soignants hésitent à agir devant une situation de maltraitance et se sentent parfois isolés ou impuissants. En cas de suspicion, ils restent prudents et privilégient le dialogue. Le signalement administratif ou juridique n'est envisagé qu'en dernier recours. Notre étude a permis de mieux comprendre ce qui freine leurs actions et les difficultés qu'ils éprouvent. Il en ressort plusieurs pistes qui pourraient permettre d'améliorer la prise charge de ces situations : la meilleure diffusion des ressources et des aides disponibles, la multiplication de formations pragmatiques, l'amélioration des conditions de travail des soignants, la valorisation du travail en réseaux. Dans tous les cas, ces situations complexes nécessitent une prise en charge multidisciplinaire et il est indispensable de favoriser la communication interprofessionnelle.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de multiplier les mesures de prévention de ces maltraitances, en luttant par exemple contre l'épuisement des aidants naturels à travers des mesures de soutien et d'information. La sensibilisation du grand public à la problématique semble également importante car ces situations reflètent les changements sociétaux des dernières décennies, avec une banalisation de comportements violents et l'émergence d'une image négative du vieillissement. C'est d'ailleurs pour lutter contre ces attitudes négatives à l'égard des personnes âgées que l'OMS a lancé le 1^{er} octobre 2016 une campagne mondiale de lutte contre l'âgisme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Insee. Recensement de la population française. Exploitation FNORS. Indicateur SCORE-santé. [Internet]. 2008 [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.scoresante.org/score2008/tableau/Tableau.aspx?idnodind=194&islsp=0&idctx=3&idlbl=0&ff=0&tri=lib#>
2. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. avr 2016;56(Suppl 2):194-205
3. World Health Organisation. World report on ageing and health [Internet]. Geneva; 2015 [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
4. World Health Organisation. European report on preventing elder maltreatment [Internet]. 2011 [cité 5 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>
5. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. mars 2008;37(2):151-60.
6. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050: la population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Insee [Internet]. 2006 [cité 9 juin 2015]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/172>
7. Conseil de l'Europe. Colloque du Conseil de l'Europe sur la violence au sein de la famille. 1987 nov.
8. Conseil de l'Europe. Groupe d'études sur la violence envers les personnes âgées. Éditions du Conseil de l'Europe; 1992.
9. Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2002. [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
10. Comijs HC, Penninx BW, Knipscheer KP, van Tilburg W. Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support and coping. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999;54(4):240-5.
11. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med*. mai 2013;173(10):911.
12. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *J Am Geriatr Soc*. mai 2013;61(5):679-85.
13. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. août 1998;280(5):428-32.

14. Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales, 2002, n°21, 129-136 [Internet]. [cité 20 mars 2016] Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212074.htm>
15. Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Ministère chargé des affaires sociales. [Internet]. 2007. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040070.htm>
16. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre. [Internet]. 2008 [cité 12 avr 2014]. Disponible sur: http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
17. Circulaire DGCS/2A n°2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS. [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-09/ste_20100009_0100_0056.pdf
18. Circulaire DGCS/SD2A n°2011-282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'Etat dans le département au titre de la protection des personnes. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. [Internet]. 2011. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0045.pdf
19. Circulaire DGCS/SD2A n°2014-58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS. Ministère des affaires sociales et de la santé [Internet]. 2014. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/03/cir_38046.pdf
20. Code pénal. Article 222-12. France [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417627&dateTexte=&categorieLien=cid>
21. Code pénal. Article 222-13. France [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417637>
22. Code pénal. Article 222-14. France [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022469857&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
23. Code pénal. Article 434-3. France [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418604>

24. Code pénal. Article 223-3. France [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417772&dateTexte=&categorieLien=cid>
25. Code pénal. Article 226-13. France [Internet]. [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417945>
26. Fédération 3977. Rapport d'activité 2014 [Internet]. [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: www.3977contrelamaltraitance.org/telechargements/federation3977-RA2014.pdf
27. Vanmeerbeek M, Massart V, Giet D. Maltraitance des aînés: ressentis et besoins de professionnels de soins à domicile. *Obs Rev Action Soc Méd-Soc.* 2007;55:77-80.
28. Ferreira M, dos Santos CL, Vieira DN. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. *Acta Médica Port.* 2015;28(6):687-94.
29. Caciula I, Livingston G, Caciula R, Cooper C. Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *Int Psychogeriatr.* mai 2010;22(03):403-8.
30. Rodriguez MA. Mandatory Reporting of Elder Abuse: Between a Rock and a Hard Place. *Ann Fam Med.* 1 sept 2006;4(5):403-9.
31. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl.* janv 2012;24(1):17-36.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142-5.
33. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Prem Partie D«Acteur» À «Interdépendance» Exerc.* 2009;20(87):74-9.
34. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Deux Partie «Maladie» À «Verbatim» Exerc.* 2009;88(20):106-12.
35. Blanchet A, Gottman A. L'enquête et ses méthodes: L'entretien. 2ème éd. Paris: Armand Colin; 2007.
36. QSR International. NVivo10: Getting Started Guide [Internet]. 2013 [cité 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide.pdf>
37. Champion EW, Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med.* 12 nov 2015;373(20):1947-56.
38. Peterson JC, Burnes DPR, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Wells MT, et al. Financial Exploitation of Older Adults: A Population-Based Prevalence Study. *J Gen Intern Med.* déc 2014;29(12):1615-23.

39. Roush R, Moye J, Mills W, Kunik M, Wilson N, Taffet G, et al. Why clinicians need to know about the elder investment fraud and financial exploitation program. *Generations*. 2012;36(2):94-7.
40. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. juin 2015;63(6):1214-38.
41. Amyot J-J. Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Paris, France: Dunod; 2010. 450 p.
42. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: A systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(10):826-38.
43. Dow B, Hempton C, Cortes-Simonet EN, Ellis KA, Koch SH, Logiudice D, et al. Health professionals' and students' perceptions of elder abuse. *Australas J Ageing*. mars 2013;32(1):48-51.
44. Perel-Levin S, World Health Organization. Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin. 2008 [cité 11 févr 2016]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43523/1/9789241594530_eng.pdf
45. Moyer VA. Screening for Intimidate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2013;158:478-86.
46. Janofsky JS, McCarthy RJ, Foistein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Psychiatr Serv*. 1992;43(2):132-6.
47. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile [Internet]. 2009 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2009_guide_gestion_des_risquesdomicile_final.pdf
48. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-60.
49. Killick C, Taylor BJ. Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. *J Elder Abuse Negl*. sept 2009;21(3):211-38.
50. Ayalon L, Lev S, Green O, Nevo U. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age Ageing*. mars 2016;45(2):216-27.
51. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016.
52. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual*. 2006;26(1):110-38.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information



Université Lille 2
Droit et Santé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un travail de recherche sur la problématique de la maltraitance des personnes âgées à domicile.

Je recherche des soignants de proximité, intervenant à domicile (auxiliaires de vie, médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmières et aides-soignants), volontaires pour la réalisation d'entretiens au cours desquels ils pourront évoquer leur perception de la problématique et leurs expériences.

La durée prévisionnelle des entretiens est d'environ 30 minutes, ils sont enregistrés sur dictaphone puis retranscrits intégralement, anonymisés puis analysés.

Il vous sera possible à tout moment de récupérer cette retranscription anonymisée et d'y apporter des modifications si vous le souhaitez.

Si vous êtes volontaire pour participer à ce travail de recherche, merci de me contacter par mail ou téléphone. La date, l'horaire et le lieu de l'entretien seront à déterminer selon votre convenance.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail.

Cordialement,

Grégoire Mahieu
Médecin généraliste remplaçant
Tél : 06.82.33.80.45
Mail : gregoire.mahieu@gmail.com

*Thèse réalisée sous la direction du Dr Delforge François,
Médecin généraliste à Hem et Maître de stage à l'Université
Lille 2 – Droit et Santé.*

Annexe 2 : Guide d'entretien (version finale)

Présentation du travail de recherche / Délivrance de la fiche explicative / Accord pour l'enregistrement / Garantie de l'anonymat.

Prise de contact / Contexte

- ✓ Quelle est votre profession ?
- ✓ Dans quel cadre êtes vous amené à vous occuper de personnes âgées à domicile ?
Quel est votre mode de pratique ?
- ✓ Qu'entendez vous par personne âgée ?

Expériences personnelles

- ✓ Avez-vous déjà été confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée ?
Vous pouvez m'en parler ? Vous pouvez me parler d'autres situations ?
- ✓ Quelles réactions avez-vous eues ? *Comment réagiriez-vous ? Qu'avez vous ressenti ?*
- ✓ Quelles difficultés avez-vous rencontrées face à ces situations de maltraitance ?
Démarches réalisées / Aboutissement / Freins.
- ✓ Quelle aide pouvez-vous solliciter dans ces situations ? *Qui contacteriez-vous ?*
Connaissez-vous des structures ou organismes à contacter dans ce genre de situation ?

Définitions / Perceptions

- ✓ Qu'entendez vous par maltraitance d'une personne âgée ? *Comment peut se manifester une maltraitance envers une personne âgée selon vous ? Quel(s) comportement(s) qualifieriez-vous de maltraitant(s) ?*
- ✓ Qu'est-ce qui peut favoriser un comportement maltraitant ? *Facteurs liés à l'environnement / la personne âgée / profil de personne maltraitante.*
- ✓ Comment détecter ces maltraitements ? *Qu'est-ce qui pourrait vous faire suspecter une maltraitance ?*

Rôles des soignants

- ✓ Quel est votre rôle en tant que soignant face à la problématique de maltraitance à domicile ?
- ✓ Qu'attendez vous des autres professionnels soignants dans ce contexte (*Médecins, infirmiers, aides soignantes, auxiliaires de vie...*)

Prévention / Formation / Pistes d'amélioration

- ✓ Comment prévenir la maltraitance des personnes âgées ? *Que pourrait-on mettre en place pour éviter cela ?*
- ✓ Qu'est-ce qui vous aiderait face à ces situations ?
- ✓ Avez-vous bénéficié de formations ou avez-vous été sensibilisé à cette problématique ? *Est-ce que vous pensez qu'une formation sur ce sujet est utile ? Quel type de formation ?*

Fin de l'entretien

- ✓ Avez-vous des remarques à ajouter ?
- ✓ Recueil d'information : âge, sexe, profession, ancienneté dans la profession, milieu d'exercice (*rural / semi / urbain*)

Annexe 3 : Verbatims

Entretien 1

INT : Nous allons donc parler de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Commençons par quelques questions générales. Quelle est votre profession ?

INF1 : Infirmière coordinatrice [de SSIAD].

INT : D'accord. Vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à leur domicile ?

INF1 : Complètement, oui, je fais des tournées avec l'équipe.

INT : D'accord.

INF1 : Donc toilettes, nursing, traitements, soins infirmiers proprement dits, donc du quotidien quoi.

INT : Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

INF1 : Mmm... (rires) Qu'est-ce qu'une personne âgée ?... Vaste sujet (soupir), une personne qui est en perte d'autonomie... parce qu'on peut être très âgé dans sa tête mais... Avoir un corps qui suit encore très bien mais a contrario l'inverse aussi, donc le terme de personne âgée c'est un peu vaste mais pour moi ça revêt surtout un caractère de perte d'autonomie essentiellement.

INT : D'accord. Qu'est-ce que la maltraitance, selon vous ?

INF1 : Là aussi c'est un sujet vague, la maltraitance c'est imposer ses choix sans respecter celui de la personne âgée, c'est... ça peut être une maltraitance gestuelle, donc... Ne pas être doux et brutaliser une personne âgée, là aussi c'est... c'est très facile. Ça peut être aussi une maltraitance verbale en lui laissant pas... en ne la laissant pas s'exprimer et aussi a contrario en la laissant s'exprimer en pouvant se moquer de ses réponses et également... également en utilisant un langage inapproprié. Voilà... Mais bon, là aussi la maltraitance, je ne peux pas vous répondre en deux minutes parce que c'est tellement large comme sujet que... pff... (rires)

INT : Qu'est-ce qui peut favoriser un comportement maltraitant selon vous ?

INF1 : Alors, pour avoir travaillé en institution auparavant, je dirais euh... une maltraitance à mon sens... malheureusement institutionnelle, c'est-à-dire que pour moi, un soignant, de base s'il aime son métier, n'a aucune tendance à être maltraitant, sauf que parfois, la charge de travail, les impératifs, le rendement qu'on lui demande de faire tout au long d'une journée avec un manque de moyen peut inciter... pas inciter mais malheureusement provoquer une maltraitance.

INT : D'accord. Et concernant la maltraitance à domicile ?

INF1 : À domicile, pardon... Alors à domicile... à domicile, il y a moins de risque d'adopter de la maltraitance parce que, comme on rentre au domicile des gens, on vient dans leur univers, qu'on doit respecter davantage, en principe, et... on a plus de temps aussi pour les soigner à mon sens correctement, parce qu'on est vraiment... on est vraiment aux petits soins pour eux, je veux dire on est vraiment... Quand on... quand on leur apporte les soins, on leur apporte les soins, mais de façon tellement adaptée. Je vois par exemple, par rapport à la tournée de ce matin : c'est tellement adapté, c'est tellement minutieux ce qu'on leur apporte, que pour moi, ça laisse peu de place à la maltraitance.

INT : Est-ce qu'il y a des facteurs ou des situations qui pourraient... (interruption de la question)

INF1 : Le stress !

INT : ...qui pourraient amener quelqu'un à être maltraitant ?

INF1 : Mmm... Un stress par rapport à une situation, par rapport à une situation pesante d'une famille. On a des familles qui sont parfois très procédurières et énormément dans la demande parce qu'elles

sont justement... entre guillemets, frustrées parce qu'elles sont obligées de faire appel à quelqu'un pour les remplacer, ça les rend parfois agressives et ça peut jouer sur le comportement du soignant, qui peut être moins souple, peut-être moins à l'écoute, peut-être plus énervé parce qu'il s'est pris une réflexion avant. En principe, là encore, ça ne doit pas exister mais pour moi c'est un facteur qui pourrait déclencher, euh... Après... Facteur déclenchant... Mmm... (rires) La maladie d'Alzheimer ! C'est pas quelque chose de très... Enfin les troubles cognitifs en règle générale pour un personnel qui n'est pas formé ça peut être très... ça peut être source de maltraitance parce que... par... pas par volonté mais par... par méconnaissance de la pathologie. On a chez nous des personnes qui sont atteintes de gros troubles cognitifs et qui sont super agressives... Si le personnel n'est pas aguerri pour gérer une situation stressante et une situation agressive de la personne âgée ça peut... ça peut dévier assez rapidement.

INT : D'accord. Y a-t-il un profil de la personne maltraitante ? Qui est maltraitant ou qui est le plus susceptible de l'être selon vous ?

INF1 : (silence) N'importe qui. N'importe qui : nous on a eu une personne âgée qui vivait avec sa fille... la fille la martyrisait... martyrisait, c'est-à-dire qu'on a retrouvé des... on a retrouvé des hématomes. Chaque jour quand on allait faire la toilette on voyait des hématomes supplémentaires. Bon ça a été signalé à l'époque... ça a été signalé au médecin traitant et cetera. Il y a eu des mesures de prises mais... Ça peut être quelqu'un de proche, ça peut être l'auxiliaire de vie qui vient apporter le repas, qui fait... qui fait le ménage aussi auprès de la personne âgée, ça peut être aussi l'aide-soignante, ça peut être l'infirmière... vraiment ça peut être n'importe qui.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée ?

INF1 : Oui, une fois, une aide-soignante, mais pas à domicile, en structure, qui avait... qui avait cassé un cadre d'une personne âgée. Cette personne tenait énormément à son cadre, elle avait cassé le cadre et elle avait non seulement cassé le cadre, mais elle avait caché les débris sous un petit tapis. Il y a une mesure disciplinaire qui a été engagée pour cet agent, mais... Et en plus elle a dit à la personne âgée de ne pas le répéter et... Voilà, ça c'est un mauvais cas. (rires)

INT : D'accord. Il y a d'autres cas où vous avez constaté des maltraitances ?

INF1 : Euh... avec la fille d'une patiente, oui. Alors, objectivement devant moi... devant moi, oui par parole, la fille était très agressive avec sa maman et disait carrément : « Vivement qu'elle s'en aille ! », « Elle en finit pas de mourir ! », « C'est trop long ! », voilà, ce genre de propos devant la dame qui était dans son lit. Donc oui, malheureusement oui.

INT : Et comment avez-vous réagi face à ces situations ?

INF1 : J'ai recadré la fille, j'ai parlé au médecin traitant, et puisque malheureusement cette dame n'avait qu'une seule fille avec laquelle elle habitait, donc autrement dit elle n'était vraiment pas bien entourée... Nous on en a parlé au niveau de l'équipe... Le médecin est venu au moment de la toilette observer les hématomes avec nous, a interpellé la fille... bon après, peu de temps après la dame a été hospitalisée... Le médecin a fait en sorte que cette dame soit hospitalisée pour la retirer justement du contexte familial parce que ça devenait dangereux et au cours de son hospitalisation cette dame est décédée... Voilà la suite pour cette dame.

INT : Qui peut vous aider face à ce genre de situations ? Qui pouvez-vous solliciter ?

INF1 : Euh ... Moi ce que je fais dans ces cas-là, s'il y a un signalement à faire, je m'en réfère tout de suite au médecin traitant, c'est quand même lui qui a la plus haute autorité que moi-même au niveau... au niveau... comment dirai-je... du patient. Ensuite, je pense qu'il existe... on peut faire un signalement nous-mêmes en tant que professionnels de santé, au niveau juridique, mais je n'ai jamais eu l'occasion de le faire précisément.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà pensé qu'un de vos comportements avait pu être considéré comme maltraitant ?

INF1 : Euh... En institution, oui. Par faute de personnel, quand vous êtes une seule infirmière pour 120 patients ou 88 patients, certainement qu'on est, à la fin de la journée quand on travaille de 7h00 du matin jusque 7h00 du soir, je suis sûre et certaine qu'il arrive un moment dans la journée où on

n'est pas aussi patient que le matin quand on arrive frais comme un dindon (sic). Pour moi, à partir du moment où on est plus tendu et qu'on risque de répondre de façon plus sèche, on est déjà maltraitant. Et tout clairement dans ce genre de situation... douze heures toute seule pour autant de pensionnaires, oui. À domicile, non. Très sincèrement qu'à domicile j'y pense même pas parce qu'on est tellement dans l'adaptation de terrain et tellement à l'affût de leur moindre petit désir et cetera, que non je ne dirais pas... On n'est pas du tout maltraitant au niveau du domicile. Ici, je suis dans ce service depuis le mois de janvier et au niveau des patients et des familles et de l'équipe ça se passe vraiment très, très bien.

INT : Alors... Quelle est la place du soignant face à une situation de maltraitance à domicile ?

INF1 : Mmm... Importante. Si c'est du fait de son équipe, donc bien évidemment, là, il faut en parler, il ne faut pas laisser passer les choses, et faire remonter ça au cadre du service pour pouvoir agir vis-à-vis de l'agent qui aurait eu un mauvais comportement, s'il s'agit euh... d'une personne autour du patient, que ce soit sa famille ou un intervenant extérieur, dans ce cas-là, moi je pense qu'il faut avertir le médecin traitant directement.

INT : Comment prévenir ces situations selon vous ?

INF1 : Euh... Médecins, infirmières, et cetera, il n'y a pas si longtemps que ça qu'on fait des formations sur la maltraitance, moi j'ai eu la chance d'en faire deux. Pareil, il y a une méconnaissance aussi des troubles cognitifs, avec des personnes qui ont des comportements très désinhibés, très agressifs, et cetera, qui peuvent aussi provoquer des mauvaises réflexions de la part de l'équipe ou une mauvaise prise en charge. Ils vont être plus brusques parce que la personne âgée en face d'elle s'agite et parfois frappe, parfois crie, parfois crache, donc je pense que quand on est bien formé par rapport à ce genre de choses et quand on sait aussi ce que c'est que la maltraitance, parce que des fois la maltraitance c'est quelque chose de très insidieux : un ton condescendant, une question fermée, parler en hauteur alors que la personne est toute en bas. Il y a des formations comme l'Humanitude® et cetera, qui sont très intéressantes pour éviter ce genre de comportements. Et je pense très sincèrement que si on est bien formés sur la maltraitance en général, si on sait exactement quels aspects elle recouvre, on a tous en tête dans des situations professionnelles, des réactions qu'on a pu avoir ou des paroles qu'on a pu dire et je pense que quand on fait ce genre de formation ça nous fait un petit peu réfléchir. Et pour en avoir pratiqué deux, je sais qu'au sortir des formations, et ça c'est du concret, directement sur le terrain au niveau de l'équipe on a vu des comportements changer. Les personnes qui parlaient à haute voix, qui laissaient des portes ouvertes, qui n'étaient pas très attentives à la pudeur et cetera, faisaient beaucoup plus attention après la formation qu'avant. Donc ça sous-entend bien que faire des formations et de temps en temps des piqûres de rappel au niveau des équipes, c'est pas mauvais. Je pense très sincèrement qu'au niveau des médecins vous n'êtes pas forcément non plus toujours très... très au clair par rapport à la maltraitance, pour la déceler au niveau de membres de familles par exemple, parce que je sais que nous, là, on avait une dame à domicile dont la fille était très, très méchante avec sa maman, il a quand même fallu qu'on signale plusieurs fois au médecin traitant ce qu'il se passait pour avoir un mode de réaction, et ça, ça nous mettait nous en porte-à-faux parce qu'au niveau de l'équipe on décelait des choses, on signalait des choses, et en face de nous on disait : « Oui, oui, ben je vais le dire à la fille » – « Oui, oui, ben je vais en parler à la fille », mais sauf que bon... ça ne se passait pas et... Jusqu'au moment où on a dit carrément : « On va vous faire une cartographie des hématomes qu'on observe sur la peau de la maman, puisqu'on y va quotidiennement et si vous voulez on va même vous faire des photos », donc là on a vraiment été très... comment dirais-je... invasifs pour essayer de faire bouger les choses. Vous voyez ce que je veux dire ?

INT : Mmh.

INF1 : Donc nous, des fois, on observe des choses sur le terrain, mais on n'a pas forcément toujours la réponse adaptée pour pouvoir agir et mettre la personne en sécurité.

INT : Là, vous vous référez au médecin traitant ?

INF1 : Là par exemple, pour ce cas-là précisément, c'est au niveau du médecin traitant auquel je pense. Bon, là, la personne après maintes plaintes de notre part... Cette dame, cette vieille dame a été hospitalisée mais à l'époque j'avais parlé aussi à un médecin gériatre avec qui on travaille sur le secteur qui a des connexions au niveau de différents centres hospitaliers pour faire hospitaliser en urgence. Je veux dire... On est un petit peu petits, il faut aussi... Nous-mêmes, on n'a pas une

démarche bien établie qui nous dise : « Si vous observez un cas de maltraitance à domicile vous devez agir ». Il n'y a pas de protocole qui nous dise : « Vous devez faire ça, signaler, tatati tatata » (frappe sur la table avec la tranche de sa main). Ça nous aiderait aussi, mais on ne l'a pas, donc on est un petit peu des pionniers, c'est-à-dire : on tâtonne, on observe, on prévient le médecin traitant qui va prévenir éventuellement des plus hautes instances... Je veux dire, nous, en tant qu'infirmière ou aide-soignant, si on observe parfois des choses maltraitantes, on est un peu démunis pour pouvoir agir. Sur le terrain c'est quand même assez... C'est un sujet qui au niveau de l'équipe nous remue pas mal parce qu'on a eu cet exemple-là avec cette dame et ça a duré une paire de semaines avant qu'on voie les choses bouger. Pour nous par contre, ça a été un... ça a été un bon euh... enfin une... bien que l'expérience ait été triste... mais pour nous c'était une bonne expérience parce qu'on était plus vigilants, encore plus vigilants, même pour nous-mêmes par rapport à notre comportement et cetera, on se disait : « Bah tiens ?... ». Il ne faut pas trop qu'on soit indifférents à des petites choses, quand on voit des choses à domicile, il faut être plus recadrant vis-à-vis des familles, essayer de leur apporter des solutions... Je prends l'exemple de la maladie d'Alzheimer, il y a un monsieur qui a secoué une fois sa femme devant moi parce qu'il était très, très énervé parce que tout simplement il était en bout de chemin dans sa relation d'aide vis-à-vis de sa femme... Je lui ai proposé de faire passer un accueil de jour... de mettre son épouse en accueil de jour et cetera pour pouvoir le soulager... Voilà le genre d'aide que nous on essaye d'apporter à domicile par exemple. Mais après c'est en fonction de soi, de son éducation, de comment... enfin de ce qu'on attend des autres si nous-mêmes on était en situation d'être âgé et comment on aimerait être pris en charge, moi je pense que ça tient à ce niveau-là aussi. Je ne sais pas si je réponds à votre question mais en même temps c'est tellement vague que...

INT : Oui... Très bien... Vous souhaitez exprimer des remarques en plus ou vous avez des choses à ajouter ?

INF1 : Non, je pense que c'est bien déjà. (rires)

INT : Très bien, je vous remercie.

Entretien 2

INT : Nous allons parler de la maltraitance des personnes âgées à domicile. On va commencer par des questions assez générales. Quelle est votre profession ?

AS1 : Je suis aide-soignante, depuis maintenant 10 ans... déjà.

INT : D'accord. Et vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à domicile ?

AS1 : Tout à fait, nous on prend en charge les personnes à partir de 60 ans. Donc ce sont des personnes relativement... Et la moyenne, si je prends la moyenne de mon SSIAD à moi, ça va de 60 ans à... La plus âgée elle a 101 ans. On a une population d'une soixantaine de patients quand même.

INT : Et dans quel cadre intervenez-vous ?

AS1 : La particularité du domicile c'est ça en fait, c'est qu'on rentre dans la vie personnelle du patient, donc c'est vrai que, nous, nous sommes là pour tout ce qui est soins d'hygiène et confort, ce qui est vraiment dans notre domaine... dans notre formation en fait. La particularité du domicile, c'est que parfois, bien souvent, on dépasse un peu... enfin on ne dépasse pas nos compétences dans le sens où on fait bien nos soins d'hygiène et de confort mais c'est vrai que parfois on a une aide un peu plus personnalisée pour chaque patient, je veux dire que ça nous arrive parfois de préparer des petit-déjeuners, chose qu'on ne fait pas en milieu hospitalier, une personne qui n'arrive pas à lire correctement son courrier on va l'aider sans prendre de décision, sans entamer de démarche bien sûr, tout en restant à notre place, donc voilà... Mais essentiellement c'est un soin d'hygiène et de confort et un soutien psychologique je rajouterai sur la particularité du domicile.

INT : D'accord. Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

AS1 : Une personne âgée... donc pour moi une personne âgée euh... (rires)... C'est facile et en même temps difficile comme question... Une personne âgée pour moi, âgée vraiment âgée c'est

quelqu'un qui est limité dans ses faits et gestes, qui ne se déplace plus comme quelqu'un qui a 20 ou 30 ans, qui sollicite de l'aide, d'ailleurs c'est pour ça qu'on intervient, parce que si elle n'avait pas besoin de nous on n'interviendrait pas. Donc voilà dans sa globalité je pense que c'est ça, c'est une personne qui ne sait plus subvenir à ses besoins complets et de manière autonome dans sa vie quotidienne en fait.

INT : Qu'est-ce que la maltraitance d'une personne âgée selon vous ?

AS1 : Ah ! Alors pour moi la maltraitance est très vaste, donc il y a la maltraitance physique hein, on est bien d'accord, donc tout ce qui est coups, des choses avérées. Après il y a la maltraitance verbale, et après il y a un autre genre de maltraitance, enfin ça sera certainement considéré comme de la maltraitance mais ça dévie pour la bientraitance du patient en fait. Je vous donne un exemple tout bête : il refuse les soins, le patient est complètement souillé, c'est impossible de le laisser comme ça, on ne peut pas. Donc par divers moyens : le dialogue, la fermeté parfois, on est amené parfois à être un peu plus sévère tout en restant propre et poli bien sûr et en ne manquant pas de respect à la personne, mais parfois on fait un peu du « forcing ». Mais c'est une forme de maltraitance dans le sens où on ne va pas dans le sens du patient, mais c'est pour son bien-être après, ça c'est sûr. Donc pour moi il y a plusieurs... La maltraitance... Il y a l'explicite de la maltraitance et une maltraitance qui peut être pour la bientraitance, mais par rapport au patient elle peut être perçue comme une agression ou... comment dire ça... Souvent on nous dit : « Ah vous voulez tout diriger parce que vous venez chez nous, mais je suis chez moi ! », ça c'est l'inconvénient du domicile aussi, on est chez les gens donc plus ou moins... Après nous on explique que c'est pour son bien-être, on montre aussi : « Regardez, vous êtes vraiment souillé, ça ne va pas, vous allez tomber, vous allez vous faire mal, vous allez glisser ». Et on est beaucoup dans la négociation aussi, parfois ça arrive, on doit négocier, mais globalement, moi je n'ai jamais eu de soucis, moi ça fait 9 ans que je suis ici. Mais c'est vrai qu'on doit adapter la manière de faire et appliquer notre métier au mieux mais pour arriver parfois à nos buts en fait, pour arriver parfois à ce que la personne soit propre et soit bien quoi.

INT : D'accord. Quel comportement vous qualifieriez de maltraitant ?

AS1 : Quel comportement... vis-à-vis du soignant, en fait ?

INT : Vis-à-vis du soignant et concernant de ce que vous observez au domicile. La maltraitance au domicile de manière globale.

AS1 : Pour moi la maltraitance au domicile, ben écoutez, moi je vous dirais, ce qui nous concerne nous... Moi je suis aide-soignante, je ne suis pas maltraitante bien sûr, mais je dirais... En fait on est une équipe, on est un peu une équipe, parce que souvent on ne travaille pas en solo. Il y a nous, il y a les auxiliaires de vie et il y a la famille. Et parfois la maltraitance, elle ne vient pas forcément des intervenants extérieurs, mais de la famille propre, par de l'ignorance tout simplement, des gens qui ont cinq, six enfants et qui se retrouvent tous seuls, et qui se raccrochent à nous, on est leur seule visite, ils nous considèrent parfois comme des membres... leurs petits enfants, moi souvent on me le dit. Donc moi je pense que c'est une forme de maltraitance l'ignorance. Après on n'est pas non plus dans la vie du patient, on ne sait pas ce qu'il s'est passé auparavant, donc pour moi c'est une forme de maltraitance mais c'est sans jugement, on est bien d'accord, il n'y a pas de jugement là-dessus, chacun a son histoire de vie... Mais moi quand même je pense que c'est une forme de maltraitance parce que malgré tout, des parents ça reste des parents, on ne les choisit pas, dans ma conception de la vie... mais ça c'est plus personnel. Et dans la maltraitance c'est par exemple aussi des intervenants extérieurs qui viennent et qui ne font pas leur travail, donc qui laissent le patient dans la saleté ou il leur demande quelque chose et ils ne le font pas ou... voilà. Ça peut être plein de choses et en même temps... moi je ne pense pas que la maltraitance elle soit uniquement dans tout ce qui est coups et blessures, et verbale. Parfois une personne peut se sentir maltraitée juste avec l'ignorance, et ça, ça arrive souvent, qu'elle soit ignorée ou peu écoutée, et quelque part elle se sent frustrée parce que le lendemain elles vont nous en parler, sans forcément que ça nous concerne. Donc moi forcément à partir du moment où le patient se sent mal, où il n'est pas bien et qu'il en parle, qu'il extériorise, je pense que quelque part ça peut être aussi une forme de maltraitance, qui est minime par rapport aux coups et aux blessures mais qui peut être tout aussi importante sur le niveau « affect » de la personne.

INT : Vous me parliez tout à l'heure de bientraitance. Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

AS1 : On a fait une formation il y a quelques années, c'est « De la bientraitance à la maltraitance » donc justement l'exemple que je vous ai donné tout à l'heure, donc qui était celui où la personne est dans le refus complet, voire agressive, enfin ça nous arrive parfois puisqu'on a des gens qui sont cohérents mais d'autres qui ne le sont qu'à moitié et d'autres pas du tout... et cette manière de devoir faire du « forcing » et de devoir être dans la négociation, ou de devoir dire, parfois ça m'arrive : « Écoutez, comme vous voulez, ça prendra le temps que ça prendra, mais moi quand je partirai vous serez propre, vous serez propre sur vous et vous vous sentirez beaucoup mieux après, et je ne partirai pas tant que mon travail ne sera pas fait ». Donc c'est vrai que c'est... voilà, ça peut paraître une forme de maltraitance mais c'est vraiment pour le bien-être, être bien après donc la bientraitance finalement. Et globalement c'est ça en fait, pour moi la bientraitance c'est... le fait d'avoir... qu'on referme la porte du domicile du patient, mon patient est en sécurité, mon patient est propre, mon patient a tout à disposition, mon patient sourit, c'est surtout ça. Donc c'est vrai que c'est pas évident, mais généralement on est satisfait du résultat, enfin moi en ce qui me concerne.

INT : Qu'est-ce qui pourrait favoriser un comportement maltraitant ?

AS1 : Euh... Qu'est-ce qui pourrait favoriser un comportement maltraitant... C'est-à-dire ?

INT : Quels facteurs de risque ou quelles situations pourraient engendrer ou faciliter une attitude maltraitante ?

AS1 : Déjà la personnalité de la personne soignée, parce que je veux dire : ça nous est déjà arrivé, on a un peu tout type de personnes, et on a parfois des personnes racistes, faut bien le stipuler aussi hein, les personnes de couleur, les personnes maghrébines, les personnes asiatiques... donc voilà. Après ça dépend aussi, je pense, du caractère du soignant, de sa personnalité : il y a des gens qui vont être plus facilement touchés, et d'autres comme moi qui vont carrément... Moi je suis là pour faire mon travail pour que la personne soit bien. Moi-même étant d'origine étrangère, je veux dire ça m'est arrivé hein des fois, mais peu importe, moi ça ne m'atteint pas, mais ça peut être aussi une forme de... un facteur favorisant de la maltraitance. Je veux dire c'est pas évident, je vois bien pour certaines de mes collègues, des fois d'aller et d'entendre des mots comme ça nous est arrivé il y a quelques années : « Hé la nègre ! » par exemple. Moi, on m'a appelé « la bougnoule », pourtant je ne suis pas maghrébine, pourtant, je veux dire moi par rapport à ma collègue, le ressenti n'a pas été du tout le même. Donc pour elle c'était une forme de maltraitance, pour moi c'était juste quelqu'un qui avait son vécu, qui a ses idées, j'estime qu'une personne âgée, quand elle est âgée on ne change pas ni son caractère ni sa façon de penser, et faut composer, ça fait partie aussi de notre métier de s'adapter, et... d'adopter l'empathie. Attention, ça veut pas dire qu'on cautionne, mais voilà plus ou moins on passe que très peu de temps chez le patient, on passe une demi-heure à trois quarts d'heure par jour, donc euh... donc voilà. Pour moi ça c'est un facteur quand même assez favorisant de la maltraitance, ou qui peut amener à ce qu'on soit moins ouvert, moins de facilité à discuter avec le patient, être plus fermé ; ça me concerne pas, puisque moi je suis quelqu'un d'assez ouverte et je ne suis pas quelqu'un de timide, mais c'est vrai que sur d'autres personnes donc plus fragiles, plus sensibles, ça peut être matière à facilement dire : « Ah ben je n'aime pas trop aller chez lui parce qu'il y a ça ou ça, j'y vais parce que c'est mon boulot, mais j'y vais pas avec le même enthousiasme que quelqu'un qui serait plus... plus ouvert ». Donc ça je pense que c'est... Et on ne le signale pas assez, parce que ça c'est quand même récurrent hein, nous on tourne sur trois secteurs et c'est vrai que parfois, heureusement c'est pas la majorité mais souvent ça revient.

