

Le Collège des soignants de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

The College of healthcare professionals of the French Society of Geriatrics and Gerontology (SFGG)

Claire TROCHET¹, Pascal LAMBERT²

La Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) est une société savante pluriprofessionnelle dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie.

Le Collège des soignants de la SFGG a été spécifiquement créé en son sein pour réunir les professionnels de santé non médicaux ayant développé une expertise et désireux de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de nos aînés.

Il a ainsi pour mission de promouvoir le travail interdisciplinaire et l'expertise soignante auprès des personnes âgées. Il favorise les échanges entre professionnels au niveau tant national qu'international. Il suscite l'émergence de la recherche dans le domaine des soins à la personne âgée. Il met en œuvre des actions de santé publique en lien avec le vieillissement. Il diffuse la culture gériatrique et gérontologique. Lorsqu'il est sollicité, il donne son avis d'expert et participe à divers travaux auprès de la Haute autorité de santé (HAS), de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des Agences régionales de santé (ARS)... Il publie dans différentes revues scientifiques et participe à des congrès et autres colloques afin de partager les synthèses de ses réflexions et travaux.

Les membres du collège se rencontrent trois fois par an et organisent une session soignante lors des Journées annuelles de la SFGG (JASFGG).

Pendant longtemps, le corps infirmier y était représenté dans toute sa diversité - infirmiers cliniciens, hygiénistes ou chargés de recherche, infirmiers de pratique avancée, infirmiers formateurs consultants, infirmiers en Court séjour gériatrique (CSG), en Unité mobile de gériatrie (UMG), en Soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en Unité de soins de longue durée (USLD), cadres de santé, cadres supérieurs de santé - et dans la richesse de son mode d'exercice - à domicile, en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en établissement hospitalier, que ce soit public ou privé -.

Depuis 2018, les candidatures sont ouvertes à d'autres professions : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens...

Les candidatures des personnes physiques peuvent être proposées par parrainage soit par un membre du collège des soignants ou soit à titre individuel ; dans tous les cas, le conseil d'administration recueille l'avis préalable du collège des soignants suivi par l'approbation de l'assemblée générale à la majorité simple des suffrages exprimés.

Pour une demande d'adhésion, le candidat doit adresser une lettre de motivation accompagnée d'un *curriculum vitae* à la délégation générale de la SFGG, 135 avenue de Wagram, 75017 Paris. <https://sfgg.org>

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ??-??.

¹ Infirmière de pratique avancée en gérontologie, CHU de Grenoble, France ; Coordinatrice du collège des soignants de la SFGG.

² Infirmier libéral de pratique avancée en gérontologie, Paris, France ; Coordinateur du collège des soignants ; Membre du Conseil d'Administration de la SFGG.

Auteur correspondant : Monsieur Pascal Lambert, Infirmier libéral de pratique avancée en gérontologie), Paris Coordinateur du collège des soignants, Membre du Conseil d'Administration de la SFGG.

Courriel : pascallambert.ilpag@gmail.com

DOSSIER PRÉVENIR LA MALTRAITANCE : ENJEUX ET RÉALITÉS

La Revue de Gériatrie permet aujourd'hui aux soignants exerçant en gérontologie d'exprimer des points de vue, des retours d'expériences, des réactions et des analyses de pratiques sur toutes problématiques relatives à ce thème et au Collège des Soignants de vous faire partager les synthèses de ses réflexions et travaux.

S'interroger sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées conduit d'abord à prendre la mesure de la diversité des situations que ce sujet recouvre : diversités des organisations, des modes de fonctionnement, des équipes. La formation initiale nécessaire pour les professionnels porte sur la spécificité du soin gériatrique au contact de personnes dépendantes, les relations entretenues avec les personnes âgées et leurs proches, le soin basé sur des valeurs professionnelles, le travail en équipe pluridisciplinaire,

l'accompagnement global, la relation humaine, l'ensemble complémentaire de la technicité des soins.

Cette thématique intitulée « prévenir la maltraitance » se compose de 5 articles d'approches complémentaires tant à domicile qu'en structures d'hébergement et de soins, écrits par des professionnels de santé exerçant auprès de personnes âgées.

Un des textes pose le cadre général et permet de comprendre pourquoi la maltraitance existe, pour mieux la prévenir. Elle est illustrée par des témoignages de stagiaires aides-soignants et infirmiers en formation initiale.

Ensuite, sont développés les principaux thèmes dans les domaines suivants : l'accompagnement d'une personne face au refus de soin, la maltraitance à domicile avec l'apport du gestionnaire de cas MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) et de la pratique avancée infirmière. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Comprendre la maltraitance pour mieux la prévenir

Understanding abuse in order to better prevent it

Robert MOULIAS

RÉSUMÉ

Avoir besoin d'une aide humaine pour ses activités élémentaires de la vie quotidienne rend la relation asymétrique entre aidé et aidant, que celui-ci soit une personne ou une structure. L'aidant se trouve chargé d'un pouvoir et d'une responsabilité sur la personne aidée qui ne peut vivre sans lui.

Le proche-aidant n'y est pas préparé. Elle ou il compense par son affection, mais n'a ni la mission ni la compétence de remplir les tâches des professionnels.

La structure doit s'assurer que ses professionnels disposent des formations et des aptitudes indispensables, d'un encadrement référent, et qu'ils soient en nombre suffisant. Assurer vie, accompagnement et bien-être de personnes qui ne peuvent vivre sans assistance humaine implique des savoirs, des responsabilités, un sens des valeurs. Toutes pratiques professionnelles inappropriées mettent en souffrance les personnes dépendantes « captives » de leur besoin d'aide, de leurs proches-aidants et des professionnels motivés.

