

MALTRAITANCES DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT ET A DOMICILE : LE POINT DE VUE DU PSYCHOLOGUE

INTERVENTION A LA JOURNEE ANNUELLE DU CODERPA DU 15/11/01

*Régine PICAMOLES,
Psychologue au Centre de Consultation de la Madeleine, EVREUX*

GENERALITES

Dans cette première partie je souhaite préciser et différencier l'agression de la maltraitance.

L'agression d'une personne vis à vis d'une autre est souvent un **comportement qui surgit en réponse lorsqu'on se sent dépassé ou agressé**. Elle a une **fonction de contrôle**. Cette agression vise à **reprenre la maîtrise de la situation, ou à se protéger, à préserver son intégrité**.

L'agression est une réponse personnelle. Elle dépend de différents facteurs, dont 3 semblent particulièrement importants :

- *l'attitude de la personne en face de soi*, attitude qui a suscité l'agression (cela ne veut pas dire que la personne en face est responsable de l'agression) ;
- *ce que cette attitude a réveillé en soi* : par exemple un sentiment de dépendance insupportable, une angoisse de mort intolérable, un vécu de violence venant du passé qui peut pousser à réagir par la violence (mécanisme d'identification à l'agresseur) ;
- *le contexte global*, qui peut intervenir dans un sens ou dans l'autre (aggraver ou permettre de prendre de la distance, en aidant à analyser, à canaliser, à trouver des relais...).

Si l'agression est une réaction personnelle, **la maltraitance est un concept pensé en fonction du sujet qui subit l'agression** :

- il peut se sentir maltraité
- ou bien ce sont les autres, un tiers, la société, qui peuvent juger que ce comportement est maltraitant.

Quelqu'un qui est agressé peut ne pas se sentir maltraité, en particulier s'il a la capacité de se défendre. Là nous ne sommes pas dans le cadre de la maltraitance.

On comprend alors facilement que **les situations qui favorisent l'émergence de la maltraitance de la part d'un sujet sont liées à l'état de dépendance physique, psychologique, affective et matérielle de l'autre.**

Par exemple :

- les *situations de handicap physique et/ou psychologique* ;
- *aux 2 extrémités de la vie, sur les nourrissons* (plus ils sont jeunes moins ils peuvent se défendre), *sur les personnes âgées* lorsqu'elles sont en perte d'autonomie et en état de dépendance à l'égard des autres.

Un exemple de **risque majeur** est la confrontation au quotidien avec un sujet âgé dément, aux actes peu compréhensibles, aux demandes et aux comportements répétitifs et usants, agressif parfois, nous renvoyant l'image d'un mort vivant...

EXEMPLE

Je rencontre Mme L. à la demande de l'équipe peu de temps après son arrivée en foyer logement car « elle n'est pas facile », ni envers le personnel ni envers les autres résidents, et l'équipe la perçoit comme étant en souffrance.

Cette situation pose la question de la nature de l'intervention à mettre en place de la part du foyer logement.

Mme L. a perdu il y a quelques mois son mari avec lequel elle vivait depuis un an et demi en maison de retraite. Le couple avait auparavant libéré son appartement et donné ses meubles à la famille. L'état de santé de Mme L. ne justifiant pas de rester dans cet établissement assez cher, elle effectue donc son 2^{ème} déménagement en peu de temps pour s'installer dans un foyer logement moins onéreux. Ajoutons qu'elle n'est pas de la région, qu'elle et son mari vivaient en région parisienne. C'est le fils du couple qui vit en province et a probablement prospecté pour les établissements. La fille, elle, vit en région parisienne.

Lorsque je lui rends visite dans son studio, c'est la misère : ce ne sont que meubles de récupération à moitié en état. Il n'y a rien pour ranger les photos qui traînent à gauche à droite. Je précise que Mme L. a été d'un bon niveau social. Six mois après, on en est au même point.