INT : D'accord. Vous voyez d'autres facteurs justement qui pourraient favoriser...

AS1 : (Interruption) La précarité, aussi. Quelque part c'est une forme de maltraitance.

INT : D'accord.

AS1 : Euh... Oui, je pense surtout le caractère de la personne soignée, son comportement, j'entends bien hein, qui ait toute sa tête hein, qui soit lucide... et la précarité. C'est vrai quand on est en... Moi, pour moi la précarité c'est quand même une... Mais quand je vous parle de précarité c'est [la précarité] sévère hein, ça veut dire : pas d'eau chaude... vraiment la personne est dans un ... vit dans un environnement qui est limite délabré, quoi... Ce qui est bien dans notre service, comme on dépend d'un centre social, on fait tout ce qui est en lien avec le Conseil Général et tout ça pour améliorer, pour qu'ils aient des aides, l'APA, qu'ils aient des aides à domicile. Ça pour nous c'est un boulot... c'est le boulot de ma cadre mais souvent on travaille avec pas mal d'organismes pour intervenir chez les gens. Donc la précarité souvent... ça reste précaire selon les revenus de la personne, mais souvent

elles sont améliorées. Eux, ils vivent... nous on a toujours ce qu'il faut pour les maintenir en soins d'hygiène et de confort, on a une valise propre avec des produits donc au niveau... vis-à-vis de la personne, il n'y a pas de maltraitance. Par contre la personne elle-même, enfin le soigné, peut se sentir maltraité dans le sens où c'est nous qui ramenons nos produits, c'est déjà arrivé une fois il y a longtemps : c'était nous qui ramenons nos produits et on repartait avec, et il se sentait vraiment mal parce que... il n'avait pas... et nous on ramenait et on repartait avec, c'était pas à lui, et il se sentait vraiment offensé et suite à ça il était désagréable, il était parfois malhonnête, et parfois agressif, c'est déjà arrivé. Donc c'est en lien, c'est pour ça que je vous dis la précarité parce que souvent ils savent qu'ils n'ont pas beaucoup ou peu, et le fait de venir avec nos produits et tout ça, parfois ça peut être... ça amène plus ou moins de la maltraitance, parce que la maltraitance va dans les deux sens et c'est vrai que nous aussi parfois on encaisse certaines choses et souvent quand il y a une grande précarité, la personne est un peu moins conciliante de par son vécu, son mode de vie, il voit bien que voilà... Et après petit à petit quand on les prend en charge après ils s'ouvrent, ils parlent, et on comprend mieux le problème en fait.

INT : D'accord. Et est-ce qu'il y a des personnes âgées que vous considérez particulièrement à risque d'être victimes de comportements maltraitants ?

AS1 : Euh... Je dirais la pathologie Alzheimer. Ce sont des personnes à risque parce que les gens souvent les gardent au domicile le plus possible, c'est pour ça d'ailleurs qu'on intervient pour le maintien à domicile, c'est notamment le cas... on a eu un monsieur qui vivait avec sa femme qui avait un Alzheimer assez avancé, même très avancé, et en fait elle devenait insupportable, c'était ingérable dans le sens où elle répétait sans cesse les choses, elle pouvait être agressive, elle ne dormait pas la nuit, il fallait constamment une surveillance, et à la fin il ne supportait plus, il perdait son contrôle, il le disait lui-même, il était à bout, il était épuisé. Après il a dû en venir... on a réussi à le convaincre que c'était plus possible et que pour lui, parce qu'ils avaient quand même 80 ans... une fois il en est venu aux mains et il s'est senti vachement mal donc là après on a fait le nécessaire pour quelle puisse être hospitalisée... dans un premier temps hospitalisée et faire les démarches ensuite pour un placement. C'était contre ses convictions, mais il n'avait pas le choix, et c'est vrai que les personnes Alzheimer avancées qui restent au domicile parfois elles sont... pour moi ce sont les premières personnes qui sont à risque de maltraitance, parce que les personnes qui vivent au quotidien avec ces gens-là, c'est vraiment difficile de supporter 24 h/24 h un Alzheimer, déjà un Alzheimer mais alors prononcé et vraiment avancé... pour moi le facteur numéro un c'est eux.

INT : Quels autres facteurs après cette maladie d'Alzheimer ?

AS1 : Euh... après... ça dépend aussi de la situation familiale, on a des gens aussi qui sont... Je ne vais pas dire « cas sociaux », ce n'est pas vraiment le terme, mais si vous voyez ce que je veux dire, euh... des gens qui n'ont pas eu... qui ne sont pas éduqués... Enfin... J'ai pas envie de dire des « cas sociaux » mais c'est un peu ça en fait...

INT : Le contexte social selon vous...

AS1 : Le contexte social, mais aussi les conflits entre frères et sœurs, des fois la relation mère-enfant, des fois c'est houleux de part leur vécu, mais nous on ne sait pas forcément ce qu'il se passe donc c'est pour ça, je vous dis, on est dans l'empathie, on ne juge pas, on essaie de se mettre à la place de l'autre... Mais on ne va pas se mentir non plus, on voit bien quand on rentre dans une maison, de part l'environnement, de part le contexte familial, parce qu'on a des personnes de confiance, quand on fait des admissions on est avec la famille, et malheureusement on voit tout de suite avec qui on aura des soucis et avec qui on est à risque d'avoir des soucis et d'autre non. Par exemple l'alcoolisme, ça aussi c'est un facteur de maltraitance, parce qu'on a des patients qui ont des enfants alcooliques qui vivent au domicile de la personne et parfois c'est... Il ne faut pas ignorer le problème de l'alcoolisme, parce que c'est peu heureusement, c'est peu, mais on en a quand même quelques-uns, c'est déjà arrivé.

INT : Donc vous avez déjà été confrontée à des situations de maltraitance à domicile...

AS1 : Tout à fait.

INT : Vous pouvez m'en parler un peu plus ?

AS1 : Oui, il n'y a pas de soucis je peux vous en parler, je ne citerai pas les noms ni les lieux, ça restera anonyme.

INT : Oui, bien sûr.

AS1 : Donc on a une dame... on a une patiente qui vit avec ses deux fils et qui a une fille qui a fait plusieurs tentatives de suicide, qui est déséquilibrée mentale qui ne vit pas au domicile de cette patiente. Donc elle a deux enfants qui vivent avec elle, un qui est gentil, qui est un bon garçon, bon il ne travaille pas, il s'occupe de sa maman comme il peut, il est un peu limité dans les connaissances de la vie... enfin... des connaissances d'une organisation de vie normale, il est complètement décalé, il ne sait pas gérer, donc nous on l'aide un peu à ce niveau-là, et elle a un autre fils qui est alcoolique, donc c'est ce que je vous ai expliqué. Donc je vais vous donner un exemple, il y a de ça un an et demi, il est rentré un soir complètement ivre, et donc le lendemain : je vais chez cette dame et elle avait un bleu et elle me l'a dit ouvertement. Elle m'a dit : « Mon fils il est rentré saoul, il est venu dans ma chambre, il a essayé de me réveiller de me dire qu'il m'aimait, que j'étais sa maman... » donc ça ne partait pas d'un mauvais sentiment mais voilà, il a brutalisé sa mère, parce que sa mère n'était pas contente, parce qu'elle râlait, qu'elle lui disait d'aller se coucher et qu'elle ne voulait pas écouter ce qu'il avait à lui dire, et elle avait un bleu. On a fait le signalement, ça n'a pas abouti parce qu'après elle a nié en bloc.

INT : Vous avez réagi comment face à cette situation ?

AS1 : Donc en fait, quand c'est comme ça, nous on a un cahier dans notre service avec une fiche à remplir sur des événements indésirables qui se passent chez la personne. Donc là, nous, on a fait le signalement. On a signalé donc après on a transmis à notre responsable qui, elle, l'a signalé, je ne veux pas dire de bêtises, je ne sais pas si c'est le Conseil Général... Déjà dans un premier temps elle a appelé son médecin traitant et puis elle a averti aussi un organisme, mais je ne saurais plus vous dire lequel donc je ne vais pas dire de bêtises, mais par contre je sais qu'on doit appeler le médecin traitant. Le médecin traitant est intervenu au domicile, il a constaté, mais elle a nié. À partir de ce moment-là c'est resté mort. À partir du moment où elle a nié en bloc : « Non, c'est pas vrai ! Non c'est pas vrai ! », eh ben le médecin nous a bien expliqué que si, elle, elle ne le disait pas... c'était perdu quoi. À surveiller... Par contre on a toujours un œil et le problème c'est que comme on l'a signalé et que le médecin est intervenu, c'est un risque aussi qu'elle se braque et qu'elle ne parle plus, qu'elle ne nous fasse plus confiance, donc ça aussi c'est assez délicat. Mais globalement elle parle facilement, elle avait des affinités avec certaines personnes puisqu'on avait des tournées fixes donc des gens qu'elle connaît mieux que d'autres, maintenant on tourne toutes mais avant ce n'était pas comme ça... donc cette dame parle facilement. Mais jusqu'à présent il n'y a plus eu de soucis, mais c'est vrai que là on avait eu un problème, on avait eu un problème.

INT : Donc vous vous en référez au médecin traitant.

AS1 : Voilà.

INT : Est-ce que ça vous arrive de faire un signalement juridique ?

AS1 : Juridique... pff... Je ne saurais pas vous dire. Franchement, je me demande si c'est pas le Conseil Général.

INT : Et donc vous en référez à votre hiérarchie ?

AS1 : Voilà, à la hiérarchie supérieure.

INT : Et pour vous, quelle est cette hiérarchie ?

AS1 : Pour moi c'est ma responsable, Madame X, qui est notre infirmière cadre, coordinatrice, qui appelle le médecin traitant, de famille, parce que dans notre dossier... on a un dossier avec tous les renseignements du patient etc, donc forcément on a le numéro du médecin traitant. Et donc là elle avait discuté avec le médecin... Là je vous dis Madame X mais à l'époque ce n'était pas elle. On a une nouvelle responsable depuis bientôt un an, c'était une autre responsable qui était là avant. Mais là demain s'il devait arriver un événement indésirable comme celui-ci, on en réfère à notre infirmière coordinatrice qui se charge ensuite de transmettre au médecin traitant et ensuite à l'organisme qu'il faut, en fait.

INT : Et est-ce que vous-même en tant qu'aide-soignante vous intervenez dans ces situations ?

AS1 : Eh bien nous c'est assez délicat, parce que comme nous on intervient et qu'on est là pour les soins d'hygiène et de confort et que malgré tout on ne peut pas braquer la personne ou lui dire... Moi

je sais que cette dame c'est particulier parce que c'est quelqu'un qui va protéger ses enfants, donc moi j'avais peur... C'était moi qui étais là donc c'est moi qui ai fait le signalement. Quand elle m'en a parlé, je lui ai déjà dans un premier temps demandé s'il ne lui avait pas fait mal autre part, il s'était quand même couché à côté d'elle. Elle m'a dit que non. Je lui ai dit : « Vous êtes sûr hein ? Moi, il faut me le dire, ça restera entre nous ». On essaie de créer un climat de confiance, même si je ne pouvais pas lui dire : « Vous pouvez me le dire hein, je vais aller le dire à ma supérieure ». Non, je ne pouvais pas me permettre de lui dire ça parce que, là, je savais qu'elle allait se braquer, et que si je lui disais que ça allait rester entre nous, quelque part c'était lui mentir mais quelque part c'était pour son bien, c'était pour que je puisse ensuite faire un signalement et savoir vraiment ce qu'il s'était passé et pour pas non plus que je dise n'importe quoi. Donc, là, elle m'a certifié qu'il ne s'était rien passé de « sexuel », entre guillemets, parce que moi c'était ce que je voulais savoir, parce que lui quand il est ivre il est violent. Parce que moi je le vois des fois dans la rue... Là, ça fait un moment que non, mais à l'époque je le voyais et c'était pas triste. Pour moi, c'était l'essentiel qu'il n'y ait pas eu d'attouchement et qu'il n'y ait pas eu d'acte sexuel. Elle m'a certifié que non, mais elle avait les traces de doigts au bras donc ça ne mentait pas, c'était sûr. Elle m'a dit : « Non, il m'a juste attrapé le bras parce que je ne voulais pas l'écouter, il m'a serré fort », et je lui ai dit : « Et qu'est-ce que vous avez fait ? », et là elle m'a dit qu'elle était descendue et qu'elle avait réveillé son deuxième fils et qu'elle s'était séquestrée dans la pièce principale, et lui était parti se coucher. Mais elle s'est quand même ouverte de part mes questions, sans la braquer, surtout sans la braquer, sans lui dire : « Mais vous ne vous rendez pas compte ! »... Ne pas non plus créer un climat de peur... Surtout le climat de confiance, je pense que c'est essentiel, qu'elle puisse se confier et que nous on puisse agir après, derrière. Et d'ailleurs, cette dame, elle ne nous en a jamais tenu rigueur, et d'ailleurs aujourd'hui elle nous parle encore, donc elle nous confie quand même certaines choses. C'est vraiment un cas particulier cette famille, mais voilà... Lui a quand même été recadré par le médecin traitant même s'il n'y a pas eu de suite, et il n'y a plus jamais eu... il n'y a plus jamais eu de traces et il n'y a plus jamais rien eu parce qu'elle l'aurait dit cette dame, c'est quelqu'un qui parle, qui a vraiment besoin de parler et qui a toute sa tête en plus.

INT : D'accord. Est-ce que vous connaissez d'autres structures, organismes ou numéros à appeler pour signaler ce genre de choses, autres que votre hiérarchie directe ?

AS1 : Euh... Franchement non, je ne vais pas vous dire oui... Je sais que si demain ça venait et que je n'avais pas de responsable et que je devais me gérer toute seule... Bon maintenant on a internet donc les numéros c'est facile, mais sincèrement, nous, on ne dépasse pas nos compétences, on reste bien à notre place d'aide-soignante à domicile. Donc, nous, le protocole c'est : on en réfère tout de suite... Par contre on ne laisse pas traîner, si ça se passe à 9 h 00 et que c'est vraiment critique, je n'attends pas 11 h 00 les transmissions pour en avvertir ma responsable. Je sors de chez la patiente, parce que je ne parle pas au domicile, nous avons des portables de fonction, on appelle, on signale, et elle arrive en urgence. Il y a en deux, Madame X qui est coordinatrice et Monsieur Y qui est infirmier, donc si ce n'est pas l'un c'est l'autre. Et dans le cas où je n'ai vraiment aucun responsable, j'appellerais le médecin traitant, ça c'est sûr. Parce que souvent on les connaît les médecins traitants des patients, c'est souvent les mêmes comme on tourne sur des secteurs, donc comme on connaît les médecins traitants...

INT : Vous pensez que le médecin traitant est plus à même de gérer ces situations ?

AS1 : Je pense qu'il a plus de facilité dans le sens où il connaît très bien la personne parce que généralement leur médecin de famille ils les ont depuis 30-40 ans, donc c'est quelqu'un qui connaît très bien le contexte familial et qui connaît très bien la personne, peut-être même mieux que nous. Et puis il faut dire ce qu'il est, notamment une personne âgée qui ne va pas bien et qui a pas mal de problèmes de santé, elle considère le médecin comme un dieu, entre guillemets, « on a confiance », leur médecin c'est leur médecin. Moi j'ai des patientes, quand c'est le jour du médecin elles se pomponnent, et vous ne me direz pas le contraire, souvent c'est vrai (rires), et donc elles ont plus de facilité, c'est leur médecin traitant depuis des années, ils n'ont pas vraiment de honte, ils parlent... voilà, je pense que le médecin traitant peut agir plus efficacement et donc moi c'est ce que je ferais, j'avertirais tout de suite... Après si c'est vraiment le contexte catastrophique et que je ne peux pas la laisser toute seule, je serais même capable d'appeler les pompiers. Je veux dire que je ne la laisserais pas en danger, ça c'est sûr et certain, sinon ce ne serait pas non plus faire mon boulot correctement. Mais après, encore une fois, je reste bien à ma place d'aide-soignante. Encore une fois, quand il s'est passé ça, ses deux fils étaient là, dont notamment la personne qui avait fait les choses et je voyais bien qu'il n'était pas à l'aise donc j'ai senti tout de suite qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, et

d'ailleurs il est resté près de la salle de bain dans sa chambre, porte bien ouverte pour bien entendre que sa maman ne disait rien, ça c'est assez particulier. Après on ne peut pas non plus mettre notre vie en péril (rires), je tiens quand même à ma vie hein.

INT : Dans l'entourage d'une personne âgée à domicile, qui est le plus susceptible d'être maltraitant selon vous ?

AS1 : Oh les enfants (exclamation) ! Les enfants... euh... ou en premier lieu je dirais, s'il y a, le mari, les enfants et parfois le voisinage aussi. Je ne pense pas vraiment que ce soit le personnel soignant, que ce soit nous ou les auxiliaires de vie ou quoi que ce soit.

INT : Est-ce que vous avez déjà pensé qu'un de vos comportements avait pu être maltraitant ?

AS1 : Bah oui, je ne vais pas vous dire non. En dix ans j'ai travaillé dans pas mal d'endroits, j'ai fait beaucoup de domicile, mais j'ai fait aussi beaucoup de structures, et j'ai fait également l'école d'infirmière pendant 3 ans donc j'ai fait énormément de stages en milieu hospitalier donc oui j'ai déjà été maltraitante, pas en acte ça c'est sûr, mais dans la confrontation ou dans la négociation où je dois dire : « Non ! » (Tape du poing sur la table), « Je ne partirai pas d'ici, vous ne voulez pas, mais moi je le ferai ». Pour moi c'est quand même une forme de maltraitance il ne faut pas se voiler la face parce que pour être bien-traitant il aurait peut-être fallu que je dise : « Bien, vous ne voulez pas, c'est pas grave, vous êtes souillé je repasserai demain », mais ça ne serait pas faire mon boulot correctement et je ne me serais pas sentie bien. Donc là, oui, je suis maltraitante quelque part...

INT : Donc vous avez une expérience institutionnelle...

AS1 : Tout à fait !

INT : Pensez-vous que la problématique de la maltraitance est différente en institution ou au domicile ?

AS1 : Bien euh... Si je compare avec le milieu hospitalier, ou quand on est en hospitalisation, souvent on n'y est pas définitivement, donc quand on y est pour une opération c'est l'affaire de quelques semaines maximum sauf pour les pathologies « longue durée » comme le cancer où on y est plusieurs mois, mais je veux dire, au domicile on connaît vraiment bien les personnes, on soigne des personnes... moi ça fait 9 ans que j'ai certains patients, donc pour détecter la maltraitance ça sera plus facile à domicile qu'en milieu hospitalier, je compare les deux hein. Parce que les maisons de retraite, j'ai fait pas mal de structures de maisons de retraite, je relie un petit peu au domicile parce que ce sont des gens qui sont là définitivement aussi, mais bon elles sont sous institution donc là c'est plus difficile d'être maltraitant... Je vous parle de la famille et pas des soignants. Mais oui, je pense que ça serait plus difficile de déceler une personne maltraitée en milieu hospitalier, notamment si elle ne parle pas, si elle ne se confie pas. Vous voyez que nous on est là tout le temps, tous les jours, ils nous connaissent très bien, ils nous tutoient, donc là ils vont facilement parler, alors qu'en milieu hospitalier je ne suis pas sûre. Après s'il y a des coups, forcément...

INT : Comment repérer cette maltraitance à domicile ?

AS1 : Eh bien déjà physiquement, avec les traces déjà... Par les dires des patients parce qu'il y a des patients qui parlent très facilement donc ils ne vont pas hésiter à nous le dire. Ils ne vont pas forcément dire de nom, ils ne vont pas forcément dire qui, ni quel organisme ou quel membre de leur famille, mais ils vont facilement en parler. Après aussi dans le comportement, si la personne est vraiment renfermée ou qu'elle ne parle pas... ou parfois même juste on a un geste, parce que moi ça se voit je suis quelqu'un de très speed, vous le verrez quand vous réécoutez votre enregistrement, vous allez devoir mettre un décodeur (rires)... Je suis quelqu'un de rapide, organisée, et parfois juste un geste qui est un petit peu plus vif qu'un autre, elle va peut-être avoir un petit geste de recul ou un petit sursaut... Après ce n'est pas forcément de la maltraitance, ou quelqu'un qui est maltraité, mais de fil en aiguille on peut peut-être déceler. Mais souvent dans mon service, avec les patients que j'ai, je pense qu'ils en parleraient, je pense qu'ils finiraient par en parler, on n'aurait pas à gratter ou à chercher plus que ça.

INT : Et comment prévenir cette maltraitance selon vous ?

AS1 : Ah ! Ça c'est difficile, parce que je pense que chacun est responsable... La personne qui maltraite... déjà on ne va pas forcément savoir qui c'est ni comment elle le maltraite, parce que je

vous dis il y a plusieurs formes de maltraitance. Après c'est difficile, parce qu'on intervient en moyenne qu'une demi-heure à trois quarts d'heure chez le patient, donc... Moi souvent je dis quand on me dit : « Je me suis disputé avec mon fils ou ma fille, c'est parti loin... », souvent grâce à Dieu on n'a pas vraiment beaucoup de cas de maltraitance, je leur dis : « Vous savez ce que vous êtes, ce que vous valez, vous avez vos opinions, vos idées, ne vous disputez pas avec vos enfants pour rien, laissez dire, cautionnez, même si lui il est content, et vous ça vous évite une histoire ». J'essaie plus ou moins de... Et le fait de les écouter aussi, peut-être que quelque part ils se sentent mieux et ce qu'ils avaient dit à leurs enfants s'ils n'ont vu personne dans la journée, ils nous le disent à nous et après c'est passé, ils sont soulagés .

INT : Quel est le rôle du soignant face à cela ?

AS1 : Déjà je pense qu'en premier lieu c'est de signaler et de mettre en sécurité la personne. Après la maltraitance verbale, bon voilà... Mais pour moi, dans un premier temps, c'est de signaler, pour que vraiment ce soit détecté en fait et que ça ne passe pas inaperçu et que la personne souffre en fait parce que la maltraitance déjà à court terme, mais au long terme c'est... Je veux dire, il y a des personnes âgées qui peuvent très bien en arriver au suicide, ou à un état dépressif, une altération de l'état général, et voilà. Donc je pense que dans un premier temps il faut écouter la personne âgée, c'est important, et signaler au moindre doute. Il vaut mieux avoir un doute pour rien que de dire : « Bah non, ça ne peut pas être ça », et que quelques mois après il arrive la catastrophe. Donc je pense que dans un premier temps c'est important d'en parler en équipe pour avoir plusieurs avis, puisqu'on est une équipe de douze et que chacun tourne, donc des fois le fait d'en parler, un autre peut dire : « Ah oui, c'est vrai que moi il y a quelque temps il y a eu ça, il y a eu ça... », et puis de fil en aiguille avoir quelque chose de concret et pouvoir agir concrètement, sans avoir de fausses idées ou d'*a priori*, que ça soit fondé surtout. Parce qu'il faut faire attention aussi que quand on entame des choses, il faut que ce soit fondé parce qu'à ce moment-là ça peut se retourner contre nous. Mais bon après, le domicile c'est délicat, si on nous en parle c'est facile et si on nous en parle pas c'est plus difficile.

INT : Je rebondis sur ce que vous venez de dire : si vous avez des doutes vous...

AS1 : On signale ! (interruption de la question)

INT : ...vous cherchez à confirmer avant de signaler ?

AS1 : À confirmer avant de signaler tout à fait. Parce qu'on a des patients, c'est des petits coquins, des petites coquines, ils peuvent très bien dire, et au final ce n'est pas vrai, on a de tout. Il faut faire attention aussi à ne pas accuser à tort et à travers, c'est quand même une tâche noire et ça peut rester à vie, même sur son moral à lui. Ça peut être quelqu'un qui est très faible et qui ne supporte pas, si on se trompe après c'est la galère, c'est même impardonnable d'accuser quelqu'un à tort de ça. Donc c'est comme nous, si on nous accusait de maltraitance et que ce n'est pas fondé on peut perdre notre travail et être rayé du corps médical et on fait quoi après ? C'est important de se mettre à la place de l'autre et vraiment avoir des preuves, que ça soit confirmé et prouvé. Et c'est pour ça aussi qu'on fait appel au médecin traitant.

INT : En fonction de la personne maltraitante, s'il s'agit d'un intervenant extérieur, un professionnel, la famille, vous réagissez de façon différente ?

AS1 : Non, en ce qui me concerne non. Pour moi un maltraitant, qu'il soit médecin ou qu'il soit éboueur c'est la même chose. Donc la famille pour moi c'est pareil aussi, je les mets au même titre qu'un médecin et qu'un aide-soignant... Après, quand c'est familial, il y a l'affect qui est mis en jeu, c'est peut-être ce qui fait la différence, parce qu'on n'aime pas son médecin comme on aime son enfant, c'est juste ça qui différencie, c'est l'affect par rapport à la personne, les sentiments et l'amour qui est entre eux. Après pour moi c'est la même chose, quelqu'un qui est maltraitant, qu'il soit médecin ou n'importe quoi c'est la même chose, pour moi il n'y a pas de différence.

INT : Est-ce que vous avez bénéficié de formations ou vous avez été sensibilisée à cette problématique.

AS1 : Oui tout à fait, c'est ce que je vous disais, il y a de ça deux ans on a fait une formation, qui d'ailleurs était très bien, c'était vraiment une bonne formation, sur *** là où se font toutes les formations, enfin bref... Le titre de cette formation c'était « De la bientraitance à la maltraitance ».

INT : Qu'est-ce que vous en avez pensé ?

AS1 : Ben sur le coup nous on pense qu'on fait toujours très bien notre boulot et qu'on essaie d'être... Qu'on soit fatigué, pas fatigué, malade ou pas malade, de bonne humeur ou de mauvaise humeur, moi je pense qu'une fois qu'on prend notre blouse, tout ce qui est difficultés familiales, à l'extérieur, on les laisse chez nous et on doit toujours être au mieux... après on est humain... Mais c'est vrai que quand je suis sortie de cette formation je me suis dit : « Mais en fait je suis maltraitante ! », juste par le fait de dire : « On me dit non et moi je dis oui, pour le bien être de la personne je l'entends bien mais quelque part c'est une forme de maltraitance », et en fait on était toutes pareilles, toutes nos collègues on se regardait et on se disait : « Bah alors on est toutes maltraitantes quelque part ». Et quelque part oui c'est de la maltraitance, je le dis, parce qu'on offense un peu le patient et on le force, c'est surtout ça en fait, on le force... mais bon, après, bien souvent je vous rassure, on pense être maltraitant mais à la fin ils sont quand même contents et on a jamais de retour : « Oui, j'ai dit non, mais on m'a forcé ! ». À la fin, on a quand même notre petit « merci et je suis désolé, merci et je suis désolé » (rires), souvent, ça, ça arrive et après on est content, mais c'est vrai que c'est quand même une forme... Il faut bien l'admettre, pour la loi c'est une forme de maltraitance quand même, même si elle n'est pas physique.

INT : Bon... Je pense qu'on arrive au bout de ce que je voulais vous demander. Vous souhaitez exprimer des remarques ou vous avez des choses à ajouter ?

AS1 : Non, sauf si vous avez d'autres questions, mais je pense avoir été assez complète hein !

INT : Très bien, je vous remercie.

Entretien 3

INT : Nous allons parler de la maltraitance à domicile. Nous allons commencer par quelques questions générales : quelle est votre profession ?

INF2 : Infirmière à domicile. J'interviens chez beaucoup de personnes âgées à domicile.

INT : D'accord. Que faites-vous chez ces personnes âgées ?

INF2 : J'interviens par rapport au traitement, donc des pansements d'ulcères, des gens qui sont seuls chez eux, soit entourés de leur famille soit seuls-seuls, des administrations de médicaments aussi, chez des personnes Alzheimer chez qui... On a pas mal de patients chez qui on passe trois fois par jour juste pour leur donner leurs traitements. Après il peut y avoir des diabétiques mais c'est essentiellement des distributions de traitements et des pansements d'ulcère.

INT : Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

INF2 : Euh... C'est une personne qui ne bouge plus, qui reste chez lui... enfin plus un problème de mobilité, qui est un peu... pas dé-sociabilisé mais un peu, qui a moins de contact avec l'extérieur. Et puis, après, il y a l'âge qui fait qu'ils bougent moins, qu'ils sont un peu plus seuls.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confrontée à une situation de maltraitance d'une personne âgée ?

INF2 : Directement ? Visuellement ? ou...

INT : Une situation que vous avez vécue et dont vous pourriez me parler.

INF2 : Récemment on a eu une patiente, une dame qui avait la maladie d'Alzheimer et une maladie de Parkinson, qui vit seule chez elle, qui est entourée essentiellement de son fils qui ne vit pas très loin et qui passe tous les jours, trois fois voire plus par jour parce qu'il sort son chien. Et elle nous a dit que son fils l'avait frappée, après on a rien vu de spécial, on ne sait pas... Est-ce que... En effet souvent elle fait... pas des petits délires mais... Est-ce qu'elle l'a inventé ? Est-ce que c'est vrai ? Ce n'est arrivé qu'une fois, donc on s'est posé la question : « Que faire ? ». On a dit : « On attend, on surveille », on l'a noté quand même dans un dossier de soin, quelque part. Mais c'est un cas de

conscience parce que... Est-ce vrai ? N'est-ce pas vrai ? En parler au fils ? Ne pas en parler ?... C'est pas évident.

INT : Vous en avez parlé à quelqu'un ?

INF2 : On en a parlé entre nous, avec ma collègue et notre remplaçant. On s'est dit « Qu'est-ce qu'on fait ? », on n'en a pas parlé au médecin traitant. Je pense que si ça se reproduisait, là on ferait plus... parce que là on n'est même pas sûr que ce soit vraiment avéré... c'est difficile.

INT : Qu'est-ce que vous feriez si ça se reproduisait ?

INF2 : Je pense qu'au départ on s'en référerait au médecin traitant. (Long silence de réflexion) Après il y en a qui vont agir et il y en a qui ne vont rien faire, en l'occurrence je ne sais pas trop quelle serait sa réaction. Et peut-être en parler au fils de façon... en prenant des pincettes parce que c'est quelqu'un qu'on voit régulièrement et avec lequel on peut partager plein de choses par rapport à l'état de sa maman, par rapport à sa vie à lui. Je pense qu'on pourrait lui en toucher deux mots en prenant des gants, en faisant attention parce qu'il ne faut pas non plus que cette personne se sente agressée... Pas évident... Non c'est pas évident, c'est pas facile.

INT : Qu'est-ce que vous attendez du médecin traitant dans ce contexte ?

INF2 : Hé hé (rires). Qu'il contacte le fils... à notre place. Je ne sais pas... une aide, je pense, une aide... pas une aide psychologique mais un peu pour nous aider, nous reconforter... en nous disant « On mobilise les choses et on regarde vraiment ce qu'il se passe » ou alors... une aide, un conseil, un échange sur « que faire ». Ne pas être seul à prendre la décision, à être plusieurs à... Surtout que là, la personne dont je parle... Est-ce vrai ? N'est-ce pas vrai ? On ne peut pas mettre sa parole en doute parce que si c'est vrai... tout geste... Ce n'était pas un gros geste, enfin voilà, mais ça commence comme ça et après on ne sait pas. Je pense à une aide et des conseils.

INT : Et comment vous pensez que les choses vont se dérouler si ça se reproduit et que vous en parlez au médecin traitant ?

INF2 : Je ne sais pas, en l'occurrence pour cette personne... Il y a des médecins traitants dont on sait plus ou moins comment ils réagiraient ; là je ne sais pas. Je pense qu'elle en parlerait au fils... Je pense, parce que le fils a des contacts réguliers avec le médecin traitant. Je pense que ça serait une bonne solution. S'il s'avérait que ce geste était vrai, ça pourrait peut-être stopper l'engrenage.

INT : Vous avez déjà été confrontée à d'autres situations ?

INF2 : Après, où se situe la maltraitance ? Est-ce que c'est physique ou est-ce que c'est moral ? Enfin psychologique... Je n'ai pas d'exemple type en tête, mais je sais que psychologiquement c'est difficile pour une personne âgée.

INT : Justement, qu'est-ce que la maltraitance selon vous ?

INF2 : C'est vaste. La première, celle qui vient tout de suite à l'esprit, c'est la maltraitance physique. En l'occurrence celle dont je parlais c'était de la maltraitance physique. Donc il peut y avoir du visuel, du... mais après la plus insidieuse c'est la maltraitance psychologique. Mais ça peut être plein de choses, ça peut être le fait de ne pas s'occuper de quelqu'un, le fait de ne pas l'écouter, plein de choses...

INT : Qu'est-ce que vous entendez par maltraitance psychologique ?

INF2 : Ça peut être des insultes mais ça peut être aussi... l'ignorance. Voilà, je pense que d'ignorer quelqu'un qui est seul, et d'ignorer ce qu'il peut nous dire c'est dur. On a une autre dame qui vit seule, elle a 95 ans je pense, elle est à domicile seule, elle a un fils qui vit en Bretagne et comme passage... Si, elle a une sœur qui est un petit peu plus âgée qu'elle et qui ne vit pas très loin, elle l'a par téléphone deux fois par jour ; et comme passage je pense qu'elle n'a que nous tous les jours pour des pansements d'ulcères, le médecin une fois par semaine, elle ne veut pas d'aide au niveau du ménage, elle ne veut pas d'aide au niveau des courses, c'est son voisin qui gère ses courses. Et là je me dis que si, même nous, il y a des jours où on n'est pas à l'écoute ou si, prise dans la tournée on peut aller vite et on ne répond pas à une de ses questions ou on répond mal à une de ses questions... ça peut commencer là la maltraitance. Je pense que oui, ça peut être un peu à tout niveau.

INT : Il y a d'autres situations ou facteurs qui favoriseraient l'émergence de comportements maltraitants selon vous ?

INF2 : D'autres facteurs ?... Le milieu social, je pense que ça joue aussi. Je pense que les gens... pff... et encore... Je suis en train de me remémorer tous mes patients... Peut-être pas...

INT : Vous pensez que le milieu social peut avoir un impact sur le fait d'être maltraité ?

INF2 : Non, en fait je pense que ça peut toucher tous les milieux, en l'occurrence la petite mamie qui a 95 ans ce n'est pas un milieu social défavorisé. Après c'est son choix de rester seule, et de ne pas vouloir d'aide... Non, non, je pense que ça peut toucher tout le monde. Il y a plus d'aide chez les gens aisés, il y a peut-être moins ce problème d'isolement parce qu'ils ont plus les moyens de se payer une aide de vie ou quelqu'un pour les aider.

INT : Selon vous, est-ce qu'il y a des personnes âgées plus à risque d'être maltraitées que d'autres ?

INF2 : Oui, des personnes avec des troubles cognitifs je pense, type maladie d'Alzheimer ou des troubles de ce niveau-là. Je pense que ça ne doit pas être évident. Au quotidien c'est plus difficile, déjà eux peuvent être dans l'agressivité envers la famille, donc la réponse... Ça va vite, l'agressivité entraîne l'agressivité. Eux et les gens alités, les gens alités qui dépendent vraiment de quelqu'un. C'est les deux choses... les personnes les plus à risque.

INT : Qui est le plus susceptible d'être maltraitant dans l'entourage ?

INF2 : Pff... La famille, sans le vouloir, pas méchamment je pense, pour certains, mais la famille parce que c'est lourd. Un conjoint avec une personne... On a eu l'exemple : il n'y avait pas forcément de maltraitance mais une dame Alzheimer avec son mari qui est là au quotidien, le jour, la nuit, il arrive un moment où ça devient difficile, c'est difficile. Une personne qui va à la selle continuellement sans vouloir mettre de couches, je pense qu'il arrive un moment un geste arrive vite et puis... C'est même pas... Enfin c'est de la violence mais d'un autre côté c'est dans le quotidien et ça va super vite. Après je pense que nous en tant que soignant il faut qu'on soit sur nos gardes aussi, qu'on fasse attention parce que... Pas forcément la violence physique parce que je ne pense pas mais tout ce qui est moral ou... Il faut faire attention dans nos mots, dans nos réponses aux questions, être présent, il faut. C'est pas toujours évident au quotidien, mais il faut. Je pense que le fait de ne pas répondre, d'être inattentif à certaines choses, ça fait partie d'une certaine forme de maltraitance.

INT : Est-ce que vous avez d'autres interlocuteurs que le médecin traitant dans ces situations ?

INF2 : Non. Enfin, après je pense qu'on peut appeler les services sociaux. On n'a jamais été confrontés vraiment au problème, mais je suppose qu'il y a des services sociaux et tout ça, mais ça fait toujours un peu peur de partir... Déjà le faire sans avertir les gens c'est difficile parce que, quand on est sûr d'une situation je pense qu'on le ferait mais tant qu'on n'est pas sûr de la maltraitance, on s'appuie sur le médecin traitant. Nous en tant qu'infirmière ou infirmier, je pense qu'on se réfère au médecin traitant, et après à la rigueur prendre une décision ensemble. On n'a jamais été jusqu'aux services sociaux. Maintenant, s'il y a une assistante sociale qui intervient... Ça a pu se passer, pas pour des soucis de maltraitance mais pour d'autres problèmes... S'il y a une assistante sociale qui intervient en ce qui concerne la maison, ça nous est déjà arrivé de l'appeler, mais pas pour un problème de maltraitance.

INT : Pour vous, quel est votre rôle en tant que soignant dans ces situations ?

INF2 : D'avertir... Enfin du soignant... À mon niveau je pense que c'est de surveiller déjà, être attentif parce que ça peut arriver très vite et d'avertir après. Mais c'est toujours le même problème : avertir qui ? On a tendance à se tourner vers le médecin traitant... ou la famille ! Tout dépend des relations qu'on a. Après, du domicile c'est du domicile tout dépend de la relation qu'on a avec la famille, il y en a chez qui on connaît très bien les enfants ou les petits-enfants et donc c'est beaucoup plus facile à gérer dans ces cas-là.

INT : Comment mieux repérer la maltraitance ? Comment mieux la dépister ?

INF2 : Par la parole du patient déjà... Et après, peut-être dans tout ce qui est non-dit, l'attitude du patient. Quelqu'un qui ne va plus parler ou qui va se renfermer on essaiera de savoir pourquoi.

INT : Ça vous arrive de poser ces questions-là à un patient ?

INF2 : Oui ça peut arriver. Ça peut arriver. La semaine dernière... Je ne pense pas que ce soit... enfin je ne sais pas... On a une famille où il y a la mère, la grand-mère et la petite-fille qui vivent sous le même toit. On connaît très bien tout le monde, on y va trois fois par jour. La petite-fille a 20 ans donc... 20, 50 et 75 ans. La semaine dernière, la grand-mère avec qui on a l'habitude d'échanger, de rigoler, elle était super renfermée, donc j'ai essayé de savoir... Après ce n'est pas forcément des problèmes de maltraitance, elle peut être inquiète pour sa petite-fille, par rapport à ses études, par rapport à ceci... J'ai essayé de savoir, par des mots, par des regards, il y a toujours eu quelqu'un donc je n'ai pas pu lui poser directement la question mais voilà, un clin d'œil, il n'y a pas forcément que la parole. Là ça va mieux, mais c'était arrivé au mois d'août chez cette même dame et je me suis retrouvé toute seule à midi avec elle et là on a bien pu discuter. Et pareil, après on connaît les gens à force... et hop elle se referme, elle ne sourit pas, elle ne parle pas, ça ne dure pas forcément longtemps, mais je sais que c'est parce qu'il y a un souci. Ça peut être un souci comme dans toutes les familles, c'est pas forcément de la maltraitance. Et puis en l'occurrence cette dame a du psoriasis, donc dès que ça ne va pas, son psoriasis... (rires) C'est du non verbal, c'est visuel.

INT : Comment mieux prévenir la maltraitance des personnes âgées ?

INF2 : Euh... Déjà entourer les familles. Enfin, je parle surtout pour les personnes Alzheimer je pense qu'il faut vraiment de l'aide, au niveau des aidants, pour ne pas justement que ça dérape. C'est lourd pour l'aidant, il faut vraiment un soutien. Je pense que pour ces personnes-là avec des troubles cognitifs, si vraiment il y avait de l'aide et du soutien, ça serait plus facile à vivre. Et après pour nous en tant que soignant, il faut prendre du recul et puis ne pas être débordé, débordé de boulot, parce que si on a trop de boulot on va trop vite, et si on va trop vite on passe à côté de certaines choses. Mais il faut prendre du recul pour ça et c'est pas toujours évident quand on a la tête dans notre tournée de prendre du recul (rires). Il y a des fois où on peut être limite, si... enfin pff... dans certains soins ou on va bouger trop vite une personne ou... C'est de la maltraitance pure, mais des fois on est pris dans le feu de l'action et puis voilà. En prenant du recul je pense qu'il faut qu'on soit attentif à tous nos gestes, et ce n'est pas toujours évident. Il faut laisser de côté nos soucis. Si par exemple ce jour-là on a des problèmes personnels, il faut les laisser de côté et se consacrer vraiment au patient et c'est des fois pas évident. Mais je pense que l'important c'est d'être à plusieurs dans une équipe en fait. Moi, je m'entends super bien avec ma collègue et on peut échanger par rapport à ça, et c'est énorme. Je pense que c'est comme à l'hôpital, le principal c'est d'échanger. D'être seul dans son coin ça peut facilement être plus compliqué à gérer.

INT : Si je vous parle de bientraitance, qu'est-ce que ça vous évoque ?

INF2 : Bientraitance, c'est quelqu'un qui est bien traité (rires). Ça veut dire qui est bien entouré, qui est bien soigné, qui est dans un environnement idéal, que ce soit le logement, l'entourage, les soignants, ça serait l'idéal.

INT : Est-ce que vous avez déjà été sensibilisé à cette problématique à travers des formations ?

INF2 : Non.

INT : Que pensez-vous de formations sur ce sujet ?

INF2 : Je pense que ça pourrait être pas mal. D'une part pour libérer la parole des soignants aussi. Je pense que c'est bien. Parce qu'on peut vite aussi arriver à une maltraitance, quelqu'un qu'on doit piquer, qu'on n'arrive pas à piquer... par principe je pique trois fois, si je n'y arrive pas, c'est tout je passe le relais, mais ce n'est pas comme à l'hôpital, je ne peux pas passer le relais à ma collègue dans l'immédiat. Le relais ça sera le lendemain. Donc ce n'est pas évident, mais je sais qu'il y en a qui vont s'acharner. Je pense que parler, avoir des formations, c'est surtout un moyen de s'exprimer et d'échanger entre soignants, ça peut être intéressant. Et pour l'entourage des gens malades, des gens avec des problèmes... psy ou... je pense que c'est important.

INT : Je pense qu'on arrive à la fin de l'entretien, est-ce que vous souhaitez exprimer des remarques ou ajouter des choses sur le sujet.

INF2 : Rien de spécial mais à part le fait que : « Où commence la maltraitance ? » ; c'est une question sur laquelle je vais me pencher (rires), il faut vraiment se méfier on peut vite basculer.

INT : Je vous remercie.

Entretien 4

INT : Nous allons parler de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Je vais commencer par vous poser des questions générales. Quelle est votre profession ?

AUX1 : Auxiliaire de vie.

INT : Et vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à domicile ?

AUX1 : Oui, je l'ai fait à domicile, mais je l'ai surtout fait en structure.

INT : D'accord. Que faites-vous à domicile auprès de ces personnes âgées ?

AUX1 : Euh... Là je n'ai plus beaucoup de personnes âgées parce que le monsieur dont je m'occupe a 58 ans donc on ne peut pas dire qu'il soit âgé, mais oui dans le cadre de mon travail bien sûr.

INT : Quels soins prodiguez-vous ?

AUX1 : Alors, les toilettes surtout, aide aux repas, préparation des repas, le régime alimentaire, les papiers : très peu parce que ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse, c'est plus vraiment m'occuper de la personne, faire des soins de confort, des soins de nursing, voilà. C'est plus le bien être de la personne, c'est ce qui m'importe.

INT : Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

AUX1 : Une personne âgée c'est une personne qui a à peu près pour moi... plus de 75 ans.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confrontée à des situations de maltraitance de personnes âgées à domicile ?

AUX1 : Non, jamais à domicile. Je n'ai jamais eu de problème de maltraitance à domicile. Je connais quelqu'un qui actuellement a un problème mais ça ne vient pas de la personne, ça vient plutôt de l'entourage de la personne. Elle a ce problème parce qu'elle intervient chez une personne et le fils de la personne qui est tuteur, devant une de mes collègues, met vraiment la dame mal à l'aise : « T'es une bonne à rien ! », tout ça...

INT : Donc vous vous n'avez jamais été confrontée à des situations de ce type ?

AUX1 : Jamais. Et pourtant ça fait plus de 30 ans que je fais ce métier-là.

INT : D'accord. Qu'est-ce que la maltraitance selon vous ?

AUX1 : Alors la maltraitance c'est empêcher par exemple... Il y a plusieurs formes de maltraitance, il n'y a pas que la maltraitance physique, il y a la maltraitance verbale, la maltraitance morale, la maltraitance médicamenteuse, il y a toutes ces maltraitements-là. Priver quelqu'un de médicaments c'est une maltraitance ; lui en donner trop c'est une maltraitance ; ne pas lui donner à manger c'est une maltraitance ; vouloir l'obliger à manger c'est une maltraitance ; enlever... bon c'est plus les familles parce que nous on n'enlève pas les papiers de la personne âgée, elle a le droit d'avoir ses papiers, elle a le droit d'avoir sa carte bancaire, sa carte d'identité et sa carte d'électeur... si vous enlevez ça c'est de la maltraitance. L'acharnement thérapeutique, pour moi, c'est une grosse maltraitance. Ne pas respecter une personne c'est la maltraiter, de mon point de vue. Après je n'ai pas été confrontée à la maltraitance réellement. Mais en structure, si ! en structure, si. De la part de certaines stagiaires, si. Par exemple, rentrer dans une chambre et dire : « Oh ça pue ! », il n'y a rien de plus horrible.

INT : Estimez-vous que la problématique est différente à la maison et en institution ?

AUX1 : En institution c'est plus vicieux parce que vous êtes plusieurs. Moi qui ai travaillé en CANTOU, je le voyais bien, en CANTOU ils se disent : « Bon, c'est rien, elle a Alzheimer, elle entend rien, elle

comprend rien, bon... », on balance. Tandis qu'à domicile c'est pas pareil, il y a toujours quelqu'un qui peut rentrer et tout ça. Il y a ce problème aussi des caméras, mais ça c'est un autre problème.

INT : C'est-à-dire ?

AUX1 : Les familles mettent des caméras et ne le disent pas forcément à la personne, ou des écoutes. Mais ça c'est pas de la maltraitance, c'est pas de la maltraitance vis-à-vis de nous. Nous si on fait ce métier-là, on ne doit pas maltraiter la personne. Par exemple, ce midi je riais parce que je vais chez ce monsieur et je sais qu'il veut faire attention à sa ligne après les fêtes, et j'ai l'habitude de lui donner avec son premier café une petite douceur. Je le fais un peu exprès, je lui dis : « Je vous remets une petite douceur ! », et puis-je me suis dit : « Ça c'est de la maltraitance ! » (rires). Inciter les gens à faire ce que nous on a envie de faire, c'est une forme de maltraitance, dire : « Oh ben non, je ne ferais pas comme ça », ou alors imposer nos idées, ça aussi j'ai oublié, imposer nos idées. Par exemple, il dit ce qu'il veut manger ce soir, « Oh ben non, vous feriez mieux de manger autre chose ». Vous voyez ?

INT : Mmh.

AUX1 : On donne notre avis pour tout, ça aussi c'est une forme de maltraitance. Décider à la place de la personne c'est une maltraitance aussi, enfin pour moi.

INT : D'accord. Qu'est-ce qui peut favoriser un comportement maltraitant ?

AUX1 : À domicile ?

INT : Oui.

AUX1 : Justement l'état de la personne. Si la personne est Alzheimer, moi je prends beaucoup sur moi mais quelques fois quand j'étais en structure et quand j'ai fait au début du domicile, j'avais des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Soit vous poussez un cri intérieur, soit vous sortez cinq minutes, soit vous pensez à autre chose, parce que quand on s'occupe vraiment de personnes qui sont atteintes de cette maladie-là, il y a des moments, je peux le dire, on a envie de les claquer contre un mur. Cette maladie-là c'est une maladie horrible, et les personnes ne s'en rendent pas compte, et il y a des moments où on a beau être la meilleure des... Je ne juge personne, mais on a beau être la meilleure des auxiliaires de vie, la meilleure des soignantes, mais à un moment on en a... pff... (passe sa main par-dessus la tête) il faut arrêter, la soupape va péter, donc il faut trouver... je ne sais pas quoi... Parce que moi au début de mon travail ici, j'avais une personne qui était atteinte de la maladie d'Alzheimer mais vraiment à un gros stade, je disais pff (expiration), je sortais et puis voilà. Il y avait une personne qui avait la maladie des corps de Lewy, c'est la maladie d'Alzheimer avec des hallucinations, et il y avait des moments où je n'en pouvais plus quoi, je me disais qu'il fallait que je fasse quelque chose, donc je bougeais, j'allais dehors, je revenais, je prenais un grand bol de... Mais je n'ai jamais tapé cette personne, pas pour autant. Justement, il faut pouvoir faire quelque chose avant d'en arriver à cet extrême-là.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par là ?

AUX1 : Se dire : « Bon allez hop, je vais fumer, je prends un verre d'eau, je change, je bouge... ». Il y a des situations... La maladie d'Alzheimer... Vous parlerez avec des soignants qui vous diront la même chose, il y a des maladies où on en a vraiment... on supporte plus, on ne supporte plus la personne, et ça il n'y a pas que pour le soignant, il y a aussi pour la famille. Parce que quand vous voyez votre parent se dégrader... Tiens, je vais vous dire, j'ai eu un exemple personnel, c'est avec ma maman : ma maman était toujours pleine d'entrain et elle a eu un gros problème cardiaque et le matin où je l'ai emmenée à l'hôpital, le soir elle me faisait un arrêt cardiaque dans la nuit, je m'en suis encore voulu, ça fait 4 ans, mais je m'en veux encore, je l'ai... Elle me dit : « Je ne suis pas bien », elle n'arrivait pas à se lever, je l'ai prise comme ça (mime une préhension par les épaules), je l'ai levée, mais ça a été un réflexe, mais en fait ce réflexe-là je ne l'ai pas eu pour lui faire du mal mais pour lui dire : « Allez, vas-y Maman, remue-toi ! », et ça je m'en suis voulu, et ça j'en avais parlé au médecin, j'ai dit : « J'ai maltraité ma mère ». Il m'a dit : « Non, vous avez voulu la booster », mais en fait pour moi, je l'avais maltraitée, j'avais été désagréable avec elle alors qu'il n'y avait pas lieu, elle n'était pas bien, le cœur s'essouffait. Et depuis ce temps-là c'est vrai que je suis très attentive à ça.

INT : Vous pensez à d'autres facteurs ou situations à risque, à part la maladie d'Alzheimer ?

AUX1 : S'il y a un héritage, je crois que quand il y a de l'argent... Et puis quelques fois la famille peut s'énerver contre la personne quand eux ont décidé de la placer en structure et que la personne ne veut pas : « Je veux rester chez moi ! », là aussi ça peut créer des situations de conflits où il peut y avoir maltraitance.

INT : Et vous en tant que soignante, comment réagissez-vous en cas d'opposition de la personne âgée ou si elle refuse des soins ?

AUX1 : Alors moi j'ai une devise bien simple, si la personne âgée refuse des soins, elle a le droit de vouloir partir si c'est ce qu'elle veut. Ça c'est... De toute façon, lui donner des soins alors qu'elle n'en a pas envie c'est une maltraitance pour moi. Bon, faut savoir... S'il y a un traitement à suivre, là d'accord, mais si elle n'a pas envie de se laver et bien c'est tout, elle se lavera demain. Il n'y a pas à obliger une personne âgée... Nous on ne nous oblige pas à le faire, je ne vois pas pourquoi, eux, on les obligerait, il ne faut pas.

INT : À domicile, quelles sont les personnes les plus à risque d'être maltraitantes selon vous ?

AUX1 : L'entourage, la famille, les enfants. Les enfants, il faut savoir aussi qu'il y a des enfants qui ne supportent pas de voir leurs parents se dégrader, pour ça je n'approuve pas, mais quelque part il y a un moment où il y a un ras-le-bol. Dans ces maladies-là, je trouve que la famille, ou alors elle ne veut pas, mais elle n'est pas assez entourée. Il n'y a pas de formation pour ça en fait.

INT : Pour la famille ?

AUX1 : Pour la famille et pour nous, pour les aidants. Moi j'ai fait des formations à l'ARRFAP [Association Régionale Ressources Formation dans l'Aide aux Personnes], on en parle sans arrêt. La dernière que j'ai faite c'était à l'ARRFAP, on parle de la maltraitance, mais je trouve que dans des boîtes comme ici... aux *** (EHPAD) on avait une psychologue et ça s'était génial parce que quand ça n'allait pas, quand vraiment on sentait... on allait voir la psy, on discutait et puis « hop », on repartait et c'était tout. Mais dans les structures où on travaille à domicile, on ne va pas en parler à la famille, parce que la famille va nous dire : « Dehors ! », donc on n'a pas assez... On n'a pas de lieu de repère où vraiment discuter et faire des groupes de parole.

INT : Elles consistaient en quoi les formations que vous avez faites ?

AUX1 : À l'ARRFAP ?

INT : Oui.

AUX1 : Pour avoir mes diplômes. Auxiliaire en « géronto » et auxiliaire de vie.

INT : Et depuis vous n'avez plus fait de formation...

AUX1 : Non.

INT : ... ou été sensibilisée d'une manière ou d'une autre à cette problématique ?

AUX1 : Non, non, voilà. Et ça c'est une problématique la maltraitance.

INT : D'accord. Vous me parliez de groupe de parole...

AUX1 : Oui, qu'on puisse à tout moment avoir... être éclairé par un professionnel. Parce qu'on peut en parler ici, mais elles ne sont pas professionnelles, ce n'est pas leur métier. Donc vraiment quelqu'un qui a étudié ça et puis quelqu'un qui puisse répondre à nos questions vraiment.

INT : D'accord. Si vous étiez confrontée à un tel problème à domicile, que feriez-vous ?

AUX1 : Je vais vous dire tout de suite, moi je retournerais aux *** (EHPAD), en étant ancienne employée je peux y aller, mais bon moi je n'ai pas été confrontée à ça. C'est pour ça qu'ici j'aimerais bien qu'il y ait quelqu'un qu'on puisse aller voir si ça va pas. On a un burn-out, on y va, pour éviter justement d'arriver à ces extrêmes-là.

INT : Et si vous êtes témoin d'un comportement maltraitant de l'entourage envers une personne âgée, comment... ?

AUX1 : J'appelle ici. (Bureaux de l'agence de services d'aide à la personne)

INT : Et comment les choses se déroulent, qu'est-ce qui est mis en place ?

AUX1 : Je ne pourrais pas vous le dire parce qu'on n'a pas encore été confrontés, mais bon il faut prévenir.

INT : Prévenir... ?

AUX1 : Prévenir ma hiérarchie qu'il y a eu vraiment... donc c'est ma parole contre la parole de la personne. C'est ça aussi.

INT : Vous n'avez pas de protocole ici qui vous dise ce qu'il faut faire dans une telle situation ?

AUX1 : Non, nous sur le cahier de liaison on a le règlement. C'est tout. C'est un petit peu indiqué.

INT : Et qu'est-ce que ça dit spécifiquement ?

AUX1 : Ça dit qu'il faut prévenir, les prévenir eux.

INT : Vous connaissez structures à solliciter, des numéros à appeler dans ces situations ?

AUX1 : Non, ça, ça serait utile. Les connaître ces numéros justement.

INT : Qu'est-ce que vous pensez qu'il va se mettre en place dans ces cas-là...

AUX1 : Eh bien déjà une enquête. Une enquête de voisinage parce que quelques fois le voisinage peut dire : « Oui effectivement », et puis voir si ça se reproduit, parce que vous ne pouvez pas accuser sans preuves. Et puis c'est la parole de la famille : « Ah non moi je ne sais pas ! », et puis la personne âgée, elle, a tellement peur...

INT : Quel est le rôle, la place du soignant face à cette problématique à domicile ?

AUX1 : Et bien quelques fois le soignant peut maltraiter. Et le soignant est là aussi pour voir, lorsqu'on fait la toilette de la personne si la famille est venue, s'il n'y a pas des coups. C'est ça. Nous on est là, ne serait-ce pas seulement pour la famille, mais par exemple s'il y a quelqu'un d'autre qui vient, pour voir s'il n'y a pas de petits trucs qui nous semblent bizarres après tel ou tel passage. Nous on doit avoir les yeux partout de toute façon, on est là, on a les yeux partout.

INT : Comment justement mieux repérer cette maltraitance ?

AUX1 : Le changement de comportement de la personne. Après justement le passage... C'est un exemple : si c'est le fils ou la fille qui maltraite après on voit bien que ça ne va pas, qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Ou alors quand la personne qui maltraite arrive, il y a tout de suite un changement de comportement de la personne.

INT : Comment prévenir cette maltraitance à domicile ?

AUX1 : Justement par des formations et des groupes de parole.

INT : Et concernant la maltraitance qui n'est pas issue du soignant, mais de l'entourage familial ou social.

AUX1 : Ça c'est plus dur parce qu'ils ne vont pas admettre qu'ils maltraitent leur aîné. C'est beaucoup plus dur. Et puis nous, je ne suis pas confrontée à ça, mais je ne me verrais pas leur dire : « Arrêtez de maltraiter votre parent sinon je porte plainte ! ».

INT : Et sur qui vous vous appuyeriez dans une situation comme celle-là ?

AUX1 : Si je voyais quelqu'un maltraiter ? La famille ?

INT : Oui ou quelqu'un en difficulté.

AUX1 : (Soupir suivi d'un silence de réflexion) Déjà quand je travaille c'est ici (bureaux de l'agence de services d'aide à la personne), mais me connaissant si je suis à l'extérieur, si je vois quelqu'un qui maltraite une personne âgée, je crois que je vais direct devant et puis... c'est ça en fait... Il faut réagir,

il faut prévenir les services sociaux aussi. Il y a la mairie aussi à prévenir, dire que vous avez été témoin d'une maltraitance, il y a toujours...

INT : Qui prévient ces services ?

AUX1 : Nous si on le voit parce que c'est non-assistance à personne en danger. Si on voit quelqu'un qui est maltraité il y a toujours les services sociaux. Peut-être pas appeler la police, direct, mais bon...

INT : D'accord. Pour vous, quel est le rôle du médecin traitant dans ces situations ?

AUX1 : Eh bien lui aussi il peut le voir, parce qu'il fait les visites. Parce que les personnes âgées, les médecins sont vraiment leur confident. Quand ils se connaissent depuis beaucoup d'années, c'est le confident. Et nous aussi on est les confidentes quand on est auxiliaire de vie. Il y a certaines personnes qui vont dire plus de choses à leur auxiliaire de vie qu'à la famille. Nous on est le lien, le lien entre la famille, entre les services sociaux, entre les différents corps de métiers : médecins, kinés, infirmières et tout ça.

INT : D'accord. L'entretien arrive à son terme. Il y a des choses ou des remarques que vous voudriez ajouter ?

AUX1 : Non.

INT : Je vous remercie.

Entretien 5

INT : Donc nous allons parler de maltraitance des personnes âgées à domicile. Je vais commencer par quelques questions assez générales. Quelle est votre profession ?

AUX2 : Je suis auxiliaire de vie.

INT : Vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à domicile ?

AUX2 : Oui

INT : Dans quel cadre ?

AUX2 : Pour l'aide à la toilette, le repas, la compagnie, tout ce que les personnes sont susceptibles de faire chez elles et qu'elles ne savent plus faire en fait.

INT : D'accord. Pour vous qu'est-ce qu'une personne âgée ?

AUX2 : Une personne âgée c'est une personne fragilisée de part son âge, les difficultés au niveau de la mémoire... des problèmes aussi au niveau moteur, elles sont fragilisées par tout ça et... comme un peu... c'est influençable, ça peut être vite manipulée comme un enfant en fait. Une personne âgée, elle... elle redevient... elle n'est pas enfant bien sûr que non, mais elle redevient aussi fragile qu'un enfant parce qu'elles ne sont plus à même de savoir leurs besoins. Je prends l'exemple d'une dame chez qui je vais, je lui demande si elle préfère manger par exemple des haricots verts ou des épinards, eh bien elle ne sait pas, elle ne sait pas ce qu'elle aime, elle ne sait pas si elle a soif : « Est-ce que vous voulez à boire ? », je ne sais pas toujours. Donc on est là aussi pour les guider.

INT : Vous avez déjà été confronté à des situations de maltraitance au domicile ?

AUX2 : Non. Après, ça ne fait pas très longtemps que je travaille à domicile, donc pour le moment non. Après il faut qu'on soit vigilants dans nos pratiques pour ne pas passer la barrière de la maltraitance, puisqu'on peut l'être si on n'est pas vigilant à ce qu'on fait et à comment on présente les choses auxiliaires personnes âgées, il faut toujours expliquer pourquoi on voudrait qu'elle fasse... par exemple qu'elle aille se laver les mains avant de manger ou de boire un verre, ou des choses comme ça, il faut toujours leur réexpliquer pourquoi parce que peut être que pour eux ça n'a plus de sens, donc il faut leur donner du sens à tout ce qu'on fait.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par maltraitance ?

AUX2 : Eh bien, ça peut être de la négligence, un manque de communication avec la personne. Si on y va et qu'on fait machinalement..., qu'il n'y a pas de relationnel, qu'il n'y a pas de confiance, si on fait juste : « Je suis là pour te faire à manger donc je te fais à manger, je m'en fiche de ce que tu penses, de ce que tu vis, de ce que tu ressens », ça pour moi c'est de la maltraitance. Après ça peut être bien pire encore : de la maltraitance physique, si on est trop brute avec une personne, si on rabaisse une personne, si on la force à faire des choses qu'elle ne veut pas faire. Après, la maltraitance c'est tout ça... Maltraiter les cœurs aussi en disant : « Vous ne savez plus faire ! » ou « Vous n'avez plus votre tête ! », il faut toujours continuer à les valoriser sinon... des fois elles ont tendance à se dénigrer par rapport au fait qu'elles ne savent plus faire les choses donc il faut relativiser parce que si on enfonce un peu plus le clou c'est de la maltraitance psychologique. Après c'est un gros mot « maltraitance », ça peut être tout et rien, à partir du moment où la personne se sent agressée...

INT : Vous me dites « à partir du moment où la personne se sent agressée », si la personne ne se sent pas agressée, pour vous on ne peut pas parler de maltraitance ?

AUX2 : Non, parce que des fois il y a des personnes justement, comme elles sont fragilisées et qu'elles ne résonnent plus correctement, elles ne se rendent pas forcément compte. Mais après, si on se questionne sur nos pratiques et qu'on laisse toujours un relationnel... On travaille avec des personnes, pas avec des robots donc si on a toujours cette sensibilité de vouloir bien faire et de faire plaisir à l'autre, je pense que si on est dans cette optique-là on ne peut pas faire de mal à la personne. Si on veut le bien de la personne on ne va pas aller à l'encontre de ses besoins ou des limites... des mœurs... On a des valeurs donc on essaye de respecter nos valeurs, pour nous et pour les autres. Je pense que si on n'a pas la valeur du respect de l'autre, qu'on n'a pas envie de faire plaisir à l'autre et qu'on n'est pas serviable, on ne fait pas ce métier-là. C'est aussi dans la personnalité... Et si on est fatigué... parce que des fois des personnes deviennent maltraitantes parce qu'elles sont fatiguées ou qu'elles n'aiment plus leur boulot, ou qu'elles ont des problèmes personnels et qu'elles n'arrivent pas à les mettre de côté... C'est ça le risque de devenir maltraitant quand on est professionnel je crois. Dans une certaine lassitude ou des choses comme ça... moi je pars du principe qu'il faut faire les choses parce qu'on en a envie, pour faire plaisir, c'est aussi bien pour soi que pour l'autre. Après si ça devient vraiment une corvée, ou qu'on fait pour dire de faire, c'est là qu'on peut devenir maltraitant. Après je ne sais pas si ça a du sens ou quoi mais...

INT : Mmh. Quels facteurs ou situations pourraient amener quelqu'un à être maltraitant ?

AUX2 : La fatigue, une incompatibilité avec la personne, on a le droit, on travaille avec des personnes... pour le moment moi je n'ai pas encore rencontré ce cas-là mais ça pourrait m'arriver un jour de ne pas avoir un bon contact avec une personne, de ne pas avoir l'accroche avec la personne, si la personne... tu as tendance à être agacée par elle ou tu as moins de patience, eh ben là tu as plus de risque d'être maltraitant que si tu as un contact correct avec l'autre personne.

INT : Quelles sont les personnes âgées à risques d'être maltraitées, par les soignants mais aussi par l'entourage.

AUX2 : Les personnes âgées, les personnes en situation de déficience. Particulièrement les personnes Alzheimer peut-être. Après on parle de la maltraitance des professionnels, mais il y a aussi beaucoup de maltraitance au niveau de la famille je pense, ça peut exister parce que... quand tu te maries avec une personne, que tout va bien... Voilà on a chacun nos capacités et de se retrouver avec une personne qui ne sait plus qui tu es, qui ne sait plus pourquoi il faut se laver, qui se réveille la nuit et qui te réveille, tout ça... La personne n'est pas habituée à ça. Le conjoint par exemple peut être maltraitant ou un enfant qui n'est pas présent et qui laisse ses parents isolés et qui n'apporte pas ce qu'il faut... parce qu'un enfant a un rôle à jouer auprès de son parent donc s'il le néglige, qu'il le laisse de côté, qu'il ne s'occupe pas de l'administratif, du médical, de l'alimentaire ou autre, c'est de la maltraitance.

INT : D'accord. Est-ce que... Là, vous n'avez jamais été confrontée à une situation de maltraitance, et...

AUX2 : Non et j'espère ne pas l'être (rires).

INT : Oui. Et si ça devait être le cas, que feriez-vous ?

AUX2 : Eh bien déjà, tout d'abord, je préviens ma direction, mes responsables, parce que je ne suis pas... Il faut partager son ressenti et les observations qu'on a faites pour avoir un autre point de vue

parce que peut-être que le nôtre n'est pas objectif ou alors... Enfin il faut diffuser l'information pour alerter les personnes compétentes, en cas de besoin.

INT : À qui diffusez-vous l'information ?

AUX2 : Si demain je vais chez un patient et que je vois qu'il y a un maltraitant ou de la famille et bien j'en parle à une de mes responsables. J'ai confiance en toutes, alors je sais que le travail va être fait, que ce sera suivi, donc j'en parlerai. Après la famille, si c'est la famille qui est maltraitante, on ne peut pas en parler directement, c'est un peu délicat, donc je pense que j'en parlerai à mes responsables et à des collègues... enfin les intervenants qui interviennent en même temps que moi pour avoir aussi leur point de vue.

INT : Vous avez déjà parlé de cette problématique avec vos responsables ? Vous avez déjà été sensibilisée à cette problématique ?

AUX2 : Moi, ça ne fait pas très longtemps que je travaille ici : depuis octobre. Quand on fait les réunions, les évaluations, on en parle sans en parler, c'est... On ne dit pas le mot « maltraitance », mais on parle de la bienveillance plutôt que de la maltraitance, de comment faire pour que la personne soit bien traitée, respectée. On est évalués assez souvent quand même, enfin je pense, donc les responsables sont aussi là pour voir ce que nous on ne voit pas par exemple, parce que des fois il y a peut-être des choses que l'on fait et on est maladroit ou que c'est pas bien... Les évaluations permettent aussi de détecter, de voir si un professionnel n'est pas dans la bonne voie. Et quant aux familles, je remonte l'information à mes responsables ; j'essaie d'en parler aussi à la personne concernée, pour voir comment elle perçoit..., essayer d'en discuter avec elle, mais bon après tout dépend aussi de ses capacités de compréhension et de... Il ne faut pas non plus la déstabiliser encore plus et lui faire de mal.

INT : Mmh.

AUX2 : Il faut vraiment s'adapter en fait quand on travaille à domicile comme ça, c'est au cas par cas. On ne se comporte pas de la même façon chez une personne et chez une autre. C'est toujours adapté à son discours, à sa façon de se comporter... même la gestuelle des fois, la voix, l'intonation de la voix, il y a des personnes qui ont besoin de douceur, que l'on prenne le temps donc là on prend le temps, on parle posément, s'il faut faire des pauses pendant la prestation pour que la personne ne se sente trop poussée... dans le fait, si c'est une personne qui aime bien qu'on soit dynamique et... enfin on s'adapte vraiment à ça.

INT : Pour vous, quel est le rôle du médecin traitant face à cette problématique.

AUX2 : Le médecin traitant a un rôle important parce qu'il visite... enfin, les personnes âgées, des fois c'est leur seul interlocuteur parce qu'il y a des personnes dont les enfants ne s'occupent pas, dont les enfants sont partis travailler ailleurs ou autre, et s'il n'y a pas de personnel soignant à domicile et que la famille n'est pas présente, c'est la seule personne qui pourra vraiment faire le lien et qui pourra peut-être détecter une anomalie, ça sera le médecin parce qu'elle le verra, enfin vous le verrez, peut-être physiquement parce qu'il y aura des bleus par exemple si c'est de la violence physique, et si c'est de la violence psychologique, peut-être un état dépressif, ou alors une perte de poids ou des troubles du sommeil. Le médecin peut détecter par rapport à des symptômes comme ça alors que peut-être que nous... S'il n'y a personne qui vient, personne ne peut s'en rendre compte.

INT : Quelle relation avez-vous avec les différents soignants intervenant au domicile ? Vous parlez des situations difficiles avec les autres soignants : infirmières, médecins ?

AUX2 : Tout dépend des prestataires. Il y a un bénéficiaire, quand on croise l'infirmière, eh bien on peut parler facilement, et d'autres où les infirmières viennent, préparent les médicaments, donnent les médicaments et puis voilà... Ça dépend de la personnalité de la personne, enfin du soignant en fait. Il y en a qui vont être plus parlant que d'autres, ça dépend s'ils sont pressés ou autre... enfin on ne sait pas, je n'ai pas le planning des infirmières, on ne peut pas savoir si elles ont du temps ou pas. Je pense qu'un professionnel n'est pas l'autre parce qu'il y a aussi notre sensibilité, une sensibilité à part, on a chacun notre personnalité, notre façon de réagir, de percevoir les choses, donc c'est pour ça que c'est bien de travailler en équipe, d'avoir des réunions, pour voir comment l'autre perçoit la prestation, comment il voit l'évolution de la patiente, parce que nous on a peut-être des avis différents et c'est justement en dialoguant qu'on se rend compte... donc il y a des professionnels qui sont abordables, plus abordables que d'autres. Les infirmières ça dépend sur qui on tombe, c'est ça aussi.

INT : Cette maltraitance à domicile par les soignants ou l'entourage familial, comment mieux la repérer ?

AUX2 : Le souci pour repérer la maltraitance c'est qu'il faut que la personne voie du monde, qu'elle sorte, parce que si elle est isolée chez elle, c'est comme ça que les personnes sont plus vulnérables et qu'elles sont plus sujettes à passer inaperçues. Quand on est enfermés chez soi et qu'on ne voit personne, on ne peut pas se rendre compte de ce qui est normal, de ce qui n'est pas normal et puis personne ne peut dire : « Cette personne-là a un souci », puisqu'elle est seule. Donc c'est sûr que l'isolement est un facteur de maltraitance.