Mme L. *trouve des excuses à ses enfants*. Son fils et son petit-fils ont une entreprise, ils sont très occupés. Sa fille fait beaucoup de voyages et appartient à un club de bridge, elle non plus n'a pas le temps. Le petit-fils l'amène dans l'Est de la France sur la tombe de son mari et pour visiter sa maison de famille, mais il n'a pas pris les bonnes clés ! 1000 km dans la journée, un repas au restaurant, une visite rapide au cimetière...

Mme L. n'exprime *ni colère ni même de plainte* concernant l'attitude de ses enfants au personnel, et probablement pas non plus à eux directement. A-t-elle honte ? *Peut-être craint-elle que la situation ne soit encore pire si elle le faisait...*

Cet exemple ne ferait pas la une des faits divers. Il n'y a pas d'atrocités, seulement un quotidien quelque peu sordide, des négligences (absence de visites, négligences matérielles, peut-être spoliation de biens).

On ne connaît pas les raisons d'une telle attitude des enfants. *S'agit-il de règlements de compte, Mme L. n'ayant peut-être pas été facile avec eux par le passé ? Est-ce de l'indifférence ?*

Les enfants ont peu de contacts avec le foyer-logement, ils sont fuyants.

Les réunions en équipe ont permis de débattre des différents points de vue quant à une intervention auprès de la famille, sachant que le règlement intérieur est quelque peu lacunaire à l'égard de ce type de situation. *Faut-il faire ingérence dans la vie familiale et imposer aux enfants d'aménager dignement le studio, en mettant éventuellement en avant la menace d'une exclusion ? N'est-ce pas là faire courir le risque d'une violence supplémentaire à l'égard de cette femme ?*

Faut-il se contenter d'écouter Mme L., l'inviter éventuellement à parler davantage de cette situation familiale qui semble, à nos yeux, une source de souffrance pour elle ?

Quel est le risque de ne pas intervenir ou de ne pas intervenir de façon assez énergique ?
En effet, on peut se demander si l'attitude actuelle de Mme L. n'est pas en bonne partie de l'agressivité déviée sur son entourage immédiat, et ne pas tout mettre sur le compte de sa personnalité. Dans ce cas elle risque de s'enfermer dans une spirale sans fin, son agressivité entraînant le rejet du personnel et, surtout, des autres résidents, l'ensemble aggravant sa souffrance. Si actuellement son agressivité semble être une défense plus ou moins efficace à l'égard de sa souffrance, les conséquences de cette attitude peuvent aussi, à long terme, entraîner une dépression et aggraver les troubles de mémoire qu'elle présente à minima.

Cet exemple assez banal illustre bien, de mon point de vue, comment une situation qui ne se présente pas de façon dramatique peut entraîner des conséquences négatives pour le sujet âgé. Les aides à apporter ne sont pas simples mais il est probablement intéressant de ne pas rester dans l'abstention. La réflexion en équipe semble bien utile dans ce type de situations...

LA MALTRAITANCE AU SEIN DE LA FAMILLE

La famille a toujours été le lieu privilégié d'expression des maltraitements. En effet, c'est le cadre où se vivent les relations affectives les plus intenses. De plus, l'intimité du huis-clos familial et les enjeux des relations entre ses membres ne facilitent pas l'expression des problèmes graves. Inversement, cette intimité ne permet pas au regard social d'intervenir. A l'absence de dire répond l'absence de régulation sociale.

Quand un parent âgé vieillit **la question de l'héritage et de la dette en retour** se pose forcément, autant d'un point de vue matériel qu'affectif.

La question des successions, des legs, avant ou après le décès, est présente dans de nombreuses familles. Autour de ces partages matériels se jouent bien des histoires de pouvoir : pouvoir du vieillard sur ses enfants, qu'il illustre à travers ses dons promis ou anticipés, histoires sordides dans les fratries. *Ces règlements de compte matériels se doublent le plus souvent de règlements de compte affectifs* : enfant mal aimé déshérité par un parent, frère jaloué par sa fratrie et spolié dans l'héritage par exemple.