INT : Quel moyen vous pensez qu'on pourrait-on mettre en œuvre pour prévenir ces situations de maltraitance ?

AUX2 : Ben, déjà, il y a un numéro exprès pour la maltraitance ? Après le numéro, je ne sais plus lequel, je ne veux pas dire de bêtises, mais il y a un numéro à appeler si on a un doute ou si la personne a besoin... si elle est en mesure de dire qu'elle est maltraitée et qu'elle a envie d'en parler, elle peut le faire. Après j'ai déjà vu, il y a des campagnes de publicité... enfin pas de publicité... d'information on va dire, des campagnes d'information dans les cabinets des médecins, en visuel, il y a des affiches avec une personne âgée ou des choses comme ça où il est marqué « Maltraitements... », des choses comme ça. Parce qu'on passe beaucoup par la publicité, enfin publicité pas marchande hein, on est attirés par les affiches, par les slogans, par la télé, par internet, donc ce sont des moyens de diffusion je pense intéressants pour pouvoir faire savoir aux autres ce qui est bien et mal, ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas dans sa vie de tous les jours.

INT : D'accord. Vous avez déjà eu des formations concernant la problématique de la maltraitance ?

AUX2 : En formation, quand on est en formation à l'école, on en parle quand même pas mal donc oui, puis dans les formations et puis quand on fait des réunions d'équipe. Une formation intitulée comme ça, non, après j'ai déjà fait une formation sur l'autisme donc un peu de tout, et il y a eu peut-être un petit mot sur la maltraitance. Des petites formations comme ça. J'ai participé à une formation intitulée : « Le droit à la sexualité pour les personnes en situation de handicap », on peut se poser la question aussi, c'est pas la maltraitance mais le fait d'interdire par exemple : il y a même des établissements, dans des hôpitaux tout ça, où il y a l'interdiction des chambres mixtes tout ça, c'est pas de la maltraitance physique ni rien, mais quel droit on a d'interdire quelque chose à quelqu'un ? Donc cette formation-là on en a parlé indirectement aussi.

INT : Quel type de formation sur cette problématique vous paraît utile et qu'est que vous en attendriez ?

AUX2 : De toute façon ça ne peut être qu'intéressant pour les futurs professionnels et même pour les professionnels de faire des modules, enfin peut-être pas un module entier mais faire une séquence sur la maltraitance comme ça, déjà, ça ouvre le dialogue sur le sujet, ça permet de débattre sur comment on voit les choses, qu'est-ce qui est dans les normes, quels sont les gestes à avoir ou à ne pas avoir, les propos, ça permet d'ouvrir le dialogue donc de questionner l'autre et de se questionner soi. De toute façon tout passe par le dialogue, quand on veut apprendre quelque chose il faut dialoguer et partager au maximum pour ne pas rester dans son truc bien carré : « Moi je pense ça, c'est ça et c'est pas autrement, c'est comme ça qu'on doit faire ! ». Si on s'enferme sur soi, ce n'est jamais bon. Dans une formation, c'est important. Quand on fait un travail dans le sanitaire ou dans le social, on a forcément l'intérêt d'avoir ce genre de discussion, de formation, de lecture puisqu'on nous demande en formation de lire pas mal de livre pour ouvrir l'esprit. Les formateurs ont aussi une expérience de terrain, du vécu, et eux peuvent aussi nous aiguiller à être « bientraitant » ». Parce qu'on parle de maltraitance mais moi je préfère parler de bientraitance. Je préfère être optimiste et me demander : « C'est quoi la bientraitance ? », parce qu'on se demande ce qu'est la maltraitance, mais ce qui m'intéresse c'est d'être « bientraitante », pas maltraitante. Je me pose la question de savoir ce que je peux faire au maximum pour que la personne ait les meilleures conditions de vie, qu'elle puisse profiter du temps qui lui reste ; la réalité c'est qu'on est plus avec des personnes âgées en fin de vie que des personnes en pleine santé sinon on ne serait pas là. Comment faire pour qu'ils soient le mieux possible et qu'ils puissent profiter de leurs derniers temps ? « Bon alors aujourd'hui qu'est-ce que je vais faire pour les maltraiter ? » (Ton ironique, rire). Je pense qu'on ne maltraite pas volontairement une personne, je pense que des fois les familles sont maltraitantes et elles ne s'en

rendent même pas compte. Des fois, il faut mieux se poser la question : « Qu'est-ce que je peux faire pour être plus respectueuse de l'autre ? ».

INT : Vous me dites que les familles ne s'en rendent pas forcément compte. Qu'est-ce que vous faites face à ça ?

AUX2 : On peut poser des questions habilement, sans qu'elles se rendent compte que c'est une question pour les faire réagir face à leur comportement, leur donner plus des conseils, il ne faut pas qu'ils se sentent dans le jugement, il ne faut pas qu'ils se sentent jugés parce qu'ils vont se braquer et ils ne vont pas être dans un bon état d'esprit pour progresser vers quelque chose de mieux. Après, une personne qui est maltraitante avec sa famille, sa femme ou ses parents, c'est une personne qui est fatiguée, que ne sait pas comment s'y prendre, donc il faut leur dire : « N'hésitez pas à déléguer, quand je suis là vous pouvez lâcher prise. » – « Laissez-moi je vais le faire. » – « Pourquoi vous n'iriez pas faire un tour, faire quelque chose qui vous fasse plaisir à deux pour passer un moment de complicité et être content, oublier un peu le mauvais côté des choses ? » – « Oui, je sais, ça peut être fatigant, votre femme se réveille la nuit, elle vous réveille, vous êtes fatigué, je vous comprends » ; être dans la compassion, dans le conseil et les soulager en faisant pour eux, pour qu'ils puissent avoir un peu de repos et un peu de temps pour eux, et de reprendre un peu d'énergie et peut-être qu'ils pourront donner un peu d'énergie positive à l'autre personne.

INT : Mmh. Je pense que nous arrivons à la fin de l'entretien, vous souhaitez ajouter quelque chose ?

AUX2 : ... non.

INT : D'accord, merci.

Entretien 6

INT : Bonjour, nous allons donc parler de la problématique de la maltraitance. Je vais commencer par quelques questions assez générales. Quelle est votre profession ?

AUX3 : Auxiliaire de vie.

INT : Vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à leur domicile ?

AUX3 : Oui. Donc c'est la toilette, les soins quotidiens, accompagnement aussi, promenade.

INT : Mmh.

AUX3 : Ensuite, on a des malades d'Alzheimer donc l'après-midi c'est un peu... stimulation quand il ne fait pas beau ou sortir, jeux de cartes... On essaye de les occuper comme on peut.

INT : D'accord. Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

AUX3 : Euh... pff... maintenant, vu l'espérance de vie qui augmente, je dirai qu'âgé c'est à partir de 80 ans.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

AUX3 : Euh pff... il y a longtemps, ce n'était pas ici, je n'étais pas sur la région... Oui ! (rires).

INT : Vous pouvez m'en dire plus ?

AUX3 : La personne était dans la famille, mais elle était dans une chambre toute la journée. Nous, on passait le matin pour la toilette et le soir pour une autre toilette et le coucher et c'est tout. Et en dehors de ça on se demandait ce qu'il se passait quoi. On sentait que la personne... Il y avait des escarres, un problème de nutrition aussi. Mais bon après c'est difficile aussi parce que savoir si c'est la personne qui ne veut pas manger ou si on ne lui donnait pas suffisamment à manger, c'est difficile. Nous on passe une heure et c'est tout. Mais bon, on sentait que ce n'était pas une famille où il y avait de l'amour, une famille aimante envers la personne âgée. Après il y a peut-être aussi un contentieux,

je ne sais pas, c'est difficile à dire. On se sent impuissant ! En tant que soignant on se sent impuissant. Bon, on avertit notre hiérarchie généralement, mais comme j'étais stagiaire à cette époque, après je n'ai pas eu de suivi plus que ça.

INT : Donc, là, vous avez réagi comment face à cette situation ?

AUX3 : Ben moi j'ai signalé à ma hiérarchie en disant que je sentais la personne pas bien.

INT : Et votre hiérarchie c'était... ?

AUX3 : C'était une infirmière. Un cadre infirmier.

INT : Dans quelle structure ?

AUX3 : J'étais dans un CCAS.

INT : D'accord. Vous avez, vous-même, pensé à d'autres recours que votre hiérarchie ?

AUX3 : Ben non... les collègues évidemment, on en parle entre nous, mais justement en parlant... Parce qu'à chaque fois on avait à chaque fin de service une réunion pour parler des cas justement. Et donc on en parlait déjà entre nous et après on se référait à notre responsable.

INT : Le médecin traitant est intervenu dans ce cas-là ?

AUX3 : Je pense que... mais je vous dis, après je suis partie, et j'ai complètement quitté la région donc...

INT : Vous n'aviez pas de protocole spécifique pour ce genre de situation ?

AUX3 : Non.

INT : Et là maintenant, en ce moment ?

AUX3 : Là je n'ai pas de personne... (rires), je n'ai pas l'impression d'avoir des personnes qui sont maltraitées.

INT : Et si vous étiez confrontée à une telle situation. Que feriez-vous ?

AUX3 : Par rapport aux responsables de l'agence, la famille... enfin, d'abord les responsables de l'agence et après : contact de la famille, certainement, j'imagine. Je pense que ce n'est pas trop notre rôle, c'est difficile de s'immiscer comme ça. Et puis en plus c'est quand même une accusation donc c'est très délicat.

INT : Quel est votre rôle justement face à cette problématique, en tant qu'auxiliaire de vie ?

AUX3 : C'est plus un rôle d'observation, d'essayer de voir un peu ce qu'il se passe. Bon après, évidemment soigner... enfin, si la personne est maltraitée, questionner, demander pourquoi, je ne sais pas, pourquoi il y aurait des bleus. Mais bon après, en dehors de ça je ne vois pas bien ce qu'on peut faire de plus à part prévenir notre responsable.

INT : Quotidiennement comment essayer de repérer, dépister une maltraitance ?

AUX3 : Ben moi justement j'ai des cas très faciles où justement il n'y a pas... il n'y a aucun signe de maltraitance donc euh (soupir)...

INT : Vous parlez de cas faciles, cela veut dire qu'il y a des cas complexes ?... Des situations où la survenue de maltraitements est plus... fréquente ?

AUX3 : Peut-être les milieux défavorisés, ou après je ne sais pas... S'il y a eu des histoires familiales, des fois les gens...

INT : Vous pensez à d'autres facteurs qui pourraient favoriser la maltraitance ?

AUX3 : Non, après il y a dans les structures mais après c'est différent...

INT : En quoi pensez-vous que la problématique en structure et à domicile est différente ?

AUX3 : Je pense plus en structure, c'est pour ça que je ne travaille pas en structure.

INT : Vous pensez qu'il y a plus de maltraitance en structure ?

AUX3 : Oh oui !

INT : D'accord, maltraitance par le soignant, l'entourage... ?

AUX3 : Plus du soignant...

INT : D'accord. À domicile, y a-t-il des personnes âgées plus à risques d'être maltraitées ?

AUX3 : Tout le monde peut-être maltraité. Tout le monde... Je ne pense pas qu'il y ait des personnes...

INT : Y a-t-il pour vous des personnes qui sont plus susceptibles d'être maltraitées à domicile ?

AUX3 : C'est difficile à imaginer parce que maltraiter quelqu'un, pour moi c'est infaisable donc je n'arrive pas à me mettre à la place de maltraiter une personne âgée qui est justement plus faible.

INT : Qu'est-ce que c'est justement pour vous la maltraitance ?

AUX3 : La maltraitance ça peut être des coups, ça peut être une mauvaise hygiène, mauvaise alimentation, ça peut être une maltraitance verbale aussi, avec les mots.

INT : Mmh. Quel est le rôle du médecin traitant face à cette problématique ?

AUX3 : Ben voir avec la famille. Essayer de voir avec la famille quand même. C'est pas facile, ça ne doit pas être facile (rires).

INT : Vous n'intervenez pas avec le médecin traitant directement ? Vous avez déjà été...

AUX3 : On voit les médecins traitants... parfois quand on est sur place il y a des médecins traitants qui passent au moment où on est là. Justement des fois il y a des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer qui ne savent plus si elles ont mangé, ils me demandent justement de vérifier le frigo, pour voir si justement il n'y a pas de souci à ce niveau-là... mais on n'a pas plus de contact que ça.

INT : Et avec les autres soignant intervenant à domicile ?

AUX3 : C'est pareil, on communique. Quand il y a quelque chose qui ne va pas on met un petit « post-it » ou... Déjà, nous, ici dans la société on a un classeur donc la famille, le médecin, toutes les personnes qui aident la personne peuvent voir donc il y a ce moyen de communication. Et s'il y a justement un problème en plus on essaye de mettre un « post-it » qui se voit justement pour l'infirmière.

INT : D'accord. Si vous étiez confrontés en tant que soignante à un comportement maltraitant... ou une situation difficile, potentiellement source de maltraitance, que feriez-vous ?

AUX3 : Déjà essayer d'être à l'écoute de la personne, d'essayer de voir un petit peu ce qu'il se passe... enfin discrètement, en étant diplomate. Forcément on ne va pas... Voilà.

INT : Comment mieux prévenir ces situations ?

AUX3 : Prévenir euh [...]. C'est difficile. Ça peut arriver du jour au lendemain aussi.

INT : Il y a des choses que... (interruption de la question).

AUX3 : Il y a beaucoup... enfin il y a un grand rôle d'observation quand même à faire, et c'est pour ça que c'est important. On a toujours les mêmes personnes justement et à force on les connaît et ça permet de voir justement s'il y a quelque chose qui ne va pas, facilement... et la personne a plus confiance aussi, s'il y avait un problème elle pourrait peut-être plus nous en parler en nous connaissant.

INT : D'accord... Votre place en tant que soignante face à cette problématique... vous m'avez dit que pour vous c'était essentiellement de l'observation...

AUX3 : De l'observation et... oui de l'écoute.

INT : Vous avez eu des formations sur ce sujet ?

AUX3 : Non.

INT : Ou vous avez été sensibilisée d'une manière ou d'une autre ?

AUX3 : Oui, voilà. Un grand rôle d'observation, mais on n'a pas d'autre arme.

INT : Vous pensez que ce serait utile ?

AUX3 : Oui, ça pourrait être intéressant justement, par ce que des fois c'est certainement caché hein.

INT : Et quel type de formation, de chose à mettre en place ?

AUX3 : Je ne sais pas du tout (rires). Peut-être, je ne sais pas... avec les psychologues, les médecins, infirmiers... enfin le personnel soignant, je ne vois pas qui d'autre pourrait intervenir.

INT : Est-ce que vous avez des remarques ou des choses à ajouter sur le sujet?... Des observations ?

AUX3 : Ben, n'ayant pas été confrontée au problème, c'est difficile. Je pense que c'est une situation qu'il faut vivre.

INT : Je pense qu'on a fait le tour du sujet, je vous remercie.

Entretien 7

INT : Nous allons parler de la problématique de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Tout d'abord quelques questions préliminaires : quelle est votre profession ?

MED1 : Médecin généraliste ! Salariée.

INT : Vous êtes amenée à prendre en charge des personnes âgées à domicile ?

MED1 : Aussi. À domicile et au cabinet.

INT : D'accord. À domicile dans quel contexte ?

MED1 : Des visites à domicile, des renouvellements de médicaments, pathologie X ou Y, problème social.

INT : Mmh. Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

MED1 : Une personne âgée... Franchement, la limite... peut-être au-dessus de 75 ans. Pour moi, je dirais à peu près... mais en fait ça dépend des gens puisqu'il y a des gens au-dessus de 75 ans qui vont super bien et qui n'ont pas l'air du tout âgés. À 75 ans je mets la limite... aux alentours.

INT : Est-ce que vous avez déjà été confrontée à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

MED1 : Oui.

INT : Vous pouvez m'en parler ?

MED1 : Oui, c'était une dame qui vivait chez elle avec des enfants alcooliques, qui régulièrement se faisait taper dessus, avec la police qui était régulièrement appelée. Résultat : elle faisait une main-

courante éventuellement et ils la ramenaient chez elle, jusqu'au jour où elle est morte. Donc voilà, donc non ce n'était pas un très bon souvenir.

INT : Elle est morte de...

MED1 : (interruption de la question) De maltraitance, elle a fini par mourir, le fils n'a jamais été accusé mais bon... forte suspicion.

INT : D'accord, forte suspicion... Et vous, comment avez-vous réagi face cette situation ?

MED1 : Je me suis arrangée, parce qu'on a été menacés évidemment par la famille, donc moi je ne voulais plus aller à domicile. Donc la dame devait venir ici, on avait prévenu l'assistante sociale qui venait la rencontrer ici, et la dame n'est jamais venue. Une autre fois elle est venue et c'était pareil : le coquard, le machin (mime une lésion au visage), elle me dit : « Oui, oui, ben c'est mon garçon, il était bourré, c'est pas de sa faute », et puis j'ai appelé la police pour prévenir, et la police est venue la chercher pour faire sa main-courante, et en fait ils ont dit : « Il faut peut-être rentrer chez vous plutôt... » et ils n'ont jamais fait la main-courante.

INT : D'accord.

MED1 : Voilà... Donc, c'est quand même un gros poids, une déception sur le problème du... parce qu'on avait quand même fait un signalement au procureur et il n'y a rien qui a bougé.

INT : A l'origine c'était vous qui aviez suspecté cette maltraitance ou...

MED1 : Non, non, c'était moi... mais bon c'était de notoriété publique, puisque forcément tous les voisins étaient au courant, mais bon... c'est comme ça. Et elle n'était pas très âgée cette dame, elle devait avoir 70 ans, mais comme elle picolait aussi, évidemment... bon...

INT : Vous êtes fréquemment confrontée à des situations de maltraitance de personnes âgées à domicile.

MED1 : Non, non... J'ai eu aussi un truc qui m'a paru être de la maltraitance mais c'était pas tout à fait à domicile, c'était pas non plus en institution, c'était en famille d'accueil. J'ai été appelée une fois, c'était la première fois que je voyais cette personne. C'était dans une très belle maison, où il y avait des escaliers vernis, donc pour que la petite dame ne tombe pas on la laissait dans sa chambre et on enlevait la clinche de sa porte pour être sûr qu'elle ne se... qu'elle ne tombe pas. Donc évidemment je l'ai vite renvoyée à l'hôpital en disant qu'il me semblait qu'elle n'était pas à sa place et qu'il aurait peut-être mieux fallu la mettre ailleurs. Mais bon ... Et cette personne-là n'a plus eu de personne âgée à son domicile et j'étais quand même très contente là aussi.

INT : D'accord. Donc là vous avez sollicité le...

MED1 : Là j'ai sollicité l'hôpital, en me disant qu'il fallait faire quelque chose et l'enquête sociale a permis de supprimer la famille d'accueil.

INT : Vous avez sollicité l'hôpital et les services sociaux ?

MED1 : Non, j'ai sollicité l'hôpital et c'est les services sociaux qui se sont débrouillés, de l'hôpital, pour faire tout ce qui était à faire.

INT : D'accord. Si vous êtes de nouveau confrontée à une situation où vous suspectez une maltraitance, qu'est-ce que vous feriez ?

MED1 : Alors, j'essaie d'appeler l'assistante sociale déjà, qui me dit souvent qu'elle ne peut pas faire grand-chose et en général ça se termine à la clinique ou à l'hôpital et ils vont faire l'enquête de là-bas. Parce qu'on essaye d'extraire les gens de leur contexte, en sachant qu'ici les cliniques ont tendances à renvoyer assez rapidement, sauf si franchement on insiste grossièrement, ils ont tendance à renvoyer très rapidement à la maison et on se retrouve exactement avec le même problème. Mais bon...

INT : Vous êtes parfois alertée par d'autres soignants ?

MED1 : Euh... Ça arrive. Moi, ça ne m'est pas arrivé personnellement. Mais c'est vrai que parfois les infirmières ou les aides-soignantes ou l'auxiliaire de vie qui dit : « Tiens c'est bizarre, cette dame est

couverte de bleus », donc on essaye de savoir. Pour une dame on a eu un doute, là elle est de nouveau à l'hôpital, pareil : le fils boit, et comme la « mémé » est complètement démente, elle ne dit pas qui a fait quoi. Donc est-ce qu'elle a des bleus parce qu'elle s'est cognée aux barrières de son lit ou parce que son fils l'a suspendue aux rideaux ? On ne peut pas savoir, à partir du moment où il n'y a pas de témoins.

INT : Donc dans ce cas-là vous l'avez adressée l'hôpital...

MED1 : (interruption de la question) dans ce cas-là elle est allée à l'hôpital pour un autre problème. Il y a eu une première fois où on a été alerté par l'auxiliaire de vie, donc il y a eu une « discussion », entre guillemets, avec l'aidant principal qui est son fils alcoolique, avec l'auxiliaire de vie et l'assistante sociale. On a dit : « Écoutez, on va vous avoir à l'œil ! », et il n'y a pas eu de problème, et effectivement elle est retournée à l'hôpital, elle avait des bleus mais bon, la personne âgée peut avoir facilement des bleus, s'ils sont sous Kardégic® ou autre chose. Et est-ce qu'ils ont des bleus parce qu'on les tient pour éviter de tomber ou est-ce qu'on les a maltraités ?... On ne peut pas non plus... Disons qu'on les a à l'œil, mais bon... Là, cette dame-là est de nouveau allée à l'hôpital et le fils est arrivé alcoolisé à l'hôpital donc je pense qu'il va y avoir encore une enquête sociale pour la même personne. C'est laborieux.

INT : D'accord. Qu'est-ce que la maltraitance pour vous ?

MED1 : Il y a beaucoup de maltraitance. Il y a la maltraitance physique, morale, maltraitance physique : les coups..., et la maltraitance morale : les brimades, le délaissement, ça arrive assez régulièrement. Quelque part je pense que, nous, on peut être maltraitant dans la façon de parler, en étant un peu brutal, et peut être que ça peut être mal compris, ça peut arriver. Donc je pense qu'il y a des gens qui ont l'impression qu'on va trop vite et quelque part, si on mettait plus de temps, ils se sentiraient moins « maltraités », entre guillemets.

INT : Est-ce qu'il y a des situations favorisantes pour vous ?

MED1 : L'alcool ! (hochement de tête) L'alcool. La misère sociale. Euh... Pratiquement tout le temps c'était, en tout cas à part l'histoire de la famille d'accueil et ça n'a pas duré longtemps, c'est tout le temps des aidants principaux qui en fait sont des squatteurs puisqu'ils n'ont pas de boulot, qu'ils boivent, qu'ils sont divorcés, ils ont éventuellement déjà boxé les enfants et qu'ils se retrouvent chez les parents parce que les parents ils sont logés gratuitement et souvent il y a un ou deux enfants qui viennent se greffer à ça, mais bon...

INT : Donc souvent dans une situation de dépendance ?

MED1 : Voilà, chez nous c'est vraiment... voilà.

INT : Il y a des personnes âgées qui présentent plus de risque d'être maltraitées selon vous ?

MED1 : Les déments. Les déments parce que soit on ne va pas les croire, soit ils ne vont pas le dire, parce qu'ils aiment leurs enfants et bon... Les alcooliques eux-mêmes, la première dame c'était une alcoolique elle-même... Effectivement c'est pareil : est-ce qu'elle est tombée ? Ou est-ce qu'on lui a mis sur le nez, ça on ne peut pas toujours savoir. Et après, les gens qui sont sous neuroleptiques, anti-dépresseurs, anxiolytiques, je pense qu'ils sont quand même plus à risque. Les gens fort âgés parce qu'ils sont fort dépendants en fait.

INT : Et qui est le plus susceptible d'être maltraitant dans l'entourage ?

MED1 : Les enfants, souvent. Les voisins quelques fois. Je pense qu'il y a des voisins qui profitent de la faiblesse des gens pour dire : « Écoutez, je vais aller chercher vos médicaments, c'est 10 euros », et ça arrive très très souvent dans le coin. Quelque part ça me paraît être une forme de maltraitance aussi d'escroquer les gens. Les soignants, que ce soient, bon... quelques fois les auxiliaires de vie, je pense qu'effectivement quand on est toute la journée sur dix déments, le dixième si... Je pense ... On est des êtres humains donc... Normalement ils sont censés s'arrêter avant qu'il se passe quelque chose mais ça peut se comprendre... non, ça peut s'expliquer on va dire. Même si ça ne devrait pas arriver. L'époux aussi ! L'épouse. J'ai eu une mémé qui a voulu frapper son mari à coup de déambulateur, et après elle a voulu me frapper moi donc elle s'est retrouvée en « H.P. » (Hôpital psychiatrique).

INT : D'accord. Donc il y avait un problème psychiatrique sous-jacent ?

MED1 : Il y avait un problème psychiatrique. Je me suis fait insulter de tous les noms ce jour-là, le pépé ne disait jamais rien et on a trouvé qu'il avait quand même un coup et en discutant bien on a réussi à savoir que c'est l'épouse qui boxait et là j'ai même eu, comme elle se baladait toute nue dans la rue, j'ai eu le maire qui m'a demandé de faire une « H.O. » (Hospitalisation d'office), et elle s'est retrouvée internée et on a plus jamais entendu parler d'elle. Et elle était bien cognée. Donc ça peut être l'épouse aussi, l'épouse plus jeune, il avait un peu plus de 95 ans et la mémé n'en avait que 75, et elle maltraitait son époux. Ça arrive beaucoup plus souvent dans l'autre cas mais c'est possible.

INT : D'accord. Est-ce que... Les autres soignants de proximité : les auxiliaires de vie, infirmiers, aides-soignants, lorsqu'ils constatent une maltraitance, que font-ils d'après vous ?

MED1 : En général, ils me préviennent. Parce que nous on travaille en équipe et c'est vrai que souvent l'infirmière prévient, les auxiliaires de vie préviennent. Après les auxiliaires de vie préviennent leur hiérarchie et dans ces cas-là c'est leur hiérarchie.

INT : Et leur hiérarchie...

MED1 : Leur hiérarchie m'appelle. La responsable des auxiliaires de vie m'appelle en me disant : « Écoutez, il semble que chez " Monsieur untel " ou " Madame untel "... Il semble que machin... Il faudrait qu'on se voie, qu'on en discute ».

INT : Et donc, ça, ça arrive, vous dialoguez avec...

MED1 : (Interruption de la question) Ça arrive oui.

INT : Et quel est votre rôle en tant que médecin traitant ?

MED1 : Essayer de mettre la personne en sécurité. Comme je vous dis : envoyer à l'hôpital souvent, parce que c'est encore pour nous la meilleure façon de les mettre en sécurité et pour l'entourage, même si effectivement il peut y avoir un problème de spoliation au domicile mais à la rigueur c'est presque secondaire.

INT : Mmh.

MED1 : Et puis prévenir l'assistante sociale pour faire une enquête.

INT : D'accord. Donc toutes les démarches judiciaires ou administratives partent de l'assistante sociale ?

MED1 : C'est souvent l'assistante sociale. Ça m'est arrivé de faire un signalement au procureur, mais je pense qu'il vaut mieux les mettre en sécurité parce qu'il y a souvent des représailles. Donc c'est surtout quand les enfants vivent à la maison, si on laisse la personne chez elle avec l'éventuel maltraitant c'est quand même s'engager à risquer quelque chose on va dire.

INT : Comment mieux prévenir cette maltraitance ?

MED1 : Voir qu'en cas d'épuisement de l'entourage chez une personne démente il faut proposer une hospitalisation de répit, ça je le fais assez régulièrement. Parce qu'effectivement je pense que de s'occuper d'un dément à longueur de journée ça doit être épuisant. Donc voir quand les gens commencent à craquer, dire : « Mais attendez, on va faire une hospitalisation de répit, vous allez vous reposer, vous allez partir en vacances, vous allez vous occuper de vous ! ». Et puis essayer de faire un maximum d'aides pour soulager... parce que quelques fois ce sont des alcooliques, des machins, mais souvent ce sont des gens qui sont à bout de forces et on essaie de les soulager à ce niveau-là.

INT : Comment vous dépistez ces situations-là ? Qu'est-ce que vous fait dire : « Tiens, il y a quelque chose qui ne se passe pas bien » ?

MED1 : S'il y a des coups évidents. Quelqu'un qui chute très souvent, ça peut être quelqu'un qui ne tient pas sur ses jambes mais ça peut être quelqu'un qui est poussé régulièrement. Et puis quelques fois ils se mettent juste à pleurer dans mon bureau.

INT : D'accord, les patients vous en parlent...

MED1 : Ils en parlent, en fait ils en parlent sans en parler et puis en discutant, en creusant, on finit par savoir que quelques fois... Mais c'est rare. Ils ont toujours peur des représailles. Toujours.

INT : Vous avez été sensibilisée à cette problématique ? Vous avez eu des formations ?

MED1 : Oui parce qu'en fait moi j'ai fait le diplôme... Le DU de gériatrie et il me semble qu'il y avait un truc sur la maltraitance de la personne âgée.

INT : D'accord. Et qu'est-ce que vous en avez retenu ?

MED1 : Qu'on n'est pas à l'abri de quoi que ce soit et que ça arrive beaucoup plus fréquemment que ce que l'on pense.

INT : Et si vous deviez être de nouveau confrontée à une situation de maltraitance, votre conduite à tenir sera toujours identique quelle que soit la situation ?

MED1 : J'hospitalise. Pour moi, je pense qu'il faut hospitaliser pour mettre la personne en sécurité. Je pense que quelqu'un qui frappe frappera.

INT : Et dans les situations difficiles, sans forcément de maltraitance physique qu'est-ce que...

MED1 : Si c'est des brimades, des choses comme ça, parce que ça arrive, je leur dis : « Je ne suis pas là pour entendre râler machin, vous avez chacun vos griefs ! », mais je pense qu'il faut essayer de calmer un peu les esprits de tout le monde et voir effectivement s'il n'y a pas une autre solution, une hospitalisation de répit ou une hospitalisation tout court pour faire une enquête.

INT : D'accord.

MED1 : Si ça vient d'un aidant professionnel, peut-être discuter un petit peu avec pour voir où est le problème.

INT : Vous auriez des idées pour améliorer la prise en charge dans ces situations, au domicile ?

MED1 : Je pense qu'on devrait en parler plus, en parler plus et faire des formations effectivement pour les aidants. Pour les aidants, ça c'est sûr mais aussi pour les professionnels. Parce que franchement les démarches judiciaires c'est quand même vachement compliqué.

INT : Oui ?

MED1 : En fait on a l'impression qu'il n'y a pas de retour rapide (rires). C'est un peu long.

INT : Vous, quand vous avez fait ces démarches judiciaires, comment ça s'est passé ?

MED1 : Eh bien je n'ai jamais eu de nouvelles. J'ai envoyé mon fax au procureur de la république et je n'ai jamais eu de nouvelles. La situation court et tout à coup on se dit : « Tiens je ne vois plus cette personne. » – « C'est normal, elle a été placée à tel endroit, sous tutelle et envoyée à droite ou à gauche », et on n'est pas forcément au courant.

INT : Mmh... OK. Vous avez des choses à rajouter sur la problématique ? Des remarques, des compléments ?

MED1 : Mmh... Non... Peut-être augmenter le nombre d'assistantes sociales.

INT : Oui ? Vous avez du mal à les solliciter dans ces situations-là ?

MED1 : Oui, parce que de toute façon... elles ont notre portable mais nous on a jamais le leur, elles ne sont pas joignables : « Elles sont pas-ci. » – « Elles sont pas-là. » – « Je vais faire passer le message »... C'est insupportable !

INT : Ce sont des assistantes sociales de mairie ?

MED1 : Ça dépend, nous, on a des assistantes sociales pour le régime minier.

INT : D'accord.

MED1 : Elles sont spécifiques pour le régime minier et en général c'est : « Ben, vous envoyez un courrier à ma collègue de la clinique. » – « D'accord, merci, c'est gentil. » (Chuchotement)

INT : D'accord. Très bien. Si vous n'avez rien à ajouter... Ah oui, juste une dernière question : est-ce que vous pensez qu'il y a une hiérarchie à respecter pour les démarches de signalement ? J'ai déjà interrogé plusieurs soignants qui à chaque fois en réfèrent à « leur hiérarchie », et ça se termine par le médecin traitant selon eux, qui est le pilier de tout ça... Qu'est-ce que vous en pensez ?

MED1 : Voilà, et nous on prévient l'assistante sociale qui nous dit : « Prévenez le procureur ! », et bon...

INT : Pour vous ça doit remonter jusqu'au médecin traitant qui doit initier les démarches ? Que doivent faire les infirmières, auxiliaires de vie... ?

MED1 : Je trouve qu'elles pourraient prévenir l'assistante sociale pour faire les démarches. Effectivement que l'assistante sociale me demande mon avis, mais... Parce que c'est vrai, si je pars en congé pendant trois semaines, on va laisser la « mémé » toute seule se faire battre parce que c'est un remplaçant ? C'est pas logique. Pour peu que l'assistante sociale soit aussi en vacances alors là on est foutus. (rires)

INT : Très bien, je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Entretien 8

INT : Nous allons donc parler de la problématique de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Je vais d'abord commencer par quelques questions assez générales. Quelle est votre profession ?

INF3 : Alors, je suis infirmier depuis 1987.

INT : Vous êtes amené à prendre des personnes âgées en charge à leur domicile ?

INF3 : Bien sûr. Bien sûr. Principalement des personnes âgées.

INT : Mmh...

INF3 : C'est beaucoup de soins d'hygiène... et traitement, enfin distribution de médicaments, souvent ils ne savent pas gérer les médicaments. C'est ce qu'on fait le plus ici.

INT : D'accord. Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

INF3 : Euh... Il n'y a pas d'âge (rires), il n'y a pas d'âge... Difficile... On va dire au-dessus de 70 ans. Ouais.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté a des situations de maltraitance de personnes âgées à domicile ?

INF3 : Ouais, ouais, ouais.

INT : Vous pouvez m'en dire plus ?

INF3 : Alors, c'était plus quand j'étais sur Lille, j'ai eu de la part d'une aide ménagère, enfin d'une garde-malade et d'un médecin. D'un médecin traitant qui s'était acharné à mettre une sonde gastrique à un monsieur qui était en phase terminale et il y avait un problème : la sonde ne passait pas. Et il s'était acharné, il était même monté carrément sur le lit, c'était un jeune médecin. On l'a retrouvé dans un état... Il saignait de partout, sa femme était horrifiée.

INT : Comment avez-vous réagi face à cette situation ?

INF3 : Alors moi je l'ai vu qu'après, je n'ai pas vu le médecin faire. Je l'ai vu qu'après, avec le dire de cette femme qui était horrifiée. Et effectivement, il y avait du sang partout dans le lit, et il n'avait – en plus – pas réussi à mettre cette sonde.

INT : Et qu'est-ce que s'est passé suite à ça ?

INF3 : Suite à ça, ben nous, pas grand-chose parce qu'elle a tout de suite changé de médecin, elle a pris quelqu'un d'autre. Et on a appris par la suite que ce médecin avait arrêté, il a eu d'autres problèmes aussi. Mais nous là-dessus on n'a pas pu faire grand-chose. Parce que tout de suite elle a changé et elle a pris quelqu'un d'autre. Donc nous là-dessus on n'a pas pu faire grand-chose. Une fois où on a réagi c'était aussi une personne âgée qui vivait chez ses enfants, des... cas sociaux quand même... Et quand il touchait sa pension, ses enfants tapaient dessus, enfin enfants de plus de 50 ans, hein. Ils lui tapaient dessus tant qu'il n'avait pas lâché sa pension. Donc nous on y allait régulièrement tous les mois pour lui faire ses pansements, en début de mois (rires), après qu'il avait touché sa pension. Donc là, on avait réagi. Tout de suite ce monsieur avait été mis sous tutelle. On avait fait un signalement auprès de la mairie du quartier.

INT : Quand vous dites « vous » c'est... ?

INF3 : Nous, l'association dans laquelle je travaillais, ce n'était pas que moi. On était... Tout le monde, au nom de l'association. Donc cette personne a été placée sous tutelle ou quelque chose de ce goût-là quoi, et la famille avait fini par porter plainte contre l'association suite au signalement qu'on avait fait et ils ont pu récupérer... je ne sais plus si c'était une tutelle, mais enfin ils ont pu re-gérer eux-mêmes. Ils ont retapé dessus et il en est mort. Il en est mort. Donc nous on avait fait un signalement et on s'est retrouvés avec une plainte de la famille contre nous.

INT : D'accord.

INF3 : Et une autre situation : une garde-malade qui avait frappé une personne âgée grabataire, un ancien médecin, qui était grabataire, hémiplegique, qui avait son caractère, donc on pouvait dire « un peu chiant » (rires), et l'aide ménagère en a eu marre et elle l'a giflé. Mais là, je l'ai vue, j'étais là. Donc tout de suite j'ai appelé la fille, qui était quand même quelqu'un de... mariée à un homme politique assez connu... et donc qui a réagi tout de suite, qui a tout fait pour la licencier, qui m'a demandé le témoignage. Par contre ici c'est en campagne et je ne trouve pas la même chose, c'est plus dans le but d'essayer de bien faire qu'il y aurait un peu de maltraitance. C'est-à-dire que dans le but de bien soigner, les personnes étaient par exemple en train de mourir, et la famille insistait pour qu'on refasse les pansements. Donc on faisait plus ou moins mal, le temps de faire les pansements, alors que la personne allait décéder un ou deux jours après. C'est plus dans ce style-là ici.

INT : D'accord. Comment pensez-vous que vous réagiriez si vous deviez de nouveau être confrontés à des situations comme celles-ci ?

INF3 : Je ne sais pas parce que quand on avait fait un signalement à la mairie on avait quand même eu beaucoup d'ennuis. La famille avait porté plainte contre l'association, on avait eu beaucoup d'ennuis.

INT : C'est-à-dire ?

INF3 : Eh bien, l'association avait été embêtée par la police, qui a fait une enquête et ça s'est su dans le quartier. Donc ça a fait une très mauvaise pub.

INT : D'accord.

INF3 : Et donc je ne sais pas comment je réagirai encore à ce genre de truc. Je ferai peut-être un peu plus appel à une association un peu plus dans le droit, tout ça. Pour que ça puisse au moins aller jusqu'au bout parce que ça n'avait abouti à rien et puis il en est mort quand même, à force de se faire taper de dessus.

INT : Vous aviez le sentiment d'être impuissant face à cela ?

INF3 : Là-dessus oui, oui ! On n'a pas pu faire grand-chose. On a essayé et c'est nous qui avons eu des ennuis en plus. Tandis que la famille, eux, continuaient à picoler et il n'y avait aucun problème.

INT : Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance d'une personne âgée ?

INF3 : Ah ! Ça peut être moral, physique... enfin beaucoup de choses. La souffrance aussi, tout simplement, ou les conditions de vie.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par maltraitance morale ?

INF3 : Euh... Bourrage de tête, ou je ne sais pas comment ou pourrait appeler ça... Je n'ai pas le mot qui me vient (rire gêné), je n'ai pas le mot qui me vient. La maltraitance physique aussi : faire souffrir pour rien, là ou pouvait faire moins mal en limitant les pansements.

INT : Pour vous y a-t-il des facteurs ou situations favorisant la maltraitance ?

INF3 : L'argent, oui, ça j'ai vu. L'argent, sinon... pas spécialement, pas spécialement. Parce que l'aide ménagère c'était quand même chez un médecin donc un milieu quand même financièrement où ça va.

INT : Y a-t-il selon vous, des personnes plus à risque d'être maltraitées ?

INF3 : (Long silence de réflexion) Pas spécialement non.

INT : Et des personnes à risques d'avoir un comportement maltraitant ?

INF3 : Dans l'entourage ?

INT : Oui.

INF3 : Tout le monde. Moi j'ai vu : aide-ménagère, garde-malade, médecin, la fille, les enfants, ça peut être tout le monde, ça peut être tout le monde.

INT : Vous me disiez tout à l'heure qu'il y avait pour vous une différence entre la ville et la campagne. Vous pourriez m'en dire plus ?

INF3 : Oui, oui. Disons qu'à Lille, enfin là où je travaillais avant en ville, c'était plus physique, c'était des petits papys qui se faisaient taper dessus pour lâcher leurs pensions, une garde-malade qu'il en a giflé. C'était plus physique. Oui.

INT : Qu'est-ce qui explique ça d'après vous ?

INF3 : Aucune idée, aucune idée. Déjà le travail ici et à Lille ce n'est pas du tout la même chose, c'est très différent.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par là ?

INF3 : On faisait plus de social sur Lille.

INT : Donc par association d'idée, il y aurait un lien entre le milieu social et comportements maltraitants selon vous ?

INF3 : Peut-être, peut-être ouais. On faisait énormément de social. On était plus nombreux aussi donc on pouvait. On était douze.

INT : Quel est le rôle du médecin traitant face à cette problématique.

INF3 : Il faut déjà l'avertir et... Oui.

INT : Vous le faites souvent dans ces situations ?

INF3 : Oui, on l'a fait il n'y a pas longtemps, ce n'est pas vraiment de la maltraitance, c'est surtout pour manque d'hygiène. Et le médecin nous a aidé, est intervenu. Et on essaye de mettre quelque chose en route mais pour l'instant on n'a pas encore réussi. Ce qui peut être un genre de maltraitance aussi le manque d'hygiène.

INT : C'est-à-dire ?

INF3 : La personne ne se lave pas, ne mange pas correctement...

INT : Qu'est-ce que vous faites dans ces cas-là ?

INF3 : Là on avertit le médecin traitant et on essaye de faire accepter à cette personne de se laisser faire, enfin... d'accepter des soins.

INT : Et si elle refuse les soins... ?

INF3 : Là elle refuse, donc pour l'instant ça ne va pas plus loin.

INT : Vous échangez beaucoup entre vous concernant les situations de suspicion de maltraitance ?

INF3 : Entre nous – oui. Avec les médecins – pas tous, pas tous. Ça dépend des médecins, même si on leur signale hein. Disons qu'il y aura peut-être un médecin sur deux. Il y a des médecins avec qui on s'entend mieux, avec qui on parle plus facilement. D'autres qui n'acceptent pas... on ne peut rien leur dire, même si on leur signale un problème dans un traitement... Mais entre nous, oui, tout à fait.

INT : Qu'est-ce que vous attendez du médecin traitant dans ces cas-là ?

INF3 : Il aide beaucoup, il a plus de temps que nous quand même. Il a plus de poids que nous quand il fait un signalement, soit à la mairie soit à la police.

INT : Que faut-il faire face à une situation de maltraitance selon vous ?

INF3 : C'est pas évident, que ce soit nous ou le médecin ce n'est pas évident. Que faire ?! Ce n'est pas toujours évident non plus. Je pense qu'il faut... Oui, que ce soit la mairie ou la gendarmerie ou quelque chose comme ça. En sachant que ça pose d'autres problèmes aussi après, parce que ça s'était retourné contre nous.

INT : Comment pourrait-on mieux dépister la maltraitance selon vous ?

INF3 : On le voit ! C'est peut-être pas toujours flagrant mais... je ne sais pas... peut-être toujours à force d'en voir, on en voit plusieurs, en recoupant entre nous. Sauf si franchement c'était un gros coquard (rires).

INT : Comment pourrait-on mieux prévenir ces maltraitances ?... Y aurait-il des moyens de prévention à mettre en place selon vous ?

INF3 : Là, je ne vois pas comment non plus. Je ne vois pas comment... parce que l'aide ménagère était à bout de nerfs, donc elle n'a pas su se retenir. Éviter ça ce n'est pas évident. Les cas sociaux qui l'ont tabassé pour sa pension, ils avaient picolé... Donc prévention... Je ne vois pas trop comment. Je ne vois pas trop de prévention là-dessus.

INT : Est-ce que vous avez déjà été sensibilisé à cette problématique ?

INF3 : Euh...

INT : Avez-vous fait des formations à ce propos ?

INF3 : Non, aucune.

INT : D'accord.

INF3 : Ce n'est pas le style de formation que l'on a.

INT : Pensez-vous que cela aurait un intérêt ?

INF3 : Pourquoi pas, oui. S'il y a quelque chose là-dessus oui, pourquoi pas.

INT : Qu'est-ce que vous attendriez d'une formation comme ça ?

INF3 : De déceler un petit peu mieux et de mieux réagir. Parce qu'on ne sait jamais comment il faut réagir de toute façon. Pour que ça aboutisse, parce que je repense à quand on était allé à la mairie, ça n'a abouti à rien, le papy est mort quand même.

INT : Vous avez déjà sollicité d'autres interlocuteurs dans ces situations pour vous venir en aide ?

INF3 : Mais qui ?! Je ne sais pas du tout qui. On en parle entre nous, j'appellerais le médecin, et après je ne sais pas du tout. Mais ici, ce genre de problème, je n'ai pas encore rencontré.

INT : Quel est le rôle du soignant face à cette problématique ?

INF3 : Essayer de la voir, et ce n'est pas évident.

INT : D'accord. Vous voulez ajouter quelque chose ? Vous avez des remarques à faire concernant la problématique ?

INF3 : Mmm, non. Sauf que comme j'ai dit au départ, ce n'est pas pareil en ville et ici. Ici c'est un petit village, tout le monde se connaît. Par contre, il y a beaucoup de ragots donc il faut s'en méfier aussi, chose qu'il n'y a pas sur Lille, parce que les voisins ne se connaissent pas. Voilà.

INT : Très bien, je vous remercie de m'avoir accordé votre temps.

Entretien 9

INT : Nous allons donc parler de la problématique de la maltraitance de personnes âgées à domicile. On va d'abord commencer par quelques questions ouvertes. Quelle est votre profession ?

MED2 : Moi, je suis médecin généraliste remplaçant, toi tu es *** (INT), c'est ça ?

INT : Tout à fait.

MED2 : Donc *** (MED2), Médecin généraliste remplaçant, là en fixe depuis un an et demi au même endroit, ce qui est assez original on va dire, et je reste encore un an et demi ici, je suis un peu médecin fixe tout en étant remplaçant.

INT : D'accord.

MED2 : Et à côté de ça j'étais aux urgences, praticien assistant, il y a encore six mois. Donc j'ai fait deux ans d'urgences à côté, très occasionnelles, mais je faisais du renfort, et puis ici je travaille beaucoup sur le réseau donc j'en vois des petits vieux.

INT : OK. Qu'est-ce qu'une personne âgée pour toi ?

MED2 : Une personne âgée pour moi ?! Hou là... Pour moi, dès qu'on est dans le troisième âge on commence à en discuter, donc pour moi c'est 60 ans, mais après il y a le 65... ça dépend après de son autonomie, etc. Ma définition c'est : plus de soixante piges, globalement, pour résumer. Après il y a des gens de 80 ans qui sont tellement plus actifs que des gars de 50 ans que la nuance est... Pour mettre une limite si je devais le définir, c'est vraiment 60 ans parce qu'on se retrouve à peu près sur ça pour tous les dépistages de personne âgée, pour moi... mon idée c'est là. Voilà.

INT : Est-ce que tu as déjà été confronté à des situations de maltraitance de personnes âgées au domicile ?

MED2 : Alors oui, mais dans l'autre sens. Surtout une dame qui maltraite tous les gens qui viennent chez elle ; j'en ai eu deux ou trois même, mais une en particulier. C'est elle qui maltraite les gens qui viennent et c'est très dur de la soigner, parce qu'elle fait de la maltraitance vis-à-vis des soignants, des proches, etc. De la maltraitance, ouais j'en ai, disons oui. Si tu me demandes si j'en ai, je te réponds oui.

INT : D'accord. Tu pourrais m'en parler un peu plus.

MED2 : Ah ben ouais, bien sûr, c'est un peu le but j'imagine (rires). Alors tu veux que je te parle de cas particuliers ou de... globalement dans l'idée, qu'est-ce qu'il se passe ?

INT : On va partir de cas particuliers.

MED2 : De cas particuliers ? Eh bien j'ai une dame qui se fait harceler par son proprio. Donc elle commence à... Alors après, sur mes conseils on a mis en place une aide juridique et il y a un avocat qui l'aide et elle ne paie plus son loyer avec l'aide de l'avocat et le support de l'avocat. C'était le gars qui débarquait chez elle, ouvrait la porte, ne la tapait pas mais faisait du gros stress psychologique, lui changeait les clefs, et il fallait récupérer les clefs, enfin des bordels comme ça qui sont vraiment fatigants pour les... Enfin pour cette dame-là c'était vraiment une torture. Sinon, qui je vais voir régulièrement... ? Après, il y a de la maltraitance de couple, j'ai un couple que j'ai quitté parce que

leur maltraitance... C'était un couple toxique l'un pour l'autre, ce n'était pas de la vraie maltraitance extérieure, c'était l'un sur l'autre, je pense que, lui, lui mettait sur la gueule depuis des années et qu'elle le cherchait systématiquement depuis des années et qu'en plus ils commençaient à être suffisamment faits pour que maintenant elle lui rende aussi. Donc je suis parti un jour en visite elle a commencé à vouloir me taper. J'ai dit : « Bon, eh bien j'arrête de vous suivre ! ». C'est mon collègue qui les prend maintenant et qui me dit : « C'est très bien parce que comme tu les as virés ils ont peur de ne plus être suivis », donc ils sont comme des agneaux maintenant avec lui. C'est un peu une solution drastique, mais depuis un an et demi que je suis là c'est ce couple-là et une autre personne à qui j'ai dit : « Je ne veux plus vous suivre, parce que je n'y arrive pas, je n'ai plus d'empathie ». Mais là, la maltraitance était au sein même du foyer. Sinon j'ai des histoires de maltraitance... Alors quelqu'un qui a plutôt la cinquantaine donc on est plus sur une personne âgée, mais là ce sont les enfants qui sont là et la situation dans dix ans, je t'en parlerai, mais ce sera la même, sauf si ça se débloque, mais ce n'est pas pour l'instant en perspective. Qui ai-je d'autre... Non... Après tu as des tas de trucs qui se passent bien, donc voilà...

INT : Et dans ces situations-là, comment tu as réagi ?

MED2 : En me posant, en réfléchissant avec le patient, en trouvant des solutions, des fois en moti... Les armes de réseau ça va être beaucoup d'équipe mobile de gériatrie, quand j'ai l'impression que... Sinon après ce sont de solutions que je magouille moi-même... enfin magouille... c'est pas le bon terme... que je trafique... encore pire, merde, je m'enfonce (rires)... que je... Mac Giver, que je bricole voilà, que je bricole tout seul. Typiquement le fait de trouver une aide juridique, de trouver un avocat pour aider la dame, qui a donné un coup de fil, et moi m'a renseigné, m'a rassuré, ça lui a permis de rencontrer la dame et en fait ça a calmé les tensions avec le proprio. Donc le proprio s'est pris un petit « coup de joute » et maintenant il est calme, il l'a fait moins chier et, elle, elle est beaucoup plus tranquille mais c'était arrivé quand même à... enfin elle a eu des hallucinations, son mari qui revenait pour la rassurer. Donc ça m'a pris à peu près six mois pour gérer cette histoire-là. Donc voilà, c'est sûr que c'est typiquement le genre d'histoire qui ne peut pas se régler en une consultation. Moi qui suis remplaçant, je n'en ai pas vu douze mille en tant que... Sur mes premiers remplacements, parce que sur les premiers « remplas » que je faisais il n'y avait pas de visites et donc la c'est encore plus dur de diagnostiquer un problème de maltraitance à domicile. Euh... oui c'est vraiment le temps passé, le temps passé, le fait d'y réfléchir, le fait de revenir, pour créer un climat de confiance et puis, après, les laisser s'exprimer quoi, c'est difficile de... Je te parlerai après de cette dame qui maltraite tout le monde à l'opposé, mais ce qui est une forme de maltraitance, je ne sais pas si elle fait ça pour éloigner autour d'elle, je suis quasiment sûr qu'il y a une PHC derrière, qu'elle a une psychose hallucinatoire chronique, donc il y a tout un problème de prise en charge psychiatrique ; et enfin, là, je suis content parce que j'ai appris qu'elle était hospitalisée en médecine pour un problème de petit vieux, elle a fait une chute mécanique, normale, sans passer par la psy et j'étais, pff... (soupir de soulagement)... c'est presque bien qu'enfin... Et puis je sais que ce n'est pas grave parce que j'ai eu l'hôpital au téléphone, mais je me dis enfin on arrive à gérer un problème normalement sans qu'elle fasse suer son monde quoi. Voilà. Sinon... ouais, à peu près ça. Sinon les solutions typiques je te dis c'est vraiment les réseaux de gériatrie qui vont m'aider. La police, j'en ai pas en... Enfin des histoires qui vont jusqu'au juridique, à part cette aide-là, je n'ai pas de (soupir)... même quand la nana m'a agressé moi physiquement je me suis levé et je me suis dit : « pff... », de toute façon elle m'a fait ça (mime une légère tape contre la table), c'était ridicule. Mais au moins elle a levé la main sur moi et c'était foutu, je ne peux pas m'en occuper, je leur ai fait les gros yeux, je suis revenu, je leur ai fait peur, je leur ai dit... Parce qu'en plus j'avais peur pour eux parce que tous les deux étaient diabétiques et foutaient n'importe quoi avec leur traitement, et étaient avec des clairances qui commençaient à être vraiment inquiétantes, je leur ai dit : « C'est maintenant que vous vous réveillez où de toute façon dans un an je viendrai vous dire au revoir quoi, autrement ». Et finalement ça leur a mis le petit coup de pression qui fallait, que je pense savoir mettre, ou en tout cas que je mets à ma manière.

INT : D'accord. Qu'est-ce que tu entends par maltraitance ?

MED2 : Ah ! Qu'est-ce que j'entends par maltraitance ? Eh bien une souffrance qui n'est pas on va dire médicale, pas médicale sur une cause pathologique. Et donc quelque chose qui est induite par un élément de la société. J'entends : un citoyen qui vient faire chier un autre citoyen. Pour moi la maltraitance est là. Après, qui que ce soit, ça peut être un soignant, ça peut être quelqu'un de la famille, ça peut être un proche, ça peut être le proprio dans ce cas-là, c'est quelqu'un qui va faire du

mal à quelqu'un d'autre. Après la maltraitance ça peut être physique, ça peut être psychologique, c'est un mélange de deux, je n'ai pas d'autre idée en tête là-dessus, de terme...

INT : Ça peut prendre quelle forme chez une personne âgée à domicile ?

MED2 : Ça peut être de la privation, ça peut être l'aliénation des libertés aussi, ou en tout cas une sensation là-dessus, être pris pour plus bête ou plus handicapé ou plus atteint au niveau des démences que ça ne l'est vraiment. Voilà je... La nuance que je vais avoir c'est : j'ai un petit patient, un petit vieux, qui vit avec sa femme, lui est devenu presque aveugle donc il est vraiment handicapé là-dessus, et je connais le fils, la mère et je sais que, lui, tapait sa femme. C'était un militaire qui buvait, probablement homosexuel refoulé alors que son fils est homosexuel et l'a dit – donc « coming-out » – enfin tout est très tendu au niveau de la biographie et maintenant qu'il est complètement diminué, il y a sa femme qui serre la vis et énormément, c'est-à-dire que dès qu'il est là il ne peut rien faire. Et dès qu'elle part chercher un papier, il me dit : « Non mais ça va docteur en fait je fais des trucs ». C'est une discrète forme de maltraitance, et d'un autre côté, il mange super bien, enfin je vois les repas qu'elle lui fait, elle s'en occupe, il n'y a pas de douleur imposée donc je dirais, si on doit suivre les critères du serment d'Hippocrate qui dit que tu tais ce que tu vois chez les gens, effectivement que je tais ce que je vois chez les gens. Donc c'est presque un retour de bâton que maintenant sa femme puisse se dire : « Je ne vais pas me prendre de coup dans la gueule, je vais pouvoir « driver » un peu ma maison comme j'aimerais le faire depuis tant et tant d'années, et en plus elle le fait bien, selon des critères normaux, de normes sociales classiques. Mais lui me dit : « Ouais, j'en ai un peu marre, mais ça va, je ne vais pas si mal que ça ». Donc ça s'était un peu le truc de fond et c'est vrai qu'en plus récemment on était sur une suspicion d'hémorragie digestive en cours chez un patient qui a déjà une insuffisance rénale qu'on a décidé de ne pas traiter donc c'est un équilibre fin, donc cette semaine c'est un peu hors-norme donc là il a vraiment besoin de sa femme, il a vraiment besoin de moi, et ça s'améliore un petit peu de « bio » en « bio », donc je souffle. Mais là il y a une discrète maltraitance, jusqu'à l'opposé qui va être ce que j'ai pu citer avant. Sur des cas particuliers, après moi je me prépare à des tas et des tas d'autres cas. Éventuellement, si je tombe sur quelqu'un qui frappe éventuellement quelqu'un devant moi, je suis prêt à la prendre en visite dans ma voiture et puis la ramener je ne sais pas où, mais je me démerderai. J'ai déjà ces questions-là en tête.

INT : Vous avez des schémas d'action pour ces situations-là ?

MED2 : Si je tombe sur une agression physique à proprement parlé, je préfère prendre la personne avec moi que rester « à dispo » et je vais chez les flics l'aider à porter plainte. Parce que je ne peux pas faire autrement, je ne peux pas appeler une ambulance, je ne vais pas appeler les flics pour qu'ils viennent au domicile parce que je sais que la solution ne sera pas la même et qu'après j'ai peur de devoir m'interposer. Parce que les problèmes de maltraitance impliquent parfois des problèmes de violence et que je n'ai absolument pas envie de passer et de donner un coup à quelqu'un. J'ai souvenir que pendant mon externat en banlieue, on nous autorisait à faire la sécurité pendant les gardes aux urgences, et parce qu'on avait ce statut d'externe. Depuis mon internat, je n'ai jamais levé la main sur personne ou menacé quelqu'un parce que je ne peux pas, parce que je suis médecin, pourtant Dieu sait que j'ai le physique, tu vois comment je suis galbé. Et en plus je sais relativement bien me taper, j'ai pas envie d'avoir... sur le coup de l'énerverment de mettre une droite à quelqu'un et de perdre mon taf tout simplement. C'est plutôt ça qui me ferait peur, il suffit que je tombe sur une patiente que j'aime particulièrement bien avec un gars en face que j'aime particulièrement pas, et ça pourrait... Donc je pense que le plus simple c'est de partir, de partir mais quand même de m'impliquer là-dedans. Je ne ferai pas le coup d'appeler la police, d'attendre qu'ils arrivent et puis me barrer. Ça j'aurais trop peur qu'il y ait quelque chose qui se passe en attendant. Voilà.

INT : Est-ce qu'il y a des facteurs favorisant ou des situations qui pourraient favoriser la maltraitance d'une personne âgée ?

MED2 : Bah, après ça va être les grosses dépendances, enfin l'alcool, si sur un couple il y en a un qui boit, ça, ça va jouer ; peut-être le socio-économique et encore j'en suis pas persuadé, moi travaillant à ***, il y a eu des tensions dans des quartiers, dans des couples qui étaient plus ou moins riches et ce n'est vraiment pas spécialement les plus pauvres qui ont le plus de galères. C'est un cliché que j'aime à casser parce que c'est la vérité en fait, le bonheur des gens ne dépend pas forcément de la thune encore une fois, même si pour l'explication c'est plus sympa de tomber sur quelqu'un qui a la tête sur ses épaules, mais tu parles de personnes âgées et passé un certain âge, des fois tu peux avoir fait toutes les études que tu veux, tu n'as plus toute ta tête et donc tu n'arrives pas à implémenter des nouvelles idées dans la tête des gens.

INT : D'accord. Est-ce qu'il y a un profil type de la personne maltraitante ?

MED2 : Non. Je ne suis pas sûr de l'intérêt de cette question, enfin pour moi ça serait... ouais, quelqu'un qui est plus costaud qu'elle, donc si elle est en maison de retraite ce sera pas quelqu'un qui as dix ans de plus. J'imagine les plus jeunes, la famille, les enfants, les voisins, des jeunes qui vont avoir un intérêt à lui piquer un truc, lui piquer de la bouffe, lui piquer je ne sais pas quoi, mais quelqu'un en particulier, pff... peut-être la famille, ouais peut-être la famille, les proches en fait. Mais encore une fois, reste à savoir, pour te renvoyer à l'histoire d'avant, le schéma familial, schéma familial qu'il y a eu avant, c'est tout.

INT : Est-ce de que tu as déjà discuté de situations difficiles à domicile comme celles-là avec d'autres soignants ?

MED2 : Avec d'autres soignants ? Ouais, avec mon équipe mobile de gériatrie qui fonctionne bien, sinon avec mon infirmier, qui est un infirmier... qui est un infirmier à côté donc on en a deux dont un avec qui je fais des visites, et on en a une sur le feu, là, qui n'est pas de la maltraitance, c'est plutôt du laisser-aller et une sortie de soin donc c'est le ramener dans le soin classique alors qu'il a des droits ouverts. Oui, on discute comme ça de soucis avec mes collègues soignants, ça doit être ça. Et puis parfois avec mon collègue médecin en face, qui est médecin, des fois en soirée avec mes collègues parce que moi je suis au syndicat *** maintenant, je ne sais pas si tu connais ***, je suis renté au bureau, mais j'allais déjà à leur formation par-ci par-là. Là, c'est oui et non, ça va dépendre, je discute plus avec des amis médecins qu'avec des collègues médecins, si tu vois la différence, parce que je me fais souvent chier avec mes collègues médecins (rires). [Je me confronte avec les différents intervenants en fonction des situations, je ne pense pas rester tout seul dans ma décision. Je la confronte au moins à mon patient – mais ça c'est toujours – mais au moins à quelqu'un d'autre en plus, que ce soit en EHPAD avec quelqu'un de l'EHPAD, que ce soit quelqu'un de la famille, que ce soit avec des soignants, j'appelle beaucoup les infirmières ou même de fois les aides à la personne pour recueillir leur avis, on leur passe des petits cahiers, des cahiers de brouillons qu'on peut faire en visite pour avoir les notes de tout le monde, sans pour autant passer par un gros système d'HAD (Hospitalisation à domicile). Mais globalement je connais assez bien les intervenants qui gravitent autour de la personne. Donc oui, la maltraitance est toute relative, je pense que la maltraitance n'est pas si violente que ça ici en tout cas, dans les patients que je gère.

INT : Que faudrait-il faire pour mieux dépister cette maltraitance de sujet âgés à domicile ?

MED2 : Les sujets âgés à domicile ?... Déjà, ne pas hésiter à prendre du temps, faire des vraies visites. C'est marrant parce que tout le cas que je t'ai évoqué de maltraitance c'est les quelques rares cas de visites que je fais, parce que j'ai viré des visites, j'ai dû diviser depuis que je suis arrivé le nombre de visites par trois ou quatre parce qu'il y avait à 50 à 75 % des visites qui n'étaient pas justifiées. C'est des gens qui aimaient bien être chez eux et le médecin que je remplaçais kiffait d'aller chez eux et de prendre son petit coup pépère, ou alors pour les voir en deux minutes, typiquement la visite à vomir, ça n'a aucun intérêt. Donc, c'est de limiter les visites à celles qui sont justifiées. J'ai dû faire une à deux visites urgentes sur les trois derniers mois alors que c'était l'épidémie de grippe parce que finalement soit les gens arrivent à venir soit je leur donne les conseils par téléphone et ils viennent me voir en consultation le lendemain, soit c'est un truc qui, selon ce qu'ils me disent, est un critère de passage au SAU (service d'accueil des urgences) et c'est une perte de temps que de m'attendre et donc une perte de chance quelque part ou en tout cas une perte de temps, donc pourquoi leur faire cracher 33euros en plus alors que d'emblée, après, je vais les envoyer aux urgences, là tu me renvoies sur l'utilité de SOS médecins, je ne vais rien dire...

INT : Est-ce que tu as déjà été sensibilisé à cette problématique auparavant ?

MED2 : Oui et non. Je pense que ma fac, moi je viens de *** c'est une fac ou on nous forme à la médecine générale plus que dans d'autres facs, pour ne pas citer ***. Au premier et deuxième cycle ce n'est pas fantastique pour cette sensibilisation-là, moi j'ai eu des cours de psychologie médicale, d'éthique dès ma deuxième année où je me rappelle clairement de jeux de rôles filmés en deuxième année donc c'était il y a... trop longtemps maintenant, il y a 15 ans voire plus, où déjà ou jouait des situations où tu étais un clochard par terre en train de vomir et on te demandait : « Toi, étudiant en médecine en troisième année, qu'est-ce que tu fais ? ». Donc quand t'as ces questions-là en troisième année de médecine, forcément ça influe sur ce que tu feras plus tard. Alors moi je les avais déjà ces réflexions au lycée quand je pensais à la médecine, parce que je m'imaginai déjà médecin généraliste, donc je t'avoue que je suis à l'aise dans l'endroit où je bosse et dans le métier que j'ai

choisi. En revanche je trouve que le troisième cycle est fantastique à *** par rapport à d'autres facs. Mais bon sur la formation... C'était ça la question hein ? C'était : « qu'est qu'on peut faire au niveau formation ? » ? Peut-être revoir l'item de l'internat, de base, et qu'en fait tout ce qui est situation difficile, cet item, le premier, relation « médecin-malade-mon-cul », voilà. Mais il n'y a pas de vrai problème de question sociale posée, et tant qu'il n'y aura pas ça, pff ... de la baise, parce que tu l'apprends pas plus tôt. On continue et on s'évertue à nous apprendre du « médico-bio » alors qu'on fait du psycho-social. Tant qu'on n'aura pas ça très tôt, quand t'arrive en internat, qu'on te pose ces questions-là, qu'on te le met dans le portfolio dans tous les sens, cette dimension-là ne rentre pas dans tes considérations parce que tu l'as pas eu en premier et deuxième cycle. Pourtant si tu les as tout de suite au moins t'en as pas peur, et tu peux toujours dire plus tard que tu décides de t'en dédouaner, si tu fais chirurgie esthétique... Je pense que c'est un problème de premier et deuxième cycle, c'est pas quelque chose qu'on doit voir après sauf peut-être une campagne au niveau national, mais là ce serait avec l'INPES, un truc comme ça quoi. La seule campagne que j'ai sur les petits vieux et que je vois à peu près tous les ans c'est le petit jeune sympa avec sa petite vieille sympa en photo et puis on dit : « Ah Sébastien, il est sympa parce qu'il vient voir Raymonde », et cette photo on la ressort tous les ans depuis 5-6ans. C'est bien d'avoir une attitude positive, mais parler des drames... Est-ce que c'est judicieux ? D'une, parce que là je l'évoque comme idée mais rien qu'en le disant je ne sais pas si c'est judicieux. Donc je ne sais pas si c'est pas si c'est un tabou, mais je ne sais pas comment il est évalué.

INT : Différents soignants que j'ai interrogés auparavant – auxiliaire de vie, infirmières, aides-soignants – lorsqu'ils sont confrontés à une maltraitance considèrent qu'il y a une sorte de hiérarchisation de la prise en charge et s'en réfèrent en premier lieu au médecin traitant. Qu'est-ce que vous en pensez ?

MED2 : Oui, je suis d'accord. Je suis tout à fait d'accord avec ça. Je suis aussi d'accord pour déléguer les tâches derrière, moi il m'arrive... Après on parle de maltraitance et moi je parle de soin à la personne âgée... D'ailleurs je te conseille de regarder une EHPAD qui est sur *** qui s'appelle ***, c'est la meilleure EHPAD que j'ai vue pour l'instant sur Lille et j'en ai fait peut-être une dizaine, où tout est rangé à mort, pas « protocolisé » à l'extrême mais ils sont basés sur le principe d'Humanité®, ils ont un médecin référent coordinateur pour tout, un infirmier coordinateur pour les soins notamment les pansements. Donc le médecin généraliste va aller signer un contrat avec l'EHPAD pour gérer son patient mais derrière il y a l'équipe qui est là, il y a vraiment des outils qui sont mis en place avec des classeurs de soin, des classeurs médicaments à côté... Enfin on met les pieds là-dedans, on a envie de soigner les personnes âgées. Et c'est une structure où il y a vingt-cinq pensionnaires à la fois et ils gèrent plutôt correctement tout ça. Mais je suis d'accord pour le coup du médecin en haut sur les grosses décisions mais après il faut qu'il puisse valider beaucoup de choses par téléphone aussi parce que si on doit tout faire et tout venir valider, c'est un bordel sans nom. Là c'est le seul truc pour lequel j'étais d'accord avec le mouvement qu'il y a eu le quinze, là, c'était effectivement il faut faire attention à ne pas donner toute la pression au médecin généraliste ou alors on change notre manière d'être payé : on a un salariat, on peut bosser, et moi j'adorerai, je prends mon sac et deux jours par semaines je fais le tour de la ville à pied et puis je vais voir les gens et puis je me pose, et je sais que derrière je n'ai pas à assurer X quantités de consultations, même si j'en fais pas dix-mille, je tourne à 15-20 par jour.

INT : Est-ce que tu as des remarques complémentaire sur la problématique ?

MED2 : ... Après c'est peut-être sur le principe d'organisation de soins, c'est pas encore chez moi ici et je ne sais pas si ça le sera, mais j'avoue que je mettrais bien moi-même une permanence pour permettre aux soignants du quartier dans lequel je bosse, du bassin de vie... en leur disant par exemple : « de 14 h à 15 h je ne prends personne en consultation, je suis en train de faire mes courriers », ils peuvent m'appeler quand ils veulent pour faire le point, tous les jours de la semaine. Ça permettrait d'avoir une heure pour gérer mes fafiots parce que je n'ai vraiment pas le temps et au moins avoir ce temps là où ils savent qu'ils peuvent m'appeler ou me déranger. Sur mon téléphone, quand ils m'appellent et que j'ai pas le temps je mets un SMS, ça répond : « Merci de me rappeler plus tard ou de me faire un point SMS et je vous rappellerai ensuite ». Mais ça c'est sur sa manière de réfléchir sa médecine et sa pratique de médecine. Comme ça ils peuvent t'appeler, ils savent que tu es joignable, ils savent que tu vas leur répondre en disant : « Je suis médecin, certes mais vous pouvez me parler ». Parce qu'il y en a qui sont chauds, ce sont des médecins « Tu fermes ta gueule, je suis au-dessus de vous », donc de base tu n'as pas envie de raconter, pas envie de faire... Mais

c'est une position qui est tout à fait compréhensible pour ne pas avoir à s'occuper de ces problèmes-là, c'est la meilleure des techniques.

INT : Très bien, merci de m'avoir accordé du temps.

Entretien 10

INT : Nous allons donc parler de la problématique de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Je vais commencer par vous poser quelques questions assez générales. Quelle est votre profession ?

INF4 : Infirmière coordinatrice et responsable d'un service de soins infirmiers à domicile.

INT : Vous êtes amenée à prendre en charge des personnes âgées à leur domicile ?

INF4 : Nous avons 45 patients, donc ce sont 45 patients qu'on soigne tous les jours à leur domicile pour des toilettes, prise en charge de soins de confort, nursing, et aide à la vie quotidienne aussi, tout ce qui est soutien psychologique aussi, et soutien aux familles et aux gens qui les accompagnent.