La question de la dette en retour se pose particulièrement quand s'installe la dépendance affective et matérielle du parent âgé. Lorsque nous sommes amenés par notre présence et par nos actes à **nous comporter comme si nous devenions les parents de nos propres parents, les repères se modifient et cela peut faire vaciller notre identité** :

- **nos parents n'occupent plus leur place de protection, de rempart symbolique, en particulier par rapport à la maladie et par rapport à la mort.** Cela peut entraîner par exemple des phénomènes de deuil anticipé. L'aïeul peut être sacrifié afin de conjurer l'image négative du vieillissement, de la maladie et de la mort. La maltraitance, cela peut être le pousser de l'autre côté sans se l'avouer vraiment.
- **être confronté à la régression de nos parents peut nous faire revivre** par le biais de ce processus régressif **des faits, des émotions liés à notre propre enfance** (comme la dépendance de l'enfant à l'adulte vécu comme tout-puissant). Cette reviviscence peut être consciente ou inconsciente, d'autant qu'elle renvoie aux relations précoces. Elle peut être faite de souvenirs positifs de parentage comme de vécus de frustration, de négligences ou de violence. **La régression du parent peut entraîner chez l'enfant des vécus dépressifs ou persécutoires. Les réponses à ces problèmes anciens pas toujours résolus peuvent alors se situer dans le registre du passage à l'acte.**

Concrètement la dette est donc constituée d'éléments contrastés :

- **le parentage inversé peut être source de plaisir**, comme un contre-don à un don ancien
- il peut être aussi le **lieu de tous les excès et de tous les abus : attachements excessifs, attitudes inadaptées, attachement ambivalent, rejet, abandon.**

Chez la fille en particulier *la dette émotionnelle par rapport à la petite enfance mais aussi tout ce qui a pu se jouer ensuite dans la relation mère/fille guidera les comportements de soins.* Ces comportements seront marqués par l'ambivalence en miroir de celle ressentie jadis par la mère à l'égard de sa fille. La distance fille/mère ne se lit donc pas seulement en fonction du temps réel consacré au parent âgé mais aussi en

fonction de son investissement affectif (comme jadis le parent à l'égard de son nourrisson).

Un exemple qui m'avait marquée de régression partagée dans la relation mère/fille a été l'entrée en moyen séjour d'une femme désorientée avec son biberon. Une semaine après elle se réalimentait, certes avec nécessité d'une présence stimulante, mais comme tout le monde. La désorientation avait conduit la fille à adopter avec sa mère un comportement fusionnel de maternage inadapté.

Le risque, dans les cas d'excès émotionnel, est **majoré en cas d'absence de régulation extérieure si la relation de l'aidant à son parent est fusionnelle, donc forcément ambivalente** (elle me bouffe mais je ne peux m'en séparer), sans tiers susceptible d'aider à mettre de la distance dans la réalité et dans l'affectif.

C'est pourquoi l'aide aux aidants familiaux est si importante. Il est primordial pour les intervenants auprès des personnes âgées, en particulier quand elles vivent à domicile, de concevoir le plus tôt possible ses actions dans une perspective systémique. **L'attention portée au système familial, le plus précocement possible, quand l'affect n'a pas encore envahi la relation d'aide familiale, est un facteur de prévention des troubles relationnels et est le gage d'un maintien à domicile de qualité.**

Les adaptations à l'état de dépendance pourront ainsi s'envisager autrement que dans la crise et l'urgence, se négocier au fur et à mesure des modifications de l'état de dépendance. Celles-ci sont en effet souvent prévisibles... à condition qu'elles puissent être énoncées et discutées !

Il est ainsi anti-thérapeutique de ne pas proposer un accompagnement à la famille d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le médecin généraliste qui diagnostique une démence et qui ne propose pas de « **service après vente** » comme dit le Dr Pierre GUILLET, a un comportement maltraitant par rapport aux aidants. Il risque de provoquer, indirectement, de la maltraitance en retour sur la personne âgée.