INT : Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

INF4 : Une personne âgée pour moi... On est âgé dans sa tête. Une personne âgée peut être tout à fait autonome et avoir 93 ans et faire pleine de choses et une personne âgée de 60 ans qui est en perte d'autonomie liée à des polyopathologies ou des maladies graves où là ils ne savent plus faire grand-chose. Donc pour moi une personne âgée ça ne veut rien dire, c'est selon la façon dont on peut vivre, se débrouiller par soi-même, sa vie sociale, ses relations. Pour moi, il n'y a pas un âge où on dit on est une personne âgée. C'est sûr qu'après, à un moment donné, on perd en autonomie parce qu'on ne sait plus se laver son dos, ses bras, on ne sait plus faire ses courses ou on ne peut plus conduire, voilà, c'est une perte d'autonomie, on devient vraiment dépendant. Je pense que la personne âgée... Il y a du grand âge où les gens sont super bien. Pour moi il n'y a pas une personne âgée... et l'âge recule de plus en plus, les gens restent de plus en plus autonomes. C'est vrai qu'avant on disait que 60 ans c'était déjà une personne âgée et maintenant à 60 ans on travaille encore, on fait encore plein de choses. Pour moi ça a bien reculé de toute façon.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confrontée à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

INF4 : Alors, une situation de maltraitance qui est de part les manquements, de part la façon dont les gens à domicile prenaient en charge cette personne, c'était des gestes de maltraitance. Jamais confrontée à des gestes volontaires, de coups, de frapper, de... Je crois que c'est des choses soit par manquement, soit par un désir de bien faire, ou soit de ne plus pouvoir gérer la situation, ce qui arrive à des choses qui sont faites, et que des fois les gens ne se rendent pas compte que c'est de la maltraitance. Donc, pour un cas, c'était plutôt un manquement si on demandait des protections, si on demandait du linge, si on demandait... Pour faciliter les soins ou autre, souvent on n'avait pas, donc à force de manquer des choses, les soins en pâtissent. Donc un peu un déni de situation, on pousse, on pousse la personne dans ses retranchements alors que la personne ne sait plus et là ça devient difficile. On est obligé de mettre le holà et des fois d'aller plus loin dans la discussion et de faire remarquer qu'il y a des choses qui ne vont pas, et de là ça devient difficile parce qu'il y a des gens qui ne comprennent pas, qui sont dans un déni de la situation, de la pathologie et de la souffrance de l'autre et là ça devient quand même problématique.

INT : Qu'est-ce que vous avez fait face à ces situations ?

INF4 : Nous, on a toujours nos transmissions à faire donc j'en réfère toujours à ma hiérarchie. On a toujours des feuilles d'événements indésirables que l'on remplit selon ce que les aides-soignantes disent et moi après je reprends contact automatiquement avec la famille en essayant de voir ce que l'on peut faire. C'est pas avoir un jugement sur ces gens, c'est essayer de voir ce que l'on peut faire pour les aider à mieux gérer cette situation, donc on peut proposer plein de choses et c'est quand on arrive au bout de nos propositions, que rien n'est fait et qu'au bout on adhère à rien, que là, des fois, on est obligés de faire même passer par notre direction et faire des courriers un peu plus alarmants en

disant que si... On peut alerter et avoir des procédures contre les événements indésirables. Et moi je préviens toujours aussi le médecin traitant, l'infirmière, tout le personnel paramédical qui tourne autour de la personne soignée.

INT : Vous me parlez d'aides, de propositions que vous apportez à l'entourage de la personne soignée. Vous pouvez m'en dire plus ?

INF4 : Alors ici, on a la chance d'avoir – pas beaucoup – mais on a la chance d'avoir une psychologue qui travaille quatre heures par semaines avec nous donc qui peut des fois... Chacun son travail. À force, on a quand même un petit peu ce « feeling » et on arrive quand même beaucoup à parler avec l'aidant mais là c'est son rôle spécifique et on peut proposer une visite pour que la personne puisse, soit lâcher un peu de lest, ou pouvoir repositionner les choses correctement et l'aider dans une autre prise en charge. Donc après on peut proposer par exemple un accueil temporaire pour essayer d'avoir un recul, un peu de répit. C'est ce que cette dame faisait, elle hospitalisait... La personne soignée était hospitalisée 15 jours – 3 semaines pour que la personne souffle, et c'était en hospitalisation, c'était pas en accueil de jour, c'était en hospitalisation. Parce qu'effectivement ce monsieur avait tellement de pathologies que par moments il fallait faire le point sur ses maladies et ça permettait à madame de souffler un peu. C'est vrai que l'on ne se rend pas compte de la charge de travail au niveau des soins, parce qu'ils sont 24 h/24 h avec leur famille, et la charge psychologique qu'il peut y avoir parce que tout s'arrête : la vie sociale, les amis, la famille, les petits-enfants, tout est mis entre parenthèses ; ou alors du temps en moins passé, et puis pas pour eux en plus : aller chez le coiffeur c'est compliqué... On ne se rend pas compte je pense. Et ça arrive souvent aussi dans les maladies d'Alzheimer où, là, les aidants sont à bout, à bout, à bout. Où, là, ils n'en peuvent plus et des fois c'est eux qu'on ramasse en pleurs et de ce fait-là on essaye de déculpabiliser et on essaye de trouver une solution assez rapide pour que les gens puissent arrêter ; et là il y a tout un travail qui est fait aussi : nous, dans notre propre SSIAD, par rapport à la psychologue et moi pour aider les familles avec les médecins, on essaye de s'organiser de voir ce que l'on peut faire autour de tout ça, et rapidement, pour que ça ne dégénère pas. Et donc c'était l'autre situation que j'avais eue et qu'on avait dû interpellé, et là le médecin avait réagi très vite : c'était une dame dont le monsieur avait eu un accident vasculaire et des gros troubles du comportement et la nuit il arrachait tout, il faisait des confettis avec ses couches, il se déshabillait, il voulait se lever, il tombait... bref. Et elle n'avait pas trouvé mieux que de l'attacher avec une sangle autour de son lit donc on lui a expliqué que ce n'était pas tellement à faire et qu'on n'avait pas trop le droit de faire ça, on lui a dit qu'il existait d'autres choses, des « pyjadraps », des... Et comme elle cousait beaucoup, je lui ai fait voir ce que c'était et elle l'a fait elle-même. Il suffisait de trouver des choses, mais on est passé par une belle porte parce que ce monsieur il avait les trucs qui lui remontaient au niveau du cou (mime les sangles), on aurait pu avoir un accident.

INT : Mmh.

INF4 : Mais madame ne voulait pas en entendre parler donc le médecin quand il y est allé en visite, il a dit : « C'est comme ça et c'est pas autrement. On n'a pas le droit de faire ça, on ne le fait pas, voilà ! ». Quand on a les médecins avec nous c'est toujours plus beaucoup plus facile, ou alors des fois on peut faire des visites communes. Après, de la maltraitance ça peut être aussi des gens qui ne sont plus capables de rester du tout du tout au domicile et pour moi c'est aussi un manquement quand on laisse sa famille alors que les gens confondent jour-nuit, qu'ils sont deux et qu'on sait que ça ne va plus et qu'on retrouve des selles partout dans la maison et qu'ils ne mangent plus bien, ils mangent à n'importe quelle heure, ils n'ont plus de rythme, de cadre, pour moi ça aussi c'est un manquement, et quand la famille ne veut pas reconnaître ça et qu'en plus on a des gens qui ne sont pas sur place, qui sont plus loin, voire à l'étranger, là c'est franchement compliqué pour nous parce qu'on sait qu'on a cette situation qui est vraiment signe d'alerte, et souvent quand les gens reviennent : « Ah non, non, non, tout va bien ! », c'est pas possible ! Et comme les gens ne veulent pas être placés ou autre ils disent : « Mais si, si, si, on se débrouille très bien ! ». Nous, on a notre place là, à dire : « On a remarqué ça, ça, ça, ça ». Et des fois ça nous arrive de faire même des synthèses avec les infirmiers libéraux qui passent, les médecins, même des fois les aides-ménagères et on recadre tout, chacun dit : « Moi, c'est ça, ça, ça, ça », « Nous, c'est ça, ça, ça, ça » et puis généralement nous on dit : « Ben voilà, nous on peut vous proposer ça comme ça » et... On essaye d'avoir toujours des objectifs plus ou moins courts parce que malgré tout, trouver des places dans des institutions spécialisées c'est pas facile, l'accueil temporaire coûte cher parce que ce n'est pas pris en charge. On marche sur... enfin... C'est toujours compliqué de pouvoir mettre des choses en place quand on sent qu'il y a des

situations qui sont assez volcaniques et qui risquent de tomber sur de la maltraitance, et ça pourrait arriver.

INT : Vous me parliez du psychologue et du médecin. Quelles autres aides extérieures sollicitez-vous ?

INF4 : Qu'est ce qui est arrivé... ? Il y a eu une patiente qui a été suivie, parce que là c'était pile de la psychiatrie, et c'était une infirmière de psychiatrie du CMPP ou du CMP (Centre médico-psychologique), je ne sais plus, qui passait au domicile. Donc j'ai eu deux patients comme ça, où il y avait une détresse, mais c'était plus sur des problèmes psychiatriques où là on faisait intervenir quelqu'un d'autre de plus spécialisé. Sinon, les kinésithérapeutes un peu moins, les ergothérapeutes... Nous on a une convention avec l'ESAD (Équipe spécialisées Alzheimer à domicile), donc en cas de soucis au niveau d'une prise en charge Alzheimer si on a besoin, s'il y a un rythme à donner, un cadre à... l'ergothérapeute peut mettre en place la séance... donc là on intervient aussi avec l'ergothérapeute. Mais sinon c'est beaucoup aussi la famille, mais on n'a pas d'autre intervenants.

INT : D'accord. Comment définiriez-vous la notion de maltraitance d'une personne âgée ?

INF4 : Ben, la maltraitance ça peut aussi bien être physique, voilà... Pour moi au niveau des personnes âgées ça peut être... Peu importe, ça peut être une contention malveillante, un manquement : ne pas donner à manger à la personne ou ne pas s'en occuper, ça peut être psychologique aussi : toujours crier sur la personne, dire des choses pas très gentilles... ou l'ignorer, l'ignorance aussi. Donc c'est aussi bien psychologique que physique aussi la maltraitance... Les dénis aussi, moi je trouve qu'on a beaucoup de gens qui sont dans le déni de la situation et qui peut du coup faire basculer les gens dans des situations très délicates et inconfortables.

INT : Qu'est-ce que vous ici entendez par déni ?

INF4 : Déni, c'est qu'ils ne veulent pas se rendre compte que leur papa, leur maman sont dans un état où le maintien à domicile n'est plus possible : « Oui, mais il ne veut pas partir, il veut rester chez lui, il veut mourir à sa maison, il ne veut pas aller à la maison de retraite, ce n'est pas possible », et on arrive à des situations où il y aurait pu avoir des choses mises en place bien avant et à force de faire traîner les choses, on arrive à des situations où c'est l'hospitalisation parce qu'il est arrivé quelque chose de grave, une chute... Et après, forcément, ça s'oriente sur de l'EHPAD ou... sans avoir vraiment un choix de structure, sans... On explique que des fois il vaut mieux préparer confortablement les choses avant, savoir où on a envie d'aller, où faire des dossiers, mais c'est très, très compliqué de faire comprendre aux gens qu'à un moment donné, même si leur maison c'est ce qu'ils souhaitent le plus longtemps possible, ce qu'ils essayent de faire, à un moment donné c'est plus possible, ça devient dangereux. Et ça c'est très, très difficile de faire accepter ça. Et de là, ben, c'est vrai que des fois on les laisse et on se dit : « Mon Dieu... », c'est compliqué. On sait qu'on est vraiment sur le fil du rasoir. Mais bon, parfois on ne peut pas faire autrement, on ne peut jamais placer quelqu'un contre sa volonté, même quelqu'un qui a des troubles cognitifs. Alors des fois, il nous arrive de faire des demandes de tutelle, des signalements au niveau du juge, ça arrive. Donc des fois, ça aussi on le fait par exemple, en collaboration avec les assistantes sociales de l'hôpital. Ah bah oui, je n'en ai pas parlé, mais on a une assistante sociale ici au niveau du service qui s'occupe des personnes âgées et qui vient en renfort quand il y a des situations comme ça de maltraitance quand il y a des situations comme ça de maltraitance et qu'il faut faire des rapports ou des notes. Voilà.

INT : Qu'est-ce qui pourrait favoriser un comportement maltraitance selon vous ?

INF4 : Je pense surtout que... je pense surtout que ça peut être une goutte d'eau qui fait déborder le vase, passer à un acte irréfléchi parce qu'on ne peut plus, soit on n'accepte plus la situation, soit on est débordé soi-même, soit les personnes sont elles-mêmes vulnérables de par leur âge, parce que nous on soigne à partir de 60 ans mais l'âge moyen qu'on soigne c'est plus vers 83 – 85 ans, qui eux-mêmes sont des fois pas bien, et donc ça, plus ça, plus ça, ça fait que des fois ben... il arrive à un moment donné à passer... à crier, à ne plus savoir, et ça, ça arrive, ça peut arriver. Je pense que ça peut être légitime, des fois on peut se demander comment nous on réagirait et c'est là toute la difficulté de dire : « Bon, on va faire quelque chose », mais les gens des fois ne se laissent pas non plus faire et n'acceptent pas les aides, les gens n'acceptent pas, c'est compliqué.

INT : Quel est le rôle du soignant face à cette problématique ?

INF4 : Le rôle du soignant je pense que c'est – un – ne pas être dans un jugement et ne pas culpabiliser les gens outre mesure, remettre le cadre de la loi, remettre le cadre de ce qui est interdit. Ça c'est important aussi qu'il y ait un cadre. Même si la personne qu'on accompagne est malade, fait des choses inconsidérées et bien il faut appeler, et nous on est là aussi pour leur donner les moyens pour soulager cette souffrance, la souffrance de l'un et la souffrance de l'autre qui est souvent... Ce qui fait des fois que ça engendre des volcans. Je crois que nous on est là pour apporter... essayer d'apporter des solutions, essayer de calmer le jeu essayer de mettre des choses en place pour que ça ne se reproduise plus, avoir un œil vigilant et donc à ce moment-là... Les aides-soignants passent tous les jours, pour les gros cas c'est 7 jours sur 7, donc tous les jours il y a un œil attentif, et aussi vite moi je suis au courant, et aussi vite on peut mettre des choses en place ou voire plus ; s'il faut l'hospitalisation, on hospitalise.

INT : Vous me parliez tout à l'heure avant l'entretien de protocoles : vous avez des protocoles spécifiques pour les situations de maltraitance ?

INF4 : On a des fiches d'événements indésirables donc s'il y a eu quelque chose que les aides-soignants ont pu observer chez un patient, ils me décrivent les faits et moi je marque ce qu'a été la décision prise, si j'ai prévenu ma... Moi souvent je préviens ma direction parce qu'on est un établissement communal donc on a besoin quand même d'une hiérarchie, voilà, c'est pareil à l'hôpital de toute façon. Et moi, je note mon suivi ; ça peut être des événements... et ça peut être aussi contre les soignants, des fois des gestes contre les soignants, des paroles contre les soignants, donc c'est aussi bien pour les soignants que pour les personnes soignées. Mais de toute façon ce dossier et je suis tenue à avoir un suivi. (Montre un dossier avec des feuilles d'événements indésirables)

INT : D'accord. Comment pourrait-on mieux repérer ces maltraitances selon vous ?

INF4 : Eh bien moi je pense qu'on doit être très sensible à l'impatience des gens qui les entourent. Alors quand il y a la famille autour, écouter ce qu'ils disent, regarder leur façon d'être, s'il y a quelque chose qui bouge, si on... On perçoit quand même facilement l'énervement des gens ou la fatigue, la grande fatigue, ou ils nous le disent quand... bon des fois ça passe mieux avec une aide-soignante, peu importe... donc des fois les gens se confient en disant : « C'est plus possible, je suis fatigué, je n'en peux plus, je ne sais plus comment faire », donc là bien souvent on réagit. C'est souvent des signes de fatigue, c'est souvent des signes de ras-le-bol. Et la famille c'est parce que... Nous c'est des fois des enfants qu'on récupère en disant : « Ils nous ont appelés cinq fois aujourd'hui, si ce n'est pas plus. Moi je ne sais plus quoi vous dire, je ne sais plus quoi faire », donc c'est de là qu'il faut faire très attention que le ras-le-bol ne s'installe pas et que du coup les choses s'enveniment et des choses regrettables des fois qui ne devraient pas arriver. Donc il faut avoir cette vigilance et cette bienveillance. On travaille aussi sur la bientraitance en ayant... Voilà, l'accompagnement et le soutien des familles c'est très, très, très important, et puis les gens de par la proximité des soins qu'on a avec eux, il y a la proximité aussi de la confiance. Les aides-soignantes sont aussi très, très, très marquées par ça. Et aussi beaucoup de réunions de transmissions pour savoir où ça en est ; comme là en ce moment je suis sûre qu'il y a des syndromes de glissement qui s'installent donc on est sur le qui-vive, à savoir ce qu'on va mettre en place.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par bientraitance ?

INF4 : La bientraitance pour nous ce n'est pas le contraire de la maltraitance comme on pourrait le croire, c'est surtout caler ce que les gens ont envie que l'on fasse avec eux dans leur prise en charge et dans leurs soins et dans ce qu'ils aiment, ce n'est pas parce qu'on est à domicile et qu'on ne sait plus faire sa toilette qu'on est lus capable de faire des choses qu'on aime faire. Donc ça peut être dans une prise en charge de soins, effectivement on fait la toilette, on change les vêtements, mais ça peut dire aussi : « J'aime bien aller me promener, j'aime bien... » ; il y a une dame de cent ans qu'on a faite sortir de chez elle parce qu'elle voulait revoir son église, et elle en a pleuré de revoir son église et c'était une chose qu'elle n'avait plus faite depuis « X temps ». Donc je pense que quand il y a le psychologique qui va bien, il y a la santé qui est quand même un peu meilleure, et pour ces grands âges-là c'est aussi aller faire une manucure ou prendre le temps au lieu de... On ne se dépêche jamais de faire un shampoing en tournée quand il y a une toilette, on prend le temps par exemple l'après-midi d'aller faire un « capiluve », et puis on prend du temps quitte à boire un café avec la personne. On voit les gens autrement et ces gens-là nous voient d'une autre façon aussi. Ça peut être un accompagnement aussi pour faire un jeu, pour discuter de ce qu'ils faisaient avant... et ça, ça rentre dans la tournée de confort, on appelle ça la tournée de confort, mais c'est aussi de la bientraitance de prendre soin des gens, écouter ce qu'ils ont à dire des fois, parce qu'il y a des gens

qui sont isolés, isolés, qui n'ont personne, mais personne, donc les seules personnes qu'ils peuvent voir c'est le portage à domicile, les aides-ménagères et les aides-soignants, et l'infirmière. C'est que du para-médical autour d'eux parce qu'ils sont seuls.

INT : Vous avez déjà été sensibilisée à cette problématique ?

INF4 : Oui, je viens de PMI (Protection Maternelle et Infantile), donc la protection maternelle et infantile où on gère la maltraitance qui est autre mais qui se ressemble très fort quand même. Donc j'avais déjà été sensibilisée à ça en arrivant ici, en ayant les signes, les clignotants, les choses... qui sont différents, qui sont différents mais qui malgré tout se ressemblent très fort. Dans l'agacement... Un enfant pleure tout le temps et des fois il y a un geste qui part et « poum », voilà, et là c'est pareil : « C'est tellement agaçant la nuit, je suis fatigué, je ne peux plus dormir, ça fait 4 jours que je ne dors plus et bien je l'attache dans son lit quoi », c'est... Voilà donc... Ah si la maltraitance c'est... Si, j'ai été formée à ça et formée aussi à pouvoir faire des procédures de signalement. Donc ici, ce n'est pas encore pareil parce que les signalements s'en vont directement... c'est souvent de l'assistante sociale et nous qui faisons des notes conjointes.

INT : Et ici, vous avez des formations au SSIAD sur la problématique.

INF4 : Directement faites par le SSIAD, non. Mais les aides-soignantes ont le choix de leur formation sur le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale), oui j'ai des aides-soignantes qui avaient choisi « Bientraitance – Maltraitance », j'en ai quelques-uns qui ont été formés, oui, oui. Et puis on en parle beaucoup en transmission et on a la psychologue qui est là aussi quand on voit une situation qui risque de déraiser, comment on peut faire, on en discute ensemble.

INT : Je pense avoir fait le tour de ce que j'avais à vous demander. Vous souhaitez ajouter quelque chose ?

INF4 : Non, mais je suis contente que quelqu'un se penche sur ce souci (rires), parce que... et c'est bien de faire comprendre... parce que des fois on a l'impression d'être tout seul quoi, on est un peu noyé au milieu de tout et des fois on se dit : « On ne va pas trouver de solution », et ça serait bien de pouvoir partager plus facilement, ça, ça serait important quand on est à domicile et que... Voilà, je pense que c'est important quand on sent qu'il y a des... Même nous des fois si on ne perçoit pas et que des fois le médecin passe, nous dire : « Moi je ne la trouve pas bien, comment vous... ? », avoir plus de relation et pouvoir plus discuter sur des cas délicats, ça serait intéressant pour nous, en tant qu'infirmières coordinatrices.

INT : D'accord. Je vous remercie.

Entretien 11

INT : Nous allons parler de la maltraitance de personnes âgées à domicile. On va commencer par quelques questions assez générales pour faire connaissance. Quelle est votre profession ?

INF5 : Infirmière libérale.

INT : Vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à domicile ?

INF5 : Oui. Pour la distribution médicamenteuse, pansements d'escarres, pansements.

INT : D'accord.

INF5 : En gros, c'est ça.

INT : Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

INF5 : Une personne âgée ? C'est une personne qui devient dépendante, pas forcément avec l'âge mais avec le corps. Parce qu'il y a des personnes de 90 ans qui sont tout à fait indépendantes et d'autre à 80 balais sont dans leur lit, ou bien avant. D'accord ?

INT : Mmh. Est-ce que vous avez déjà été confrontée dans votre profession à des situations de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

INF5 : Alors maltraitance par coups non, par contre par exemple, laisser une couche à son papa pendant 48 heures sans la changer, moi j'estime que c'est de la maltraitance. Parce que le papy est resté dans ses excréments tout le week-end. Donc là j'ai mis les enfants devant le fait accompli et tout doucement... voilà, j'ai demandé à ce qu'il y ait une aide qui soit mise en place. Donc ça a été fait, mais bon j'arrivais quelques fois le dimanche soir et il n'avait pas été changé, il n'avait pas mangé, il n'avait pas eu à boire. Donc j'estime que c'est une forme de maltraitance. Mais pas coups, non jamais. Par paroles aussi peut-être en bousculant un peu la personne parce que les enfants veulent que ça soit plus réactif, pas vraiment méchamment mais assez sec, assez brutal en parole on va dire.

INT : Dans la situation que vous évoquiez juste avant, vous avez parlé de la situation avec les enfants, que... ? (interruption de la question).

INF5 : Oui j'ai parlé aux enfants et j'ai fini par avoir gain de cause et ça a été difficile parce que... voilà quoi, c'est toujours question d'argent, question de ceci, question d'aidants, mais bon ça va, ça a été, ça a été mis en place. Mais le fils, ça a été très très dur. Je l'appelais pour m'aider au change, parce que je le faisais bénévolement et il arrivait avec un grand sourire trois quarts d'heure après en me disant : « Ah bah moi j'aime pas ça. ». D'accord ? C'est quand même...

INT : Mmh. Donc là, qu'est-ce qui a été mis en place ?

INF5 : Service de soins à domicile pour la toilette, pour le repas ce sont les enfants qui s'en occupent. Du coup tous les enfants ont pris le fait de venir le midi ou le soir pour lui donner à manger parce que maintenant il y a quand même plus d'intervenants donc on va dire surveillés entre guillemets, donc ils se sentent un petit peu obligés de le faire on va dire.

INT : Vous pourriez me parler d'autres situations qui vous ont interpellée ?

INF5 : Ben, c'est celle que j'ai vécue il n'y a pas longtemps. Après dans mes années précédentes, c'est surtout par parole. Mais des personnes qui étaient encore valides, mais plus par parole pour les bousculer, les obliger à être plus vives alors qu'elles ne peuvent plus. Où alors elles se plaignent d'avoir mal donc : « Non, ne te plaint pas ! ». Ce n'est pas vraiment de la maltraitance, mais ce n'est pas non plus de la gentillesse.

INT : Dans ces cas-là, qu'est-ce que vous avez ressenti et comment avez-vous réagi ?

INF5 : J'essaie de parler avec la personne elle-même, de lui faire comprendre que les enfants, dans leur vie, c'est assez compliqué, que... Enfin c'est difficile de leur expliquer ça. Ils comprennent qu'ils ont leur vie mais en même temps ils aimeraient que leurs enfants soient plus gentils, plus disponibles, moins seuls.

INT : Dans ces situations, quelle aide vous pouvez proposer ?

INF5 : C'est difficile. Moi, je reste avec eux un peu, je parle avec eux un peu, je ne peux pas rester extrêmement longtemps, mais j'essaie de les aider, de m'asseoir avec eux, de leur faire passer un petit moment sympathique. Par contre les enfants, ce n'est pas toujours facile de les voir, et quelques fois je ne les ai jamais vus.

INT : D'accord. Ces situations vous sont donc directement rapportées par la personne âgée ? Elle vous en parle ?

INF5 : Oui, elle se confie, oui.

INT : Et ça arrive fréquemment qu'on se confie à vous en tant que soignant ?

INF5 : Oui, tout le temps. Tout le temps. Je dois... (rires) je le provoque, je pense. J'essaie de leur parler, d'être gentille, de dire bonjour. On m'offre un café, je n'aime pas le café mais bon, je m'assieds et puis... comme ça, ça permet de lancer la discussion, les confidences, voir ce qui ne va pas, ce qui va.

INT : D'accord. Et dans les situations difficiles où vous suspecteriez une maltraitance, sur qui pourriez-vous vous appuyer ?

INF5 : Pff (soupir), il y a EMERA (Écoute et soutien des Malades, de leurs proches, Entraide des professionnels avec le Réseau médico-social d'Accompagnement) à Valenciennes qui... qui peut nous aider éventuellement. Si on a des soucis, nous, on peut aller les voir. Enfin, ça ne m'est encore jamais arrivé mais...

INT : EMERA c'est... ?

INF5 : C'est une institution, c'est à Valenciennes, et elle s'occupe des personnes qui sont dans le besoin, qui ont un cancer, des chimios, ou personnes âgées ou... donc ça c'est bien.

INT : D'accord. Comment définiriez-vous la notion de maltraitance d'une personne âgée ?

INF5 : Euh, c'est de ne pas leur donner les soins adéquats, d'être très brusque, voire de les frapper, mais ça je n'ai jamais été témoin de quoi que ce soit, donc je ne peux pas témoigner là-dessus. Mais de la brutalité oui, de la brutalité envers les personnes pour... Eux pensent qu'ils doivent les stimuler en faisant ça mais moi je pense que non.

INT : D'accord. Y a-t-il des situations ou des éléments qui sont évocateurs d'une maltraitance selon vous ?

INF5 : Une personne qui se renferme, qui reste dans son lit sans bouger. Je ne sais pas... Je vous dis, des coups j'ai jamais vu sur les corps non plus. Donc là je ne peux pas témoigner là-dessus. C'est surtout par euh... non-assistance à personne, les laisser tout seul toute la journée ou ne pas les... voilà. Moi c'est principalement ça dont j'ai été témoin.

INT : D'après vous il y a des facteurs qui pourraient favoriser ces situations de maltraitance ?

INF5 : C'est difficile à savoir, ça dépend de la relation antérieure des parents avec les enfants. Mais ça, vous ne connaissez jamais vraiment. Enfin, moi non.

INT : Vous me parlez des enfants. Qui est maltraitant selon vous ? Y a-t-il un profil de personne maltraitante ?

INF5 : Il y a aussi les aides-soignants aussi, qui peuvent être brutaux parce que les personnes ne vont pas assez vite. Mais bon, en général je ne suis pas là lorsque les aides-soignantes sont là, c'est ce que l'on m'a rapporté.

INT : Que faites-vous dans ces cas-là ?

INF5 : J'essaie de discuter avec eux pour savoir le vrai du faux, aussi. Parce que quelques fois on ne sait pas vraiment. Après j'ai déjà été aussi témoin de violence... enfin violence... de brutalité dans les hôpitaux, parce que j'ai travaillé dans les hôpitaux aussi. Mais plus du personnel soignant, par des brutalités, pour aller vite, pour les retourner. Mais c'est assez rare, c'est très rare. L'équipe où j'étais, non. C'était plus cool.

INT : Est-ce qu'il y a des personnes âgées plus à risque que d'autres selon vous ?

INF5 : Je pense que oui. Celles qui ne bougent plus dans leur lit, je pense quelles sont plus à risque d'être maltraitées, qui n'ont plus de défense on va dire. Enfin, je pense. Bon, maintenant les petites mamies qui ne bougent presque plus et qui sont... qui bougent encore chez elles et qui sont autonomes mais pas trop. Mais bon, maintenant c'est connu tout ça donc les gens font quand même beaucoup plus attention, je pense. On en parle beaucoup, alors qu'avant c'était caché donc... mais ça pouvait se faire on va dire. Enfin, je ne sais pas si vous avez eu d'autres témoignages dans ce sens mais c'est comme ça que je le ressens.

INT : Vous me dites qu'on en parle beaucoup ; vous avez été sensibilisée d'une manière ou d'une autre à la problématique ?

INF5 : Ben, on en entend parler beaucoup, mais sensibilisée par d'autres collègues, non. Le vivre comme ça, oui. Et encore, le petit papy, là, que j'ai, il me disait : « Écoute, va me chercher de l'argent parce que mon fils ne va pas me le ramener. ». C'est pas de la maltraitance mais c'est aussi une non-confiance mais c'est aussi du vol. Non ?

INT : Mmh. Vous en discutez de ces situations avec vos collègues ou avec le médecin traitant ?

INF5 : Ah oui. Le papy dont je viens de vous parler, oui. J'en ai discuté avec son médecin traitant et il m'a épaulé pour dire de mettre des choses en place derrière.

INT : C'est-à-dire ?

INF5 : Eh bien, il les a vus en consultation, il leur a expliqué et après ça a bougé, moi je leur ai réexpliqué derrière, je leur ai dit que c'était indispensable. Et ça a fini par bouger et ça s'est mis en place. Mais bon, la fois dernière, je suis arrivé et le petit papy avait vomi partout. Je me suis arrangée pour le mettre en situation de propreté, j'ai téléphoné à son fils qui ne m'a jamais répondu, jamais, jamais. Soi-disant qu'il n'avait plus de portable. Après j'ai eu la fille avec les aides-soignants, et il a été hospitalisé. On s'en sort mais bon, ne serait-ce que ça, s'il n'a pas envie il ne va pas me répondre.

INT : Pour vous, quel est le rôle du soignant face à cette problématique ?

INF5 : Eh bien, de faire bouger les choses, déjà. De voir avec... si possible avec la famille, si possible avec le médecin traitant, en discuter, voir ce qu'on peut faire et voir ce qu'on peut mettre en place.

INT : Qu'est-ce qui pourrait être mis en place ?

INF5 : Un peu de psychologie, par un psychologue mais bon, ça je n'ai jamais vu que ça se mettait vraiment en place. Mais c'est vrai que ça pourrait aider la famille je pense, et la personne touchée et la famille élargie.

INT : Comment mieux prévenir ce phénomène ?

INF5 : Pour prévenir, déjà, il faut en être témoin. Je pense que ça se fait quand même pas mal parce qu'on en entend quand même parler beaucoup aux infos, beaucoup ailleurs, les gens en parlent maintenant, ce n'est plus tabou, ce n'est plus caché. Mais bon, il faut toujours un témoin, il faut quelqu'un qui vous le dise. Si vous n'avez pas de témoins, vous n'avez pas de témoin vous ne pouvez pas... c'est difficile à évaluer quand même si la personne ne se confie pas.

INT : Comment peut-on mieux dépister cela alors ?

INF5 : Ah, parler, s'arrêter, les écouter.

INT : Vous pensez que les soignants qui sont à proximité des personnes âgées à domicile prennent le temps de le faire ?

INF5 : Ça dépend des soignants, je pense. Il y en a qui sont pressés, qui se dépêchent, qui font le soin et qui se barrent. Mais c'est vrai qu'il faut écouter les gens. Vous, comme moi, comme les autres soignants en général.

INT : Vous avez déjà eu des formations à ce sujet ?

INF5 : On va dire que je me suis formée sur le tas, je ne suis pas allée en formation.

INT : Vous me disiez tout à l'heure que vous aviez une expérience hospitalière, vous pensez que la problématique est la même à domicile et en institution ou à l'hôpital ?

INF5 : Non, ce n'est pas pareil parce qu'à l'hôpital on n'a pas le même contact avec les gens qu'on a à domicile. Je dirai qu'à domicile on ne fait pas partie de leur famille... mais de leur vie. On les voit tous les jours, et suivant le temps qu'on passe avec eux, c'est plus facile en libéral, de mon point de vue.

INT : Plus facile de... ?

INF5 : De parler aux gens.

INT : Est-ce que vous avez des remarques ou des choses à ajouter concernant la problématique ?

INF5 : Non, je crois que je vous ai dit tout ce que j'avais en réserve. (rires)

INT : D'accord, on va donc s'arrêter là. Je vous remercie.

Entretien 12

INT : Nous allons parler de la maltraitance de personnes âgées à domicile. On va commencer par quelques questions assez générales pour faire connaissance. Quelle est votre profession ?

INF5 : Infirmière libérale.

INT : Vous êtes amenée à vous occuper de personnes âgées à domicile ?

INF5 : Oui. Pour la distribution médicamenteuse, pansements d'escarres, pansements.

INT : D'accord.

INF5 : En gros, c'est ça.

INT : Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

INF5 : Une personne âgée ? C'est une personne qui devient dépendante, pas forcément avec l'âge mais avec le corps. Parce qu'il y a des personnes de 90 ans qui sont tout à fait indépendantes et d'autre à 80 balais sont dans leur lit, ou bien avant. D'accord ?

INT : Mmh. Est-ce que vous avez déjà été confrontée dans votre profession à des situations de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

INF5 : Alors maltraitance par coups non, par contre par exemple, laisser une couche à son papa pendant 48 heures sans la changer, moi j'estime que c'est de la maltraitance. Parce que le papy est resté dans ses excréments tout le week-end. Donc là j'ai mis les enfants devant le fait accompli et tout doucement... voilà, j'ai demandé à ce qu'il y ait une aide qui soit mise en place. Donc ça a été fait, mais bon j'arrivais quelques fois le dimanche soir et il n'avait pas été changé, il n'avait pas mangé, il n'avait pas eu à boire. Donc j'estime que c'est une forme de maltraitance. Mais pas coups, non jamais. Par paroles aussi peut-être en bousculant un peu la personne parce que les enfants veulent que ça soit plus réactif, pas vraiment méchamment mais assez sec, assez brutal en parole on va dire.

INT : Dans la situation que vous évoquiez juste avant, vous avez parlé de la situation avec les enfants, que... ? (interruption de la question).

INF5 : Oui j'ai parlé aux enfants et j'ai fini par avoir gain de cause et ça a été difficile parce que... voilà quoi, c'est toujours question d'argent, question de ceci, question d'aidants, mais bon ça va, ça a été, ça a été mis en place. Mais le fils, ça a été très très dur. Je l'appelais pour m'aider au change, parce que je le faisais bénévolement et il arrivait avec un grand sourire trois quarts d'heure après en me disant : « Ah bah moi j'aime pas ça. ». D'accord ? C'est quand même...

INT : Mmh. Donc là, qu'est-ce qui a été mis en place ?

INF5 : Service de soins à domicile pour la toilette, pour le repas ce sont les enfants qui s'en occupent. Du coup tous les enfants ont pris le fait de venir le midi ou le soir pour lui donner à manger parce que maintenant il y a quand même plus d'intervenants donc on va dire surveillés entre guillemets, donc ils se sentent un petit peu obligés de le faire on va dire.

INT : Vous pourriez me parler d'autres situations qui vous ont interpellée ?

INF5 : Ben, c'est celle que j'ai vécue il n'y a pas longtemps. Après dans mes années précédentes, c'est surtout par parole. Mais des personnes qui étaient encore valides, mais plus par parole pour les bousculer, les obliger à être plus vives alors qu'elles ne peuvent plus. Où alors elles se plaignent d'avoir mal donc : « Non, ne te plaint pas ! ». Ce n'est pas vraiment de la maltraitance, mais ce n'est pas non plus de la gentillesse.

INT : Dans ces cas-là, qu'est-ce que vous avez ressenti et comment avez-vous réagi ?

INF5 : J'essaie de parler avec la personne elle-même, de lui faire comprendre que les enfants, dans leur vie, c'est assez compliqué, que... Enfin c'est difficile de leur expliquer ça. Ils comprennent qu'ils ont leur vie mais en même temps ils aimeraient que leurs enfants soient plus gentils, plus disponibles, moins seuls.

INT : Dans ces situations, quelle aide vous pouvez proposer ?

INF5 : C'est difficile. Moi, je reste avec eux un peu, je parle avec eux un peu, je ne peux pas rester extrêmement longtemps, mais j'essaie de les aider, de m'asseoir avec eux, de leur faire passer un petit moment sympathique. Par contre les enfants, ce n'est pas toujours facile de les voir, et quelques fois je ne les ai jamais vus.

INT : D'accord. Ces situations vous sont donc directement rapportées par la personne âgée ? Elle vous en parle ?

INF5 : Oui, elle se confie, oui.

INT : Et ça arrive fréquemment qu'on se confie à vous en tant que soignant ?

INF5 : Oui, tout le temps. Tout le temps. Je dois... (rires) je le provoque, je pense. J'essaie de leur parler, d'être gentille, de dire bonjour. On m'offre un café, je n'aime pas le café mais bon, je m'assieds et puis... comme ça, ça permet de lancer la discussion, les confidences, voir ce qui ne va pas, ce qui va.

INT : D'accord. Et dans les situations difficiles où vous suspecteriez une maltraitance, sur qui pourriez-vous vous appuyer ?

INF5 : Pff (soupir), il y a EMERA (Écoute et soutien des Malades, de leurs proches, Entraide des professionnels avec le Réseau médico-social d'Accompagnement) à Valenciennes qui... qui peut nous aider éventuellement. Si on a des soucis, nous, on peut aller les voir. Enfin, ça ne m'est encore jamais arrivé mais...

INT : EMERA c'est... ?

INF5 : C'est une institution, c'est à Valenciennes, et elle s'occupe des personnes qui sont dans le besoin, qui ont un cancer, des chimios, ou personnes âgées ou... donc ça c'est bien.

INT : D'accord. Comment définiriez-vous la notion de maltraitance d'une personne âgée ?

INF5 : Euh, c'est de ne pas leur donner les soins adéquats, d'être très brusque, voire de les frapper, mais ça je n'ai jamais été témoin de quoi que ce soit, donc je ne peux pas témoigner là-dessus. Mais de la brutalité oui, de la brutalité envers les personnes pour... Eux pensent qu'ils doivent les stimuler en faisant ça mais moi je pense que non.

INT : D'accord. Y a-t-il des situations ou des éléments qui sont évocateurs d'une maltraitance selon vous ?

INF5 : Une personne qui se renferme, qui reste dans son lit sans bouger. Je ne sais pas... Je vous dis, des coups j'ai jamais vu sur les corps non plus. Donc là je ne peux pas témoigner là-dessus. C'est surtout par euh... non-assistance à personne, les laisser tout seul toute la journée ou ne pas les... voilà. Moi c'est principalement ça dont j'ai été témoin.

INT : D'après vous il y a des facteurs qui pourraient favoriser ces situations de maltraitance ?

INF5 : C'est difficile à savoir, ça dépend de la relation antérieure des parents avec les enfants. Mais ça, vous ne connaissez jamais vraiment. Enfin, moi non.

INT : Vous me parlez des enfants. Qui est maltraitant selon vous ? Y a-t-il un profil de personne maltraitante ?

INF5 : Il y a aussi les aides-soignants aussi, qui peuvent être brutaux parce que les personnes ne vont pas assez vite. Mais bon, en général je ne suis pas là lorsque les aides-soignantes sont là, c'est ce que l'on m'a rapporté.

INT : Que faites-vous dans ces cas-là ?

INF5 : J'essaie de discuter avec eux pour savoir le vrai du faux, aussi. Parce que quelques fois on ne sait pas vraiment. Après j'ai déjà été aussi témoin de violence... enfin violence... de brutalité dans les hôpitaux, parce que j'ai travaillé dans les hôpitaux aussi. Mais plus du personnel soignant, par des

brutalités, pour aller vite, pour les retourner. Mais c'est assez rare, c'est très rare. L'équipe où j'étais, non. C'était plus cool.

INT : Est-ce qu'il y a des personnes âgées plus à risque que d'autres selon vous ?

INF5 : Je pense que oui. Celles qui ne bougent plus dans leur lit, je pense quelles sont plus à risque d'être maltraitées, qui n'ont plus de défense on va dire. Enfin, je pense. Bon, maintenant les petites mamies qui ne bougent presque plus et qui sont... qui bougent encore chez elles et qui sont autonomes mais pas trop. Mais bon, maintenant c'est connu tout ça donc les gens font quand même beaucoup plus attention, je pense. On en parle beaucoup, alors qu'avant c'était caché donc... mais ça pouvait se faire on va dire. Enfin, je ne sais pas si vous avez eu d'autres témoignages dans ce sens mais c'est comme ça que je le ressens.

INT : Vous me dites qu'on en parle beaucoup ; vous avez été sensibilisée d'une manière ou d'une autre à la problématique ?

INF5 : Ben, on en entend parler beaucoup, mais sensibilisée par d'autres collègues, non. Le vivre comme ça, oui. Et encore, le petit papy, là, que j'ai, il me disait : « Écoute, va me chercher de l'argent parce que mon fils ne va pas me le ramener. ». C'est pas de la maltraitance mais c'est aussi une non-confiance mais c'est aussi du vol. Non ?

INT : Mmh. Vous en discutez de ces situations avec vos collègues ou avec le médecin traitant ?

INF5 : Ah oui. Le papy dont je viens de vous parler, oui. J'en ai discuté avec son médecin traitant et il m'a épaulé pour dire de mettre des choses en place derrière.

INT : C'est-à-dire ?

INF5 : Eh bien, il les a vus en consultation, il leur a expliqué et après ça a bougé, moi je leur ai réexpliqué derrière, je leur ai dit que c'était indispensable. Et ça a fini par bouger et ça s'est mis en place. Mais bon, la fois dernière, je suis arrivé et le petit papy avait vomi partout. Je me suis arrangée pour le mettre en situation de propreté, j'ai téléphoné à son fils qui ne m'a jamais répondu, jamais, jamais. Soi-disant qu'il n'avait plus de portable. Après j'ai eu la fille avec les aides-soignants, et il a été hospitalisé. On s'en sort mais bon, ne serait-ce que ça, s'il n'a pas envie il ne va pas me répondre.

INT : Pour vous, quel est le rôle du soignant face à cette problématique ?

INF5 : Eh bien, de faire bouger les choses, déjà. De voir avec... si possible avec la famille, si possible avec le médecin traitant, en discuter, voir ce qu'on peut faire et voir ce qu'on peut mettre en place.

INT : Qu'est-ce qui pourrait être mis en place ?

INF5 : Un peu de psychologie, par un psychologue mais bon, ça je n'ai jamais vu que ça se mettait vraiment en place. Mais c'est vrai que ça pourrait aider la famille je pense, et la personne touchée et la famille élargie.

INT : Comment mieux prévenir ce phénomène ?

INF5 : Pour prévenir, déjà, il faut en être témoin. Je pense que ça se fait quand même pas mal parce qu'on en entend quand même parler beaucoup aux infos, beaucoup ailleurs, les gens en parlent maintenant, ce n'est plus tabou, ce n'est plus caché. Mais bon, il faut toujours un témoin, il faut quelqu'un qui vous le dise. Si vous n'avez pas de témoins, vous n'avez pas de témoin vous ne pouvez pas... c'est difficile à évaluer quand même si la personne ne se confie pas.

INT : Comment peut-on mieux dépister cela alors ?

INF5 : Ah, parler, s'arrêter, les écouter.

INT : Vous pensez que les soignants qui sont à proximité des personnes âgées à domicile prennent le temps de le faire ?

INF5 : Ça dépend des soignants, je pense. Il y en a qui sont pressés, qui se dépêchent, qui font le soin et qui se barrent. Mais c'est vrai qu'il faut écouter les gens. Vous, comme moi, comme les autres soignants en général.

INT : Vous avez déjà eu des formations à ce sujet ?

INF5 : On va dire que je me suis formée sur le tas, je ne suis pas allée en formation.

INT : Vous me disiez tout à l'heure que vous aviez une expérience hospitalière, vous pensez que la problématique est la même à domicile et en institution ou à l'hôpital ?

INF5 : Non, ce n'est pas pareil parce qu'à l'hôpital on n'a pas le même contact avec les gens qu'on a à domicile. Je dirai qu'à domicile on ne fait pas partie de leur famille... mais de leur vie. On les voit tous les jours, et suivant le temps qu'on passe avec eux, c'est plus facile en libéral, de mon point de vue.

INT : Plus facile de... ?

INF5 : De parler aux gens.

INT : Est-ce que vous avez des remarques ou des choses à ajouter concernant la problématique ?

INF5 : Non, je crois que je vous ai dit tout ce que j'avais en réserve. (rires)

INT : D'accord, on va donc s'arrêter là. Je vous remercie.

Entretien 13

INT : Nous allons donc parler de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Je vais commencer par quelques questions assez ouvertes pour que l'on puisse faire connaissance. Quelle est votre profession ?

AS3 : Moi, je suis aide-soignant.

INT : Vous intervenez à domicile auprès des personnes âgées ?

AS3 : Oui, je suis à temps plein en EHPAD, ça fait un peu plus de deux ans, et je fais du domicile entre deux. Je fais deux-trois matinées par semaine en SSIAD.

INT : D'accord. Comment intervenez-vous auprès des personnes âgées à domicile ?

AS3 : Qu'est-ce qu'on fait ?

INT : Oui.

AS3 : C'est des aides à la toilette en grande majorité. On vient pour la toilette, parfois on donne le petit déjeuner mais c'est rare, c'est le boulot des auxiliaires de vie, on met les bas de contention, on donne les médicaments.

INT : Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

AS3 : C'est une personne qui a passé 70 ans.

INT : OK. Avez-vous déjà été confronté à des situations de maltraitance de personnes âgées à domicile ?

AS3 : Après... maltraitance physique ? Maltraitance verbale ?... Dans tous les sens ?

INT : Oui.

AS3 : Oui, ben oui.

INT : Vous pouvez m'en parler ?

AS3 : Je n'ai pas de cas concrets et puis ça dépend de comment nous on se positionne en tant que soignant. Vous voyez, il y a des phrases qui peuvent heurter, des gens qui font ça depuis 30 ans. En général, j'ai remarqué que quand c'est des maltraitants entre guillemets, c'est toujours des gens qui

ont de la bouteille, c'est des gens qui ont de l'ancienneté et qui ont perdu un peu l'empathie, vous savez, dont on a besoin au début. C'est pas un métier qu'on fait quand on veut qu'il soit alimentaire, si on ne le sent pas, on ne peut pas. Moi je le fais depuis 2 ans donc ça va je suis tout frais... mais ça peut être des choses blessantes pour faire réagir la personne, des choses humiliantes mais qui restent verbales ; après physiques je n'en ai pas trop vues... mais c'est plus verbal ou comportemental, ne pas faire des choses alors qu'il faut les faire ou des choses comme ça.

INT : Et devant ces situations, dont vous avez été témoins, comment qu'est-ce que vous avez ressenti ?

AS3 : On est gêné déjà, on est gêné parce que... On prend du recul. On est avec... En général c'est quand on bosse à deux, c'est pas quand on bosse tout seul parce que ce n'est pas moi le maltraitant. Mais on prend du recul parce qu'on a le collègue, la collègue c'est quelqu'un avec qui on travaille tout le temps, c'est quelqu'un qui fait le même boulot que nous, et puis on a la personne soignée, et les personnes âgées sont pas toutes sympas, elles ne sont pas toutes bien dans leur tête. Il y en a qui sont facilement violents, agressifs ou des choses comme ça, donc on prend du recul, après on analyse un peu le pour et le contre, est-ce que c'est de la maltraitance, est-ce que s'en est pas, est-ce que moi j'aurais fait ça, est-ce que ceci... vous voyez ? Et puis, après quand c'est trop fort on en parle un peu, mais on ne dénonce pas, enfin je veux dire on ne dénonce pas si ce n'est pas physique ou si ce n'est pas quelque chose qu'on juge très grave.

INT : Vous en parlez entre soignants ?

AS3 : Oui voilà, sur le coup, on peut dire : « Bah alors, qu'est-ce que tu dis là, fait gaffe quand même », ou après... Parce que quand on est à deux chez quelqu'un, c'est une tournée double, on part en même temps en voiture, et on a sa tournée le matin, on monte à deux dans sa voiture, on fait tout à deux et on revient à deux au SSIAD. Donc on en discute comme ça dans la voiture : « Pourquoi t'as dit ça ? », « Comment ça se fait que... ? », en savoir plus.

INT : Là, vous me parlez de maltraitance de la part du soignant ; est-ce que vous avez déjà été confronté à une situation où la personne maltraitante était dans l'entourage de la personne âgée ?

AS3 : Oui, ben oui, mais énormément. D'ailleurs je pense que... Parce que j'ai tellement de choses à dire... Il y a les aidants naturels qui sont maltraitants mais... je ne sais pas si on peut dire maltraitants parce que c'est un mot qui est assez fort quand même, mais par habitude, ce sont des gens qui sont épuisés, parce que c'est un travail très physique quand on est au quotidien avec quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer, donc ils n'en peuvent plus, donc eux deviennent maltraitants mais sans même s'en rendre compte. Mais c'est souvent le cas, quand c'est des conjoints en général, quand les gens vivent ensemble et que la famille n'est pas trop présente, la deuxième personne, celle qui aide fatigue et forcément elle devient maltraitante.

INT : Quand vous êtes confronté à ce type de situation, que faites-vous ?

AS3 : C'est toujours prendre du recul de toute façon. Après, généralement si c'est des couples, ils ont plus de 70 ans donc ils sont ensemble depuis plus de 50 ans. Parfois on essaye de recadrer en essayant d'apporter un côté professionnel, vous voyez : « Ah, il ne faut pas faire ça comme ça, il faut faire ça comme ça », ou alors « S'il ne mange pas il ne faut pas le forcer, il ne faut pas le gaver, il faut plus diminuer la quantité des repas mais miser sur quelque chose qu'il préfère », de manière à ce que la personne ne le force pas gaver mais qu'elle comprenne qu'elle peut faire les choses plus délicatement et que ça soit plus efficace, et plus bientraitant.

INT : Qu'est que la maltraitance pour vous ?

AS3 : Pff, ça c'est un peu... Je pense que c'est aller à l'encontre des... pas forcément des besoins, mais des valeurs ou des désirs de la personne, ça peut être forcément physique, ça peut être... Mais on peut être vite maltraitant, mais on ne l'est plus parce que c'est une décision d'équipe. Par exemple, moi je bosse en EHPAD, en EHPAD si on a un homme qui frappe, on y va à deux et le seul moyen de lui faire lâcher c'est de lui faire mal à lui, et ça on n'appelle pas ça de la maltraitance, déjà parce qu'il y a un témoin, mais c'en est quand même. Mais on en parle pas, parce qu'on est deux, parce que c'est une décision d'équipe, et parce que tout le monde le sait. Donc oui, je pense que la maltraitance c'est aller contre les... pas forcément les besoins parce que... mmm, oui c'est... Enfin voilà !

INT : Vous m'avez parlé de bientraitance tout à l'heure. Qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

AS3 : Oui, bientraitance, bienveillance... La bientraitance... eh bien, c'est le contraire de maltraitance déjà (rires). Je pense plus à une négociation ou quelque chose comme ça qui fait qu'on avance avec la personne, vers le bien-être, vers un boulot bien fait, vers un confort, par des soins, des toilettes, des choses comme ça, en accord avec la personne. Ce serait : on ne contrarie pas la personne, si elle ne veut pas se laver les pieds ; et être bien traitant c'est dire : « Aujourd'hui, on ne vous lave pas les pieds puisque vous ne voulez pas les laver », mais on ne lui dit pas : « On ne lave pas les pieds aujourd'hui ! », vous voyez la différence ? Ça, ce serait plus être maltraitant d'ailleurs de proposer à la personne : « Ben on a qu'à ne pas laver les pieds aujourd'hui ? », vous ne voyez pas trop l'histoire des pieds mais nous les aides-soignants on parle souvent de ça. C'est comme ça qu'on voit les gens qui travaillent bien et les gens qui travaillent mal, les pieds c'est important. Je pense que c'est ça la bientraitance, c'est plus quelque chose qui passe dans la pratique. Alors que la bienveillance, je verrais plus ça dans la théorie, non ? Plus... il y a « veiller » dedans donc surveiller... enfin je n'ai pas de définition plus précise mais c'est dans ce sens-là.

INT : D'accord. Est-ce qu'il y a selon vous des situations ou des facteurs qui peuvent favoriser une maltraitance ?

AS3 : Du soignant ?

INT : Pas forcément du soignant, de manière générale... Y a-t-il par exemple des personnes à risque selon vous ?

AS3 : Oui, déjà celles qui ne communiquent plus trop, forcément elles ne vont pas pouvoir se plaindre donc ça va être plus facile de maltraiter ces gens-là. Après les gens qui ont des pathologies très particulières, les déments, ces gens-là... forcément c'est des gens qui risquent plus d'être maltraités parce qu'ils vont être agressifs ou des choses comme ça. Et globalement il y a l'isolement. Je parle toujours du couple, s'il n'y a pas la famille qui vient, si la personne est seule, elle s'inquiète pour elle, elle s'inquiète pour lui, ils sont isolés, je ne sais pas, elle a des angoisses, elle ne dort pas bien, elle est fatiguée donc forcément elle va devenir maltraitante plus ou moins.

INT : Quel est votre rôle, à vous en tant que soignant face à cette problématique ?

AS3 : Déjà on doit... pas la déceler mais faire attention. Pas surveiller, mais on sait... enfin on voit les caractères des gens. Après on sait très bien, il y a des éléments, des hématomes qui apparaissent sans raison, des comportements : le regard de la personne quand nous on est là, qui est un peu particulier parce que la maltraitante ou le maltraitant est dans la pièce, vous voyez, on sent un peu. Notre rôle à nous c'est de cibler, cibler la chose, comme je vous le disais tout à leur par un conseil professionnel on essaie d'aplanir un peu. Pour le gavage par exemple, on ne va pas au... moi je ne vais pas au corps à corps avec la personne en disant : « Vous êtes maltraitante, vous tapez votre mari ! », ceci, cela. Après je remonte l'information, on a des transmissions pour ça, on dit : « Comportement... Attention le conjoint... », patati, patata... on en parle en équipe et après c'est les gens d'au-dessus qui gèrent.

INT : Quelle aide pouvez-vous solliciter dans ces situations difficiles, à part votre hiérarchie comme vous venez de le dire ?

AS3 : La famille, mais après il n'y a pas grand-chose.

INT : Vous en parlez avec les autres soignants qui interviennent auprès de la personne âgée, infirmières, médecins... ?

AS3 : Oui, oui, oui. Pas trop le médecin, enfin pas au domicile parce qu'on les croise jamais. Mais oui, les collègues directs c'est sûr. On en parle ensemble, on se dit : « Qu'est-ce que tu en penses ? », patati, patata...

INT : D'accord. Comment pourrait-on mieux prévenir ce problème ?

AS3 : Je pense, comme je vous disais, je ne veux pas être fataliste, mais je pense que c'est une évidence, on se fatigue, on vieillit, on s'épuise, on n'en peut plus, on voit l'autre se détériorer, on aimerait qu'il fasse des choses alors qu'il n'en est plus capable, mais on ne comprend pas parce que ce n'est pas notre boulot de comprendre comment les gens vieillissent ou tombent malades. Peut-être en informant les gens tout simplement, en disant... je ne sais pas moi... un courrier adressé aux

aidants naturels que les choses vont aller de moins en moins bien parce que les gens vieillissent plus, la maladie avance, après il y a aussi le côté « on garde la personne parce qu'on a peur de la placer en maison de retraite, parce qu'on n'a pas l'argent ou qu'on ne va plus la voir parce qu'on n'a pas le permis ou... parce que les maisons de retraite en Belgique sont moins chères mais on ne pourra pas y aller », donc il y a ce regret, vous voyez... pas ce regret, mais cette sensation de... comment dirais-je... d'inaction alors qu'en fait ça ne peut pas aboutir. Je pense qu'il faudrait plus... Parce qu'après, faire passer un psychologue ça n'aide pas beaucoup, mais il faudrait plus voir les gens et leur expliquer que si les gens ne mangent pas ce n'est pas grave, ce n'est pas parce qu'on les force à manger trois fois par jour qu'ils vont durer plus longtemps. Oui, peut-être anticiper les choses et puis informer les aidants naturels aussi. Et puis, la famille, les enfants, faire une réunion, je ne sais pas moi, faire des bilans des projets de vie, des choses comme ça avec les familles. On sait en fonction de la pathologie, quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer, une démence, on sait comment ça va évoluer, donc je pense quand même... peut-être de la prévention mais directement avec la famille, au cas par cas, pas des grandes affiches, ça ne servirait pas à grand-chose.

INT : Est-ce que vous, au sein du SSIAD, vous avez des protocoles pour ce genre de situations ou des recommandations ?

AS3 : Non.

INT : Est-ce ce que vous avez été sensibilisé à la problématique, eu des formations à ce propos ?

AS3 : Pas du tout, non.

INT : Vous pensez qu'il faudrait une formation spécifique pour les soignants ?

AS3 : Il en existe.

INT : Que pensez-vous de ces formations ?

AS3 : Former les soignants c'est toujours compliqué, les budgets, le manque de personnel, patate, patate... Mais, oui, forcément... il en existe, ça peut être bien d'en faire plus souvent mais peut-être des choses plus ciblées, vous voyez ? En partant d'une situation qui a été vécue... sur le coup peut-être, en échangeant avec les soignants et puis des professionnels, des gens qui sont capables de décrypter les choses.

INT : Vous me parliez tout à l'heure de détection. Comment mieux dépister ces maltraitances ?

AS3 : Ça, c'est propre au soignant. Vous savez, quand on lave quelqu'un, on voit qu'il a été opéré de la thyroïde, on le sait. Il y a ces choses qu'on regarde, quand on est soignant on regarde un peu tout, c'est pas curieux comme métier, mais on voit... le comportement, je pense à un homme, quand on arrivait il se mettait entre nous et la personne vous voyez, sa femme le tapait, mais il la tapait donc elle retapait, et on sentait qu'il y avait un besoin d'aide, on sentait bien que... Et puis, elle, en plus, elle hurlait tout le temps, après ils se courraient autour de la table, enfin ça se sentait, ils venaient chercher du réconfort quelques minutes, vous voyez, genre : « Je vais faire ma toilette, je vais être tranquille 5 minutes, elle ne va pas être sur mon dos », et on sentait qu'il y avait un besoin d'aide, c'était un appel à l'aide, mais on est totalement... on ne peut rien faire, ils sont mariés... Parce qu'après ça s'est répété, il y a eu des hématomes au visage, des choses pas très nettes, ils ont prévenu la famille. Forcément les enfants parlent...

INT : Quand vous dites : « ils », vous parlez de... ?

AS3 : Le SSIAD. C'est toujours le SSIAD de toute façon, on ne prend pas... Les aides soignants... Infirmiers peut-être plus parce que c'est une profession libérale et qu'on est plus apte à appeler le médecin et dire : « Voilà ce qu'il se passe... », mais aide-soignant, non, on dépend toujours de l'infirmier déjà... mais ils ont prévenu les enfants et puis les enfants banalisent en disant : « De toute façon c'est un couple qui a déjà eu des... qui se sont déjà tapés dessus », et puis les choses continuent.

INT : Vous en tant que soignant vous n'intervenez jamais directement ?

AS3 : Non. Enfin... moi, j'aplanis toujours les angles comme je disais, j'essaie toujours de dédramatiser les choses. Après, je pense que dire au soignant... C'est comme dire aux gens quand ils

ne vont pas bien : « Mais il y a toujours un côté positif dans les choses ! », s'ils prennent vraiment le conseil comme on leur donne, ça va mieux. Et les aidants naturels et les gens qui deviennent maltraitants, je pense que les rassurer un peu, leur expliquer c'est génial ce qu'ils font, parce qu'ils sont quand même là tous les jours, c'est des gens qui n'ont pas de reconnaissance, ils vivent les choses parce qu'ils se sont mariés, qu'ils doivent prendre soin l'un de l'autre et puis c'est tout. Donc reconnaître la qualité du travail qu'ils font au quotidien, dire que c'est normal qu'ils soient épuisés et qu'ils n'en peuvent plus du conjoint, je pense que déjà ça fait avancer les choses. Mais après, dire : « Vous êtes maltraitant, ça ne va pas... », ça ne sert à rien. Après c'est une relation de couple, c'est compliqué.

INT : Mmh... Je pense avoir fait le tour des choses que j'avais à vous demander. Est-ce que vous avez des remarques à faire ou des choses que vous voudriez rajouter sur ce sujet.

AS3 : Après ce n'est plus le côté soignant, c'est le côté auxiliaire de vie, tout ça. Au SSIAD, je suis au SSIAD à ****, c'est là que j'ai vu votre courrier. On a une dame chez qui on sait... cette dame est diabétique, elle est au lit, elle ne se lève que pour aller sur la chaise percée. Donc on arrive le matin, on la met sur la chaise percée, on la remet au lit, elle ne sera relevée que le soir pour aller sur la chaise percée sinon elle reste au lit tout le temps, elle a les barrières, hein. Et donc cette dame, comme elle ne peut pas se faire à manger toute seule, l'association qui vient le matin, le midi et le soir pour lui donner à manger. Eh bien, très souvent, et parfois ils n'ont plus toute leur tête hein, ils disent des choses, ils dorment mal en plus et ils dorment tout le temps, mais très souvent elle dit des choses qui sont vraies : par exemple on voit bien à l'état du lit qu'elle n'a pas été levée, et elle dit : « Ils ne sont pas venus hier me donner à manger, donc je n'ai pas mangé depuis hier midi », alors que nous on passe et il est dix heures du matin. Et sur le coup on dit : « Ah ben oui, c'est pas bien, et tout... » et puis quand on passe, ils ont un carnet, les auxiliaires de vie, pour tout noter, et en fait on voit qu'il n'y a plus rien depuis hier midi effectivement, et ça c'est de la maltraitance pure et dure. Donc après il faut remonter l'information, mais ça c'est perdu, perdu d'avance. Ça manque de sérieux, c'est dingue. Qu'on puisse laisser une personne au lit, enfin moi ça me choque qu'on puisse laisser une personne au lit sans manger, diabétique, ça c'est dramatique. Mais ces associations d'aide à domicile, c'est souvent le cas, ils se cachent derrière : « Ben la personne n'a pas pu venir », mais ils ne vont pas remplacer, enfin c'est... Là-dessus moi je pense qu'il y a un vrai travail à faire. Il y a, je ne sais plus son nom, un ORL chez qui on passe pour s'occuper de sa tante, qui a eu le problème justement. En fait il est ORL à ***, j'espère que vous n'allez pas le reconnaître, le matin il travaille à la maison et l'après-midi il pose des implants ou je ne sais pas quoi. Et il s'est rendu compte que l'auxiliaire ne passait pas. La tante qui l'a élevé n'est pas du genre à se plaindre, genre elle veut rien, quand on vient c'est : « Non, non, on fait rien, ça va, ça va, ça va. ». Et il s'est rendu compte aussi qu'ils ne passaient pas lui donner à manger, donc lui, direct en tant que médecin, il a un poids, il a direct écrit au conseil ou je ne sais pas quoi, le conseil du Nord pour dénoncer un peu. Et bien qu'est-ce qu'il va obtenir à part le remboursement des frais qu'il a engagés dans ces... Parce que nous le SSIAD de ***, les gens ne paient pas, c'est totalement géré, ils ne donnent pas un euro. Mais les associations ***, *** ou ces choses comme ça, les gens paient, donc il va obtenir le remboursement des jours où ils ne sont pas passés, mais on ne prend pas en compte... on ne se dit pas : « Mais c'est quand même dramatique ! Ces gens ne mangent pas. On n'est pas passé. ». Là-dessus je pense qu'il y a vraiment... peut-être un contrôle, je ne sais pas... je ne sais pas trop.

INT : Mmh...

AS3 : Après, des soignants qui deviendraient maltraitants physiques, je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup. Je pense que les gens sont capables de dire : « J'ai perdu mes limites, je les ai dépassées, j'arrête », vous voyez ? Ils s'en vont ou... Je pense que c'est comme ça que se passe. Et puis au SSIAD de ***, c'est beaucoup de retraités du CHR donc c'est des gens qui ont de la bouteille mais qui savent gérer ces choses-là, et qui ont peut-être été formés, je ne sais pas. Mais en EHPAD, ce sont très souvent les soignants qui sont maltraitants. Là, on a le cas d'une famille où la dame en centenaire, elle a 103 ans et la petite fille qui est cadre à *** lui fait une vie d'enfer, et elle est maltraitante pure et dure. Cette dame a un protocole de journée, elle doit faire les choses comme ça a été décidé, on la force alors qu'elle dit non, elle communique un peu mais pas énormément, elle doit faire les longueurs de couloir avec l'auxiliaire de vie, elle a des pages d'écriture, elle a des... enfin c'est fou ! Elle a une douche chaque soir, alors que nous on la lave le matin. Ce sont des choses qu'elle, elle ne veut pas, mais la famille dit que les choses sont comme ça, elles sont comme ça. Le maquillage c'est pareil, le matin elle doit être maquillée alors que cette dame elle s'en fout. Vous savez à 103-104 ans le maquillage ils n'en n'ont rien à faire. Donc là, c'est le cas où c'est la famille qui

est maltraitante. Là, ils font des choses... c'est pas... Nous ça nous perturbe parce que ce sont des choses qu'ils nous demandent de faire, mais bon... Là-dessus, la cadre s'en fout totalement, elle dit que la famille fait ce qu'elle veut, c'est une maison... enfin c'est ***, je ne sais pas si vous connaissez ? C'est une maison assez chère donc les gens décident un peu comment on gère les choses. Après en maison de retraite, ce sont les soignants qui sont maltraitants. Alors ils le sont, je pense, par manque de personnel : quand on est à trois et qu'on doit coucher 100 personnes et qu'on a deux heures pour le faire, ça c'est de la maltraitance... Enfin je sais si on peut... Devoir claquer les gens dans les lits... enfin claquer... oui un peu, ne pas avoir le temps de communiquer avec la personne, ils ont peur de la nuit, ils ne savent... on n'a pas le temps de... ça c'est de la maltraitance, non ? Nous, enfin on a une bonne équipe, mais nous ça nous perturbe de devoir coucher tout le monde comme ça. Après il y a le manque de personnel, après le manque de compréhension et d'écoute des aides-soignants. Les aides-soignants ça parle de « pipi-caca » et de comportements, et quand on met des transmissions informatisées depuis un an et demi sur un monsieur qui tape à chaque fois qu'on rentre dans sa chambre, qui jette son verre d'eau ou des choses comme ça, il y a forcément un moment où nous on doit faire notre boulot, les gens doivent être lavés pour midi, et s'ils ne veulent pas se laver, on doit le faire... c'est pas de l'UVA(Unité de Vie Alzheimer), ce sont des gens qui sont censés avoir toute leur tête... et il faut le changer quoiqu'il arrive alors forcément il y en a un qui le tient et un qui le change. Ça c'est de la maltraitance, ça c'est... pour ça on n'est pas écouté, pour ça ils s'en foutent, il faut qu'il soit changé et c'est tout. Parce que si la famille voit qu'il n'a pas été changé... donc nous on le fait. Quand cette personne nous fait mal forcément il faut qu'on contre, donc on sait très bien qu'on ne fait pas les choses correctement, après je ne sais pas comment on peut le faire autrement. Là où je suis, ils ne veulent pas « sédater » les gens, les médecins qui viennent ne veulent pas donner de Xanax® ou de choses comme ça donc c'est nous qui devons combattre ça au quotidien, c'est incroyable. Après il y a les gens qui ont des sautes d'humeur, on s'y attendait pas, qui d'un coup frappent, donc en général on ne s'y attend pas, on ne tape pas, en se disant que c'est des gens qui vont bien d'habitude. Et puis, après c'est souvent des gens qui attaquent verbalement, qui essaient de nous diminuer, alors qu'ils sont soignés, ce sont des gens soignés.

INT : Vous me parlez du refus de soins, du refus de toilette du patient en EHPAD. À domicile, comment faites-vous ?

AS3 : Ah ce n'est pas du tout pareil au domicile. Mais là où je suis au SSIAD – d'ailleurs c'est génial et c'est pour ça que je peux me permettre d'y aller deux ou trois matinées par semaines – les soignants sont écoutés, Mme *** et Mme *** sont vraiment au top et quand il y a un problème, si la personne n'a pas voulu se laver, on fait le minimum, on essaie de négocier parce que c'est notre boulot hein, on ne va pas laisser quelqu'un dans une protection dégueulasse, donc on négocie et on le met. Si la personne refuse de se laver ce jour-là, eh bien on fait des transmissions, on prévient en « intra » et c'est tout. Ils ne vont pas nous tomber dessus en disant : « Il faut laver, il faut laver, il faut laver ! ». Mais c'est très humain le SSIAD, c'est vraiment très humain, ils respectent vraiment la personne, alors qu'en EHPAD ce n'est pas le cas parce que la personne à midi doit descendre au restaurant, parce qu'il y a la famille l'après-midi, vous voyez ? Que les choses soient faites. On a une fille qui a été licenciée pour maltraitance, forcément elle fait appel et tout ça, parce qu'ils étaient à deux... cette dame tapait, ils étaient en unité de vie Alzheimer – qui n'est pas encore une unité de vie Alzheimer mais bon c'est que des déments – cette femme ne voulait pas se laver, elle jouait avec ses selles, forcément il faut faire quelque chose, cette femme devient violente donc il faut la maîtriser pour la laver donc on laisse des marques forcément, ce sont des gens qui sont dénutris, pas déshydratés mais qui ont la peau fragile, qui ont des anticoagulants donc qui marquent pour un rien, donc quand on tient quelqu'un assez fort parce qu'il y a des selles partout et qu'on ne veut pas s'en prendre plein le visage, on va forcément laisser des traces. Cette fille a été licenciée pour ça. Parce que ça a été vu par un membre de je ne sais pas quoi, qui est passé et qui a dit : « Ça ne se fait pas comme ça ! », et la cadre ne s'est pas positionnée en disant : « Mais comment vous voulez qu'on la lave ? On va la laisser pleine de selles ? », vous voyez ? C'est une situation un peu « meuble », on ne sait pas trop quoi en faire, on est un peu bloqué là-dedans, alors que l'aide-soignante n'a pas du tout envie d'être maltraitante, seulement elle veut faire son boulot, et puis bon, il n'y a pas qu'une personne à laver. Mais je pense que oui, les EHPAD c'est comme ça et le domicile c'est beaucoup plus respectueux.

INT : D'accord... Vous souhaitez ajouter d'autres choses ?

AS3 : Non... non, je ne vois pas.

INT : Très bien, je vous remercie.