En effet, la survenue d'un processus démentiel met à mal les possibilités intellectuelles et relationnelles du sujet âgé. Son comportement régressif ou agressif devient souvent un message, une forme de réponse, là où la parole est difficile, une façon de s'exprimer ou de se défendre. De l'autre côté le comportement de la personne détériorée, désoriente celui qui y est confronté, le rend confus voire le persécute. **Le risque est alors de répondre dans une dynamique agressive, dans une spirale de passage à l'acte, ou de déprimer. Connaître la maladie, ses symptômes, son évolution, permet à la famille de mieux assumer son rôle d'aidant.** Cela lui permet d'ajuster son attitude face aux difficultés réelles, en ne faisant pas à la place de son parent lorsqu'il peut faire, mais aussi d'éviter des stimulations inutiles, génératrices d'angoisse et d'échecs, lorsque les incapacités sont installées. Une relation vivante basée sur l'observation de la réalité, et pas seulement envahie par les fantasmes ou les angoisses, peut alors s'installer. Elle

permet parfois d'atténuer la grande souffrance d'avoir un parent diminué psychiquement.

Il s'agit dans tous les cas d'**être attentif aux angoisses de la famille susceptibles de déclencher de la maltraitance active ou passive**. Ces angoisses ne sont pas toujours verbalisées. On les retrouve souvent dans des attitudes de protection néfastes (par exemple mettre en place une contention physique pour éviter les chutes), dans des demandes de surmédicalisation ou d'acharnement thérapeutique ou, à contrario, d'abstention thérapeutique ou de demande d'euthanasie plus ou moins clairement formulée. L'aide à la famille consiste alors à l'aider à parler des angoisses sous-jacentes à ces attitudes et à ces demandes.

Ajoutons que la dépendance est parfois mal vécue par le sujet âgé qui devient difficile à supporter. Si l'aide devient trop importante, si l'aidant se sent coincé matériellement, dans une cohabitation difficile, s'il se sent déchiré entre ses différents rôles (d'enfant, de parent, de grand-parent, par exemple), le risque de maltraitance augmente.

Il faudrait pouvoir parler de toutes ces situations. Cela nécessite de pouvoir **penser le soin dans un travail en réseau**. Soulignons l'aide, peu diffusée en France, apportée par les **associations de familles, et les réunions de famille**.

EN INSTITUTION

S'il y a probablement moins de maltraitances « lourdes », **l'institution est le lieu de petites maltraitances du quotidien, de négligences et d'abus de pouvoir**.

Commençons par les violences institutionnelles que peut vivre le personnel : *effectifs dérisoires* eu égard au travail à fournir, *services dévalorisés* par rapport aux services dits actifs où s'exercerait un soin plus noble susceptible de guérir, *personnel en punition* etc.

Par exemple quelle image pouvait ainsi avoir le personnel d'un service de Long Séjour où la surveillante avait été mise au rebut il y a bon nombre d'années et attendait la retraite, où le médecin-chef passait dans les couloirs à toute allure en qualifiant les déments de fauves, où l'administration refusait de faire même de petits travaux pour cause de construction future de nouveaux locaux ? Dans ce service les déments étaient enfermés toute la journée dans une salle à manger, dépourvus de vêtements personnels. Comment avoir d'eux une image encore humaine ? Il est vrai que dans le service de Moyen Séjour d'à côté, avec le même médecin-chef, on avait des « vrais » malades (les mêmes en fait, à l'étape d'avant), mais cela n'était guère mieux de mon point de vue. Ils étaient confinés en chambre, sans vie sociale, sondés, neuroleptisés en cas d'agitation, presque des plantes vertes.

Les soignants peuvent être donc maltraités par leur propre cadre de travail. Il peuvent aussi l'être par les résidents ou par les familles.

Rappelons que **les violences des sujets âgés**, sauf exception, sont des **réactions de peur et de défense**. L'attitude thérapeutique consiste dans *l'apprivoisement* préalable et progressif, hors contexte de soins, mais aussi à *se protéger* en tant que soignant (mettre des moufles à une personne qui griffe, demander à ce qu'intervienne un collègue avec qui cela se passe mieux...).

Quant aux **familles agressives** on sait bien que ce **sont souvent des familles qui culpabilisent** du fait du placement et qui « règlent leurs comptes » avec le personnel. Les solutions existent :

- *l'accueil, l'écoute dès le départ*, parfois par un personnel plus neutre que les soignants en première ligne (comme un psychologue – mais sa présence est rare dans ce type d'établissement, cela est révélateur de la vision du soin aux âgés, réduits à des corps)
- la mise en place de *réunions de familles*

De l'autre côté, l'institution est aussi un **lieu de violences entre les résidents eux-mêmes, à l'image de toute collectivité** (aspect que nous ne développerons pas), **mais aussi un lieu où peuvent proliférer les rudoiments de la part du personnel.**

A titre d'exemples de ces violences quotidiennes :

- une organisation du travail renforçant la perte d'identité chez le sujet âgé (se voir imposer des rythmes collectifs sans marge de manœuvre individuelle)
- faire vite sans respecter le rythme ralenti du sujet âgé
- attacher les fugueurs, les bloquer derrière la table (si la crainte des chutes vient de la famille on peut argumenter, le risque est encore plus grand d'accentuer les handicaps en attachant)
- isoler quelqu'un qui crie, alors qu'il réclame de la relation
- enlever la sonnette
- ignorer quelqu'un pendant la toilette faite à deux en parlant avec l'autre soignant
- faire la toilette et le change sans pudeur, ne pas mettre de vêtements personnels
- repas donnés trop rapidement, conduites de gavage
- adoption d'attitudes éducatives sadiques ou infantilisantes (pas de dessert si la soupe n'est pas mangée, réprimandes face à l'incontinence)
- pas d'espace d'intimité, pas de sexualité possible (ex. d'un homme amoureux neuroleptisé à la demande de la famille de l'élue)
- conduites d'abstention thérapeutique, pas d'exams ni de traitement
- inversement, conduites d'acharnement relationnel et thérapeutique en fin de vie face à quelqu'un qui veut s'isoler
- emploi de médicaments pour mater quelqu'un
- surstimulation

- animations infantilisantes, trop perfectionnistes, tenant mal compte des vécus liés aux incapacités ou des handicaps
- Etc...

La majorité de ces petites violences choque lorsqu'on arrive dans un service avec un œil neuf. **Avec le temps et la routine elles risquent d'être banalisées par le personnel...** mais cela reste des maltraitances !

Le rôle de la routine, de la durée des soins dans le temps à des personnes dépendantes sont souvent des facteurs actifs de maltraitance.

Ainsi a-t-il remarqué qu'**une familiarité déplacée s'installe proportionnellement à la durée du séjour et au degré de dépendance**, en particulier face à la dépendance psychique. C'est la porte ouverte au manque de respect, à la prise de pouvoir et à des maltraitances subtiles.

Enfin il faut rappeler que le soignant est lui aussi un être humain. En tant que tel il n'est pas forcément plus à l'abri que quiconque de ressentis émotionnels difficilement gérables. Il est donc susceptible d'avoir lui aussi des attitudes désadaptées.

La dynamique d'équipe, si elle est correctement gérée, est un support d'aide au soignant.

Que proposer ?

La qualité des soins est l'affaire de tous :

- *des responsables* (démarche qualité, mise en place et suivi de projets de services et de projets de soins et de vie)
- *de l'équipe* (contexte de créativité)
- *de la formation initiale et continue* (supervision des pratiques, apport de connaissances)

La souffrance du soignant, ses interrogations et ses difficultés à prendre en charge des personnes lourdement handicapées, dans le long terme et jusqu'au bout, ainsi que les familles doivent être prises en compte. Il est indispensable de **penser et de réfléchir les soins, sinon on risque de passer à l'acte.**

Le **travail en synthèse en partenariat, la mise en place de procédures d'accueil et de projets individualisés de soins, de groupes de paroles pour le personnel**, aident à prendre de la distance affective, à réfléchir.