Entretien 14

INT : Nous allons donc parler de la maltraitance des personnes âgées à domicile. Quelle est votre profession ?

KIN1 : Masseur-Kinésithérapeute.

INT : Et donc vous prenez en charge des personnes âgées à leur domicile ?

KIN1 : Oui, ça m'arrive. Pas des masses, mais quelques-unes que je vois depuis longtemps. Souvent on partage, on les voit à plusieurs dans le cabinet comme on est quatre, il y a certaines personnes âgées qu'on voit une fois par semaine chacun.

INT : D'accord, qu'est-ce que vous faites comme soins ? Que faites-vous auprès de ces personnes âgées ?

KIN1 : Soit de la « kiné respi », soit mobilisation généralement ou aide à la marche, essayer de se mobiliser, de se remettre debout après les accidents. Par exemple, un col du fémur, classique, essayer de remettre la personne debout.

INT : Combien de temps suivez-vous une même personne âgée généralement ?

KIN1 : Généralement on les suit assez longtemps. Les personnes âgées on les voit... enfin moi ça ne fait qu'un an que je suis là, mais il y a des personnes âgées que je vois depuis un an, depuis, que je suis arrivé. Et je sais que si je reste là pendant 5 à 6 ans, je les verrai jusqu'à la fin quasiment, ça peut arriver, il y en a quand même pas mal, surtout sur les maladies chroniques type Alzheimer ou des trucs comme ça, où on sait qu'elles en auront besoin toute leur vie.

INT : Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

KIN1 : Ah ! (rires) Bonne question ! Qu'est-ce qu'une personne âgée ?! Euh...

INT : Comment définiriez-vous une personne âgée ?

KIN1 : Dans le soin en particulier ?

INT : En général.

KIN1 : Mmm... peut-être quelqu'un qui a des risques de perte d'autonomie assez rapide, type... quand on commence à tomber une première fois, on risque de retomber une seconde fois et vraiment être blessé et être embêté. Le type de personne qui peut aller très bien mais on sait que s'il y a un petit « qwak » elle peut vite descendre. Au niveau récupération, je mettrais peut-être un lien entre personne âgée et cette notion-là, parce qu'après il y a peut-être des personnes de 80 ans qui vont très bien et que s'ils tombent, ils vont très bien récupérer, et qui ont encore toute leur autonomie, je ne sais pas si on peut les qualifier de personne âgée... par contre la personne de 60 ans qui tombe et qui met 6 mois à s'en remettre et qui descend dans un peu tous les domaines, je pourrais la qualifier de personne âgée parce qu'il faut y faire attention... Peut-être quelqu'un de fragile justement.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

KIN1 : Mmm... alors il faudrait qualifier la maltraitance...

INT : Eh bien on va commencer par là alors (rires). Qu'est-ce que vous entendez par maltraitance d'une personne âgée ?

KIN1 : Autre ce qui est évident : la personne âgée qui se fait frapper ou insulter de tous les noms, là, ça me paraît évident qu'elle est maltraitée... Parce que du coup j'y ai réfléchi un petit peu... peut-être plus dans le style où on considère la personne âgée comme un objet, où on ne prend plus vraiment en considération la personne mais qu'on vient faire seulement des soins ou faire des choses

machinalement, toujours les mêmes sans trop se préoccuper de ce qu'il y a à l'intérieur, même si des fois le fait que... D'ailleurs la maltraitance, je pense que c'est souvent sur les personnes qui perdent un peu la boule, qui ont des déficits : comme elle ne souvient pas ou elle délire, du coup on ne prend plus trop la place de faire attention au psychique, mais on voit la personne comme un objet, on va faire un soin machinal. Pour moi, on commence à être dans la maltraitance quand on commence à penser que la personne n'est plus apte à quoique ce soit au niveau mental et du coup on la laisse... on y fait moins attention. Alors est-ce que j'ai déjà vécu ça ? Je ne pense pas . À chaque fois il y a des personnes proches qui sont là et qui s'occupent de cette personne et qui ont l'air d'y être attachées et de bien se... et du coup de toujours faire attention que tout le monde vienne, que tu fasses bien les soins, même si des fois tu es un peu plus rapide, des fois ce n'est pas des personnes très faciles à manœuvrer parce que forcément dans la vie de kiné on doit être un peu plus rapide ou on ne va pas faire la même chose qu'à chaque fois donc du coup ils vont demander pourquoi on fait différemment alors qu'il n'y a rien qui a changé et du coup c'est... Mais la famille autour, des fois, c'est ce qu'il y a de plus difficile à gérer chez les personnes âgées. Mais vraiment maltraitance, je ne pense pas. Après c'est vrai qu'il y a... Mais elle n'était pas âgée cette dame, une dégradation importante mais la personne avait quarante ans donc elle est fragile, donc ça peut peut-être rentrer dans ce que je disais tout à l'heure... et limite l'entourage est trop sécurisant et trop auprès d'elle et du coup on a pas moyen d'avancer et eux font tout à sa place et du coup elle n'est pas bien soignée, et du coup elle descend encore plus. Du coup, est-ce qu'on peut appeler ça de la maltraitance ? En tout cas, pas intentionnelle ça c'est sûr, mais en tout cas ça ne va pas dans le sens du soin, de la récupération et l'autonomisation, qui, en kiné, est quand même très importante, donc euh...

INT : Vous m'avez déjà parlé de certaines formes de maltraitements, est-ce que vous pourriez m'en dire plus ?... Sous quelles formes peut se manifester la maltraitance d'une personne âgée ?

KIN1 : Euh... Non, du coup, j'ai dit ce que je pensais là-dessus.

INT : D'accord. Que feriez-vous si vous étiez confronté à une situation de ce genre ?

KIN1 : (silence de réflexion) Euh... je pense qu'en fonction de la personne qui maltraite, c'est plus ou moins compliqué de réagir. Si c'est quelqu'un de la famille c'est compliqué, et si c'est des soignants c'est peut-être encore plus compliqué parce qu'entre confrères... pas entre confrères mais entre professions para-médicales en tout cas, on fait toujours attention, on balaie toujours devant sa porte avant de commencer à critiquer les autres, on aime pas trop empiéter sur le travail des autres en disant : « Est-ce qu'on a à dire quelque chose ? », on ne sait jamais. Mais si c'était flagrant, forcément il faut réagir et puis... peut-être passer par le médecin en premier lieu, le médecin traitant qui normalement est la personne qui guide, qui guide tous les soignants pour voir ce qu'il en pense, s'il a remarqué quelque chose et voir à partir de là. Mais c'est vrai qu'on est pas très bien formé, on ne sait pas trop vers qui se tourner s'il y avait vraiment quelque chose qui se passe. Est-ce qu'il faut aller voir les services sociaux tout de suite ? C'est toujours compliqué ; si on a vraiment des preuves « A plus B », pourquoi pas, mais on prend toujours des gants, toujours énormément de précautions dans ces cas-là.

INT : Qu'est-ce que vous attendez du médecin traitant dans ce contexte ?

KIN1 : Déjà, qu'il sache la démarche à prendre, ce qu'il faut regarder, à quoi il faut faire attention, et puis prévenir peut-être. Si ça vient de la famille, peut-être qu'il aille chercher les informations chez les autres soignants parce que chez les personnes âgées on a rarement des... comment ça s'appelle... des transmissions, donc on arrive pas forcément en même temps que les autres non plus, donc on se voit très rarement. Donc la relation entre les soignants chez les personnes âgées à domicile ne se fait pas très bien quand même. C'est plutôt chacun à côté des autres plutôt qu'un groupe qui travaille ensemble. Cette notion de pluridisciplinarité c'est sûr qu'elle est à améliorer à domicile, ça c'est sûr et certain. Et normalement le médecin est censé faire le lien entre tout le monde, puisque tout le monde doit s'y référer, même si chez la plupart des gens je n'ai jamais parlé au médecin. Mais j'imagine que normalement c'est lui qui doit faire le lien.

INT : Est-ce que pour vous il y a un profil type de la personne maltraitée ? Des facteurs de risque... ?

KIN1 : Alors pour moi les facteurs de risques principaux c'est les personnes qui ont un déficit mental, qui oublient, parce que si elles oublient on peut la traiter un peu comme on veut parce que de toute

façon elle n'ira le répéter à personne. Et puis si elle est un peu démente, si elle raconte, on ne va pas forcément la croire, donc forcément on peut... Encore une fois, dans le système maltraitant large, si on tape c'est toujours quelque chose de différent mais... oui la personne qui est démente, on ne va pas forcément la croire. Après forcément la personne âgée qui est seule, qui n'a pas beaucoup d'entourage, c'est forcément plus facile parce que quand on a la famille autour qui fait toujours attention, on va peut-être mettre un peu plus d'attention chez la personne, c'est naturel, je pense que, sans être un monstre, je pense que quand il y a quelqu'un qui surveille on se dit : « Bon, on va essayer de les satisfaire aussi eux ».

INT : Et est-ce qu'il y a un profil type de la personne maltraitante d'après vous ?

KIN1 : Un profil type de la personne maltraitante ?... Chez les soignants, ce sont les soignants qui ne sont pas très empathiques quoi, qui voient leur métier comme un métier et pas comme des soignants mais... ils font ça pour nourrir leur famille. Si on ne met pas d'attention dans ce qu'on fait, il y a plus de risque qu'on prenne les gens comme des objets, comme à la chaîne, « allez-hop ! », on enchaîne les patients, les domiciles un par un sans prendre en compte le contexte de ce jour-là ou la fatigue de ce jour-là. Parce qu'il y a ça aussi, des fois on prend plus ou moins de temps en fonction de la personne, de comment elle est ce jour-là. Si elle a besoin de parler, on va rester dix minutes de plus, et si elle est fatiguée on va rester dix minutes de moins, ça peut arriver. Et les gens qui ne font pas attention à ça et qui justement font : « Moi je fais dix minutes – un quart d'heure... », parce que généralement les personnes maltraitantes ce sont pas celles qui vont rester trois quarts d'heure hein (rires)... « Je fais dix minutes – un quart d'heure par personne et hop, je fais mon temps, je fais ce que je fais et puis c'est tout, je ne m'occupe pas de tout ce qu'il y a à côté »... Mais est-ce que c'est un profil-type, je ne sais pas.

INT : Vous me parliez tout à l'heure de personnes fragiles. En quoi la problématique est différente entre une personne âgée et une personne plus jeune, handicapée ou fragilisée ?

KIN1 : Mmm... je pense que c'est à peu près la même problématique. Il n'y a pas... parce qu'entre une personne handicapée et une personne âgée qui est en manque d'autonomie, on peut dire qu'elle est un peu handicapée quand même, pour moi ça se relie, si c'est juste une question d'âge... comme je l'ai dit au début, la personne âgée c'est pas en fonction de l'âge... enfin pour vous c'est pas en fonction de l'âge de la personne... donc du coup de je verrais pas trop de différence. Je mets ça dans un coin de ma tête et s'il y a un truc qui arrive, je vous le dirai en cours de route (rires).

INT : OK, quel est votre rôle en tant que soignant face à la maltraitance ?

KIN1 : Un rôle de présence déjà. On va venir régulièrement voir la personne et on reste un certain moment avec elle donc il y a un rôle de présence et on est aux premières loges pour voir s'il y a quelque chose qui se passe quand même, puisqu'en tout cas en kiné – je ne parlerai pas pour les autres professions – on est une profession où les gens nous parlent beaucoup, parce qu'on est assis à côté d'eux, on fait des mouvements, on est quand même assez dans la communication et puis on touche beaucoup, donc les gens ont plus tendance à se confier à nous donc... donc à ce niveau-là oui, on peut avoir un rôle dans la détection, même si je le disais tout à l'heure que si on détecte quelque chose, on ne sait pas trop quoi faire, mais on pourrait avoir un rôle là-dedans. Et puis dans la présence : le fait qu'on soit là, ça évite que la personne soit totalement livrée à elle-même, tous les jours ou toujours être avec la famille si c'est la famille qui maltraite. Le fait qu'on vienne souvent la voir, les gens vont faire attention aussi. Après ça peut être vite caché ce genre de choses, si les gens ne veulent pas le monter... surtout si la personne est démente comme je le disais tout à l'heure.

INT : Qu'est-ce qui pourrait vous permettre de dépister une maltraitance ?

KIN1 : Bah... la maltraitance physique ça me paraît évident qu'il y a des signes. Mais la maltraitance plus quotidienne, mentale... en fait il faudrait toujours, même si la personne est démente ou quoi, il faudrait toujours... et normalement c'est ce que l'on fait... toujours penser que la personne dit la vérité, en tant que médecin ou en tant que kiné ou en tant qu'infirmier... même si ça paraît loufoque, il faut toujours partir du principe que c'est vrai. Si on part du principe que c'est vrai, si elle dit : « machin fait ci, machin fait ça... », il faudrait quand même aller vérifier, même si dans la pratique : est-ce qu'on va le faire ? Il faudrait qu'elle le répète plusieurs fois, qu'on voie des signes autres que ça... c'est toujours compliqué d'être dans son quotidien. Elle va dire ça une fois, et on va se dire : « Ouais mais... est-ce que c'est mon rôle, est-ce que c'est mon devoir... ? », la limite entre laquelle je fais

quelque chose et je ne fais rien, c'est quand même compliqué à savoir où ça se situe. Mais la maltraitance mentale, c'est plus compliqué à juger.

INT : Qu'est-ce que vous entendez par maltraitance mentale ?

KIN1 : Bah... comme je disais tout à l'heure, la personne âgée si on la traite comme un objet, on ne se préoccupe plus de ses sentiments, de sa douleur, ou quand elle crie on ne va pas la voir parce que de toute façon elle crie tous les jours donc si elle crie tous les jours, c'est qu'aujourd'hui ce n'est pas si grave puisqu'elle l'a déjà fait hier, donc je n'y vais pas, je la laisse crier ; la personne qui doit aller aux toilettes toutes les 10 minutes, « Bon cette fois je n'ai pas le temps, pour cette fois elle se débrouille, je la laisse faire dans sa couche... ou je ne vais pas la changer tout de suite... ça ne va peut-être la gêner, mais de toute façon elle aura oublié demain donc... ça va faire la même chose demain, donc je ne vais pas le faire, je ne vais pas le faire maintenant ». C'est déjà de la maltraitance en soi parce que la maltraitance, elle est là. La personne est dans sa merde et je la laisse là parce que j'ai la flemme. Ce qui est de la maltraitance mais c'est compréhensible, la personne qui est là 24 h sur 24 h, je comprends qu'elle en ait marre et qu'elle relâche un peu la pression sur elle, et de toute façon ce n'est pas à la famille de faire ça, et puis souvent c'est la famille qui s'occupe des personnes handicapées ou âgées, 75 % ou 80 % de la journée ce sont eux qui s'en occupent, donc qu'ils en aient marre, je trouve que c'est complètement compréhensible. Pour autant, est-ce que c'est bien ? Je ne pense pas.

INT : Qu'est ce qui pourrait être mis en place ? Comment pourrait-on prévenir cela à domicile ?

KIN1 : Bah, on en parlait tout à l'heure, c'est d'avoir des équipes beaucoup plus complémentaires les unes avec les autres, avec beaucoup plus de communication entre professionnels, un système pluridisciplinaire, c'est plus de communication et plus de regard là-dessus les uns sur les... pas sur les autres mais avec les autres on va dire. C'est... pour parler d'un défaut des kinés, moi j'ai des amis qui sont infirmiers à domicile et ils me disent souvent : « Ah c'est bizarre, je vais voir trois - quatre personnes âgées et en fonction du kiné, il y en a une qui bouge, qui est encore toute souple et tout ça, et il y en a qui au bout de trois semaines ne savent plus bouger », les infirmiers se disent : « Je ne suis pas bête quand même, c'est le rôle du kiné », en fonction du kiné qui y va..., ils le savent qu'il y a un problème quelque part, que toutes ces personnes-là vont bien et que toutes celles-là ne vont pas bien, c'est exactement la même kiné pour chaque truc, à un moment ils font la balance, ils ne sont pas bêtes, ils le voient, pourtant ils ne vont pas aller chercher le kiné qui le fait mal et dire : « Il faudrait quand même les bouger un petit peu plus ! », ils ne vont pas se permettre de faire ça. Est-ce que quelqu'un doit se permettre de le dire à ce kiné-là ? C'est un autre débat peut-être mais normalement... ces personnes-là sont quand même mal prises en charge et c'est quand même dommage pour elles.

INT : Mmh. Vous avez déjà eu des formations à propos de cette problématique ? ou sensibilisé d'une façon ou d'une autre à la maltraitance des personnes âgées ?

KIN1 : Sur le système dont je vous parlais, de communication entre professionnels, j'ai fait deux stages quand j'étais en étude sur la pluridisciplinarité ou comment on devrait gérer la communication entre professionnels, comment on voit les autres aussi. C'était à l'école, je parle de l'école, on m'a pas forcé à le faire, c'est moi qui ai choisi de le faire. Sinon sur la maltraitance même on a dû avoir un ou deux cours d'éthique quoi mais pas plus que ça quoi.

INT : D'accord. Euh... Est-ce que vous avez des remarques complémentaires ou des choses à dire sur le sujet ?

KIN1 : Je pense que... la plus grosse difficulté qu'on peut avoir là-dessus c'est tout ce qui est... c'est entre professionnels, c'est toutes les chasses gardées, c'est « untel doit faire ça, untel doit faire ça, untel doit faire ça... », et du coup personne n'ose juger le travail de l'autre parce que c'est son domaine de compétence, ce n'est pas le mien donc du coup je ne m'en mêle pas. Le fait que tout soit avec des limites bien catégorisées, quand on est à côté on ne se permet pas de dire qu'untel fait mal, même sans dire que c'est mal, dire : « Ça serait bien de faire mieux, ou ça serait bien de faire comme ça », dans le positif, c'est quand même mieux de parler dans le positif... ce côté-là très renfermé des professions... par exemple les kinés, je vais critiquer les kinés comme ça je n'aurai pas de problèmes (rires)... Toujours dire qu'il y a toujours que les kinés qui doivent masser parce que c'est dans notre domaine de compétence et les autres ce n'est pas bien parce qu'ils n'ont pas le droit, ça je trouve ça horrible ! Dire : « Ils n'ont pas intérêt à le faire ni à dire quelque chose là-dessus, parce que c'est nous les plus forts et puis c'est tout », c'est... comme les médecins, si on commence à leur dire : « Est-ce

que vous avez regardé ça ? Est-ce que vous avez pensé à ça ? », les médecins vont peut-être se dire : « Bah t'es kiné hein ! De toute façon, qu'est-ce que tu sais sur ça ? C'est pas ton boulot laisse moi tranquille ! » (rires). Et ça c'est pas seulement sur la maltraitance...

INT : C'est vrai, c'est vrai... (rires). Je pense avoir fait le tour de ce que je voulais vous demander. On va pouvoir arrêter là si vous n'avez rien à ajouter. Merci

Entretien 15

INT : Nous allons donc parler de maltraitance des personnes âgées à domicile. Commençons par quelques questions ouvertes. Quelle est votre profession ?

MED3 : Médecin généraliste (rires), ça c'est fait.

INT : Donc vous êtes amené à prendre en charge des personnes âgées à domicile. Dans quel cadre ?

MED3 : Oui. Pour les visites à domicile, pour les soins habituels, renouvellement de traitement, soins d'affection aiguë, voilà, les trucs habituels quoi. Rien de particuliers.

INT : Qu'est-ce qu'une personne âgée pour vous ?

MED3 : Qu'est-ce qu'une personne âgée ? Alors ça c'est... (rires) c'est une bonne question. Est-ce qu'il y a un âge à partir duquel on parle de personne âgée ? C'est quoi ?... je vais dire plus de 75 ans mais... pff... il y a des jeunes de plus de 80 ans c'est... oui c'est vrai que je n'ai jamais pensé à cette formulation-là. Qu'est-ce que c'est qu'une personne âgée... ? Bientôt moi je vais faire partie des personnes âgées donc... (rires) qu'est-ce qui est vieux ? Au-dessus de 65ans ? Montons-un peu hein ! (rires).

INT : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile.

MED3 : Alors j'y ai réfléchi quand vous m'avez demandé de réaliser cet entretien... comme ça je n'ai pas de souvenir de personne qui était vraiment maltraitée. J'ai des vagues souvenir... et encore, non, même pas... de faits précis nets, non, honnêtement non. Je n'ai que des gens bien que je soigne (rires). Peut-être qu'il y en a qui sont passés à l'as entre deux mais non je n'ai pas vraiment... je cherche dans mes souvenirs mais... il y a parfois, alors je prends un exemple, mais ce n'est pas directement un de mes patients, c'est un patient du Dr *** que j'ai vu à l'occasion, c'était une dame un peu bizarre, qui était avec son père et c'est vrai qu'elle le menait un peu durement, et je ne pense pas qu'ils se soient battus, mais elle était très sévère, je l'ai vu une paire de fois avoir un comportement verbal un petit peu... enfin pas violent mais pas très gentil quoi. À part ça, dans mon exercice je ne me souviens pas d'avoir eu des cas avérés des cas de personnes maltraitées. Alors après on passe peut-être à côté de choses, enfin je suppose que ça va aller dans la question suivante... j'en sais rien.

INT : Mmh. Quand on parle de maltraitance, qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

MED3 : La maltraitance ? Eh bien, il y a la maltraitance physique, d'abord les coups, des gens qu'on bat. Bon, ça doit arriver, je sais que ça existe. Et puis la maltraitance psychologique : des pressions, des menaces, un cadre trop restreint, enfin voilà... Les deux existent.

INT : Y a-t-il un profil de la personne maltraitée ?

MED3 : Un profil de la personne maltraitée... ?

INT : Nous parlons de personnes âgées hein.

MED3 : Oui, oui. Je ne sais pas trop... Une dépendance physique de la personne qui va maltraiter. C'est-à-dire que, en général quand les personnes âgées dépendent de quelqu'un, à ce moment-là elles sont un petit peu sous influence donc si la personne est un petit peu agressive, ils vont laisser passer parce qu'ils ont besoin d'elle quoi. Moi j' imagine ça comme ça.

INT : Vous pensez qu'il y a un profil type de la personne maltraitante ?

MED3 : ...

INT : Ou des facteurs de risques.

MED3 : Des gens qui ont subi aussi des maltraitements dans l'enfance. Enfin on le dit comme ça, maintenant bon... probablement, ou alors les troubles psychopathiques, des gens qui ne sont pas très bien dans leur tête, autant parler simplement.

INT : D'accord. Vous me parliez tout à l'heure d'un patient âgé qui était malmené par sa fille. Qu'est-ce que vous avez ressenti dans cette situation ? Comment avez-vous réagi ?

MED3 : Pff, je l'ai vu qu'une fois et après c'est elle qui m'en a parlé donc c'est pas un bon exemple, je n'ai pas de cas comme ça. Désolé, hein, je m'excuse mais si j'avais eu quelqu'un... comme ça j'en vois pas. Alors peut-être que j'ai shunté ça dans ma mémoire mais... Non sur le moment j'ai pas réagi, j'en ai parlé au Dr *** en disant : « Tu ne trouves pas qu'il est un petit peu rude ? », alors elle a dit : « Oui, il a sale caractère », mais bon c'est tout, ça n'a pas été plus loin. On n'a pas fait de signalement, on n'a pas de... J'ai plus eu des cas, mais c'est hors du sujet, de femmes maltraitées. Ça, j'ai eu des femmes qui avaient des coups et qui refusaient de porter plainte, et là c'est un petit peu délicat parce qu'on ne peut pas porter plainte à leur place, on ne peut pas... On peut agir si c'est des enfants, je ne sais pas si pour les personnes âgées... D'ailleurs je ne sais même pas s'il y a une législation qui nous autoriserait à dénoncer des sévices chez les personnes âgées ? Bonne question, je n'en sais rien. Si ?

INT : Oui, ça existe, comme pour les enfants, si la personne par son âge ou son incapacité physique ou psychique ne peut se protéger seule. Oui. Que feriez-vous si vous étiez confronté à un tel problème ?

MED3 : Ah ben, je pense que j'essaierai de discuter avec la personne qui est maltraitante en sachant : « Pourquoi vous faites ça ? Vous pensez que c'est bien ? ». Ou il y a un dialogue et une prise de conscience et on peut faire quelque chose, quitte à demander à l'assistante sociale pour passer voir de temps en temps pour savoir un peu ce qu'il se passe hein, et si on voit qu'il n'y a pas de résultat, on dénonce au procureur, puisqu'on a le droit si c'est une personne vulnérable. Je pense que j'irais jusque-là. Moi, j'imagine ça comme ça.

INT : Et vous avez déjà été sollicité par des autres professionnels soignants, infirmiers ou autres, concernant un problème de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

MED3 : Non, je n'ai pas souvenir de ça. Le personnel para-médical m'interpelle parfois pour des gens qui sont en situation de trouble de soin : des diabétiques qui ne prennent pas bien leur traitement ou des... mais de maltraitance, non, vraiment je n'ai pas de souvenir d'avoir de cas précis. Je vais y prêter attention et je referai un entretien (rires).

INT : Quel est le rôle du médecin traitant face à cette problématique ?

MED3 : On est là pour être à l'écoute des problèmes des gens. De tous les problèmes, que ça soit physique ou psychologique, donc effectivement si on voit qu'il y a un climat tendu quelque part, on essaie de dénouer un peu les choses. Alors, ou il y a une plainte et on l'écoute, ou il n'y a pas de plainte et là c'est un petit peu délicat. Est-ce qu'il faut être interventionniste ? Je pense qu'il faut quand même creuser un petit peu le problème. Je pense que si je voyais quelqu'un qui vraiment était dans cet état de maltraitance, je pousserais un petit peu le questionnaire pour savoir ce qu'il se passe... voilà. Je pense que je réagis comme ça.

INT : Dans ces cas-là, qu'est ce qui pourrait vous faire suspecter une maltraitance ?

MED3 : D'abord l'examen, si je vois quelqu'un qui se balade avec des bleus tout le temps, on se demanderait : « Bon, vous tombez ? Vous avez un problème ? Vous butez aux portes ? ». Enfin des deux côtés c'est un peu bizarre quoi. Enfin des traces de maltraitance physique. Et puis, après, on voit aussi, quelqu'un qui est très angoissé, très replié sur lui-même, qui ne parle pas, on se poserait des questions surtout si on assiste à une mainmise de la personne accompagnante.

INT : D'accord. Vous avez déjà été sensibilisé à ce problème ?

MED3 : Ben non, pas directement.

INT : Des formations ? Des interventions ?

MED3 : Non.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez quelques idées sur les statistiques, sur l'ampleur de la problématique ?

MED3 : Non.

INT : On estime de 4 à 6 % des personnes âgées subiraient ou aurait subi une maltraitance, et cela monterait jusqu'à 25 % des personnes âgées les plus dépendantes.

MED3 : 25 %, ça fait une sur quatre quand même.

INT : Oui, tous types de maltraitance.

MED3 : Oui, oui.

INT : Comment pourrait-on mieux prévenir cela, selon vous ?

MED3 : Euh, la maltraitance... C'est intéressant... Là je ne sais pas... Elle vient souvent de qui : des familles ? Du personnel soignant ? Ça dépend un petit peu de qui ça vient. Si c'est du personnel soignant, de n'est pas normal, normalement il est formé pour... Je suis en train de réfléchir... Je pense à une situation, c'est ma belle-mère, qui est Alzheimer plus problèmes vasculaires, c'est une Italienne, déjà, un problème de langage un petit peu, elle est illettrée, elle n'écrit pas parce qu'elle est venue en France tardivement qu'elle s'occupait de ses frères et sœur comme ils font beaucoup en Italie. Et là, actuellement, elle est à la maison de retraite de l'hôpital, dans un secteur fermé Alzheimer. Et ma femme a eu un petit souci avec une des aides soignantes, qui l'a un petit peu rabroué, et elle a mis des personnes dans la cour, enfin dans le jardin parce qu'elles étaient un petit peu agitées, enfin je ne sais pas si on peut vraiment parler de maltraitance, mais je pense à ça parce que je pense qu'elle était elle-même avec beaucoup de problème, des problèmes dans sa famille, parce qu'on en a discuté après avec elle, mais sans ça c'est quelqu'un que les gens aiment bien, ma belle-mère va vers elle et l'embrasse quoi. Mais elle était elle-même sous tension parce qu'elle avait des problèmes et elle reportait ça un petit peu sur une situation qui n'est pas facile à vivre, de traiter des gens qui sont complètement à l'ouest, donc qui crient, qui déambulent avec une phrase logique toujours répétitive, enfin c'est lassant, et on comprend qu'à un moment donné, ils peuvent un petit peu perdre leur sang-froid. Enfin il n'y a pas eu de choses vraiment objectives mais ça aurait pu être limite quoi. Mais ça se comprenait, il y avait une cause. C'est pour ça que je pense que le personnel soignant, qui est formé... À côté de ça, les dames qui sont là sont des gens super. Moi, je les admire : passer six heures de suite dans ce climat-là, moi je ne saurais pas, j'avoue que honnêtement, je deviendrais aussi... je taperais sur les gens aussi (rires), j'en sais rien mais... pas facile à vivre. Mais le personnel, il est formé, donc quand il y a un problème c'est qu'il y a un défaut de formation, ou que les gens ont eux-mêmes des problèmes.

INT : Mmh.

MED3 : Donc ça c'est pour le personnel soignant. Après, la famille, dans certaines situations, c'est vrai que ce n'est pas facile de soigner quelqu'un qui est alité, qui perd la tête, qui n'est plus propre. Bon, si on n'a pas une aide importante, on peut concevoir que de temps en temps... Alors la prévention, elle vient là-dedans, dans la formation des aidants. On fait maintenant des groupes je crois, psychologiques, où on peut envoyer les aidants je crois, pour se former et tout au moins les aider quoi. On fait ça avec Alzheimer, il y a des journées où ils prennent les Alzheimer où il peut y avoir une écoute de l'accompagnement familial quoi, parce que c'est vrai que c'est pas toujours évident quoi. Donc la prévention elle est à ce niveau-là à mon avis. Bon, il doit y avoir des cas de gens qui sont... De toute façon s'ils sont agressifs, ils sont agressifs quoi, ils seront agressifs avec tout le monde... mais la prévention elle est à mon avis à ce niveau-là.

INT : Quel est le rôle du professionnel soignant, autre que le médecin traitant, qui est confronté à une situation de maltraitance d'une personne âgée à domicile ?

MED3 : Bah, son rôle... s'il peut avoir un rôle direct en parlant avec les personnes responsables c'est... à mon avis c'est déjà un petit peu son rôle de dire : « Ne vous énervez pas, calmez-vous, il y

aurait peut-être d'autres moyens de faire », et après si ça en marche pas c'est de nous prévenir ou de prévenir les services sociaux. Enfin moi je pense.

INT : Le soignant doit donc faire remonter l'information au médecin traitant selon vous ?

MED3 : Je ne sais pas comment ça se passe dans ces cas-là. Est-ce qu'il faut à tout prix qu'ils nous en parlent à nous directement ?

INT : Je ne sais pas, c'est une question.

MED3 : J'en sais rien, non, honnêtement je ne sais pas. Je pense que ça paraîtrait peut-être logique que le personnel soignant nous appelle en nous disant : « Il y a un problème avec cette famille, est-ce que... », surtout si on soigne la famille, que ce soit la personne dépendante ou la personne qui aide, à ce moment-là on peut dire : « Effectivement ils ont des problèmes en ce moment donc ça se comprend, mais je vais aller voir, on va mettre un traitement, on va mettre quelque chose pour les calmer ». Donc c'est vrai qu'ils peuvent s'en référer au médecin traitant. Ça peut paraître logique dans ce domaine-là.

INT : D'accord. Est-ce que vous avez des remarques complémentaires à faire sur la problématique ?

MED3 : Remarques complémentaires non. Pff... je pense que... après, moi je vois dans les foyers-logements, dans les maisons de retraite que le gros problème c'est le manque de personnel parce que j'ai vu souvent des jeunes stagiaires, aides-soignantes et tout ça, faire des stages dans des endroits et puis les stagiaires sont de bonne volonté, veulent parler avec les gens et on leur dit : « Ah non, non, ce n'est pas possible, vous devez faire tant de changes, machin... ». Et là, c'est quand même lourd quoi, alors que les personnes qui sont là ont besoin de parler, elles nous racontent souvent... Moi j'en ai deux-trois comme ça qui m'ont raconté qu'elles ont été à tel endroit : « On voulait parler aux gens, ça nous faisait plaisir et puis on nous a dit non, on n'a pas le temps. Même pour aider à manger il faut aller vite parce qu'il y en a beaucoup à faire », et ça c'est un problème, un problème financier. Si on avait un peu plus de moyen, alors je ne sais pas si on peut envisager ça comme ça, je n'en sais rien, mais il ne faudrait pas hésiter à mettre une personne en plus pour que l'on passe un peu plus de temps à donner à manger, à parler avec les gens et ça se passerait beaucoup mieux. C'est sûr que si vous avez une personne qui travaille là-dedans depuis 10 ans, qui fait des nuits et qui doit avoir « à hue, à hue », un moment donné ça ne se passe pas bien, elle peut être un peu énervée, d'où l'énervement, d'où à ce moment-là une action un petit peu trop incisive sur une personne qui aurait besoin plutôt d'écoute quoi. Donc là c'est vrai que des fois dans les maisons de retraite il y a du manque de personnel. C'est peut-être le truc à signaler. Encore une fois, désolé de ne pas avoir de cas concrets.

INT : C'est pas grave du tout.

MED3 : Mais ça peut s'arranger ça, hein (rires). Y'en une paire que je taperais bien (Ton de la plaisanterie).

INT : (rires) Merci en tout cas d'avoir accepté cet entretien.

AUTEUR : MAHIEU Grégoire

Date de Soutenance : le jeudi 03 novembre 2016

Titre de la Thèse : Maltraitance des personnes âgées à domicile : perceptions et réactions des soignants professionnels.

Thèse – Médecine – Lille 2016

Cadre de classement : Médecine

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Maltraitance, personne âgée, domicile, soignant professionnel, étude qualitative.

Résumé :

Contexte : La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique majeur dans notre société. Les soignants professionnels de proximité ont une position privilégiée pour détecter et intervenir en cas de maltraitance à domicile. Le but de cette étude était d'analyser leurs perceptions, réactions et difficultés rencontrées lorsqu'ils étaient confrontés à une situation de maltraitance d'une personne âgée au domicile.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative basée sur l'analyse thématique d'entretiens individuels semi-dirigés de professionnels soignants de proximité intervenant à domicile dans le Nord-Pas-de-Calais : auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, médecins, kinésithérapeutes.

Résultats : Les soignants connaissaient bien les principaux types de maltraitance ainsi que leurs facteurs de risque et signes évocateurs. Toutefois, les comportements maltraitants étaient probablement sous-détectés. Lorsqu'une maltraitance était suspectée, les soignants hésitaient parfois à agir. Plusieurs éléments les freinaient dans leur démarche : l'incertitude concernant les faits, le déni ou le refus d'aide de la personne âgée, la crainte d'une rupture de la relation de confiance ou de répercussions personnelles. Les soignants privilégiaient la concertation entre collègues et le dialogue avec les familles. Le signalement administratif ou juridique n'était envisagé qu'en dernier recours. Tous les soignants ne se sentaient pas légitimes pour intervenir ; le médecin traitant et l'assistante sociale étaient considérés comme des référents, mais leur manque de temps et de disponibilité ainsi que le manque de communication inter-professionnelle rendaient difficile la prise en charge. Le manque de formation, la méconnaissance du cadre légal, des ressources et des aides disponibles favorisaient un sentiment d'isolement et d'impuissance du soignant.

Conclusion : Une amélioration de la formation des soignants et de la coordination inter-professionnelle semble nécessaire pour mieux détecter et prendre en charge ces situations complexes.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Dr Thibaud LÉBOUVIER, Dr François DELFORGE