Cette « maltraitance organisationnelle » qu'elle soit structurelle (service ou établissement) ou systémique (lois, évaluations des besoins, traditions, regards sur la dépendance ou la vieillesse) facilitent violences individuelles sans jamais les excuser. Les abus de la faiblesse des aînés devenus fragiles ou dépendants par des agressions psychologiques, physiques, des vols et escroqueries sont des délits et non des « abus », étrange indulgence du vocabulaire lorsqu'il s'agit de vieux.

Ces carences ne concernent pas que les effectifs et les moyens financiers. Elles ont une origine plus profonde. Les « pratiques inappropriées » qui en résultent sont

ABSTRACT

When help from another person is needed to conduct basic daily activities, the relationship between the cared-for person and the caregiver, whether the latter is an individual or an organization, becomes asymmetrical. The caregiver is then endowed with a power over and a responsibility towards the cared-for person who cannot live without them. The close caregiver is not prepared for this type of relationship. They compensate by showing affection, but it is not their mission to fulfill tasks to be carried out by professionals, nor do they have the skills to do so. The organization should ensure that its employees have the necessary training and abilities, a tutor they can turn to and that their number is enough. Ensuring the well-being, support and quality of life of individuals who cannot live without human assistance involves acquiring knowledge, taking on responsibilities and upholding values. Dependent people suffer from any inappropriate professional practice; their need for assistance from their close caregiver or motivated professionals maintain them in a situation of "captivity".

This organizational abuse, whether it comes from an entity (a service or an institution) or it is systemic (laws, assessment of needs, traditions, opinions on dependency or old age) facilitate individual violence without justifying it. When elderly people who have become frail or dependent are abused through psychological aggression, theft or swindle, these are considered as offence and not "abuse" - a strange indulgence when it comes to the elderly.

These shortcomings do not only affect the number of employees or financial resources. Their roots go deep

corrigibles après évaluation des causes. Les délits relèvent de la sanction. Reconnaître les qualités humaines nécessaires à ces métiers, étudier leur expérience et les valoriser moralement et financièrement seraient une puissante prévention.

Étudier et mieux comprendre les mécanismes de la « maltraitance » permettra enfin une prévention « basée sur des preuves » sans ostraciser familles - équipes - encadrement.

Quand à la Bientraitance, c'est ce qui fait que vivre dépendant ne soit plus vécu comme une déchéance. Ce n'est pas dans les normes qu'on la trouvera, mais sur le côté positif du « facteur humain ». Quelle difficile et belle mission qu'on ne peut réduire à une liste de normes et de recommandations contradictoires.

Mots clés : Maltraitance - Bientraitance - Vulnérabilité - Pratiques inappropriées

and the "inappropriate practices" adopted as a result can be corrected after an assessment of the causes. Offenses can be punished. A powerful preventative measure would be to recognize the human qualities required in these professions, to study their experience and acknowledge them morally and financially.

The study and a better understanding of the mechanisms of abuse would at last contribute to "evidence-based" preventative measures without ostracizing the families, teams or staff. As to "well-caring", it is what enables an elderly to not consider dependency as a decline. "Well-caring" will not be found in the regulations, but on the positive side of the "human factor". What a difficult and beautiful mission that cannot be reduced to a list of contradictory standards and recommendations!

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ??-??.

Keywords: Abuse - "Well-caring" - Vulnerability - Inappropriate practices

INTRODUCTION

Dans maltraitance, il y a « traiter ». Le risque de maltraitance résulte d'une relation asymétrique entre un « auteur », personne ou organisation, qui a reçu un pouvoir sur une personne et une « victime ». La victime a besoin de l'auteur pour une aide à des gestes qu'elle ne peut réaliser sans aide humaine, pour un soin, pour un accompagnement, ou par besoin d'affection. Le plus souvent l'auteur professionnel « traite-mal » non par mauvaise intention, mais par inconscience des besoins, ignorance des réponses, ou par impossibilité d'agir faute de compétence, de temps, de matériel. L'auteur - quel que soit son niveau hiérarchique - peut aussi croire bien faire.

On réunit malheureusement sous ce même mot des actions malveillantes, où l'auteur, profitant de l'emprise que lui donne sur la victime la mission d'aide ou de soin, ou le besoin d'affection et d'accompagnement, accomplit des actes délictueux.

DÉFINITION

Plutôt que les longues définitions officielles, on peut résumer : « De la part de celui (personne ou organisation) qui a une emprise sur autrui, est maltraitante toute action ou négligence pouvant porter préjudice à la personne captive de cette emprise personnelle ou organisationnelle ».

Cette définition inclut des faits très différents :

- d'une part, des pratiques inappropriées où il n'existe aucune volonté de nuire - voire en croyant bien faire -. Ces pratiques inappropriées peuvent être personnelles ou surtout organisationnelles ;
- d'autre part, des actes malveillants abusant du pouvoir reçu ou acquis. Ces agressions sont facilitées par les pratiques inappropriées, d'où des zones frontalières.

Ce mélange sous le même vocable de violences opposées a fait de la maltraitance « un mot qui fâche » mélangeant erreurs individuelles, carences organisationnelles structurelles ou systémiques et délits, parfois crimes. Nous devrions clairement séparer ce qui relève de pratiques, de formations et de moyens à améliorer, de ce qui est intentionnel et relève de la sanction.

VICTIME : la victime n'est pas responsable de sa maltraitance. La personne victime a besoin de l'auteur, (personne, structure ou système) pour une aide, un soin ou par affection. À l'origine de ce besoin :

- soit sa « faiblesse côté mental » : troubles cognitifs - mêmes modérés, dépression - rendant acariâtre, psychoses, lésions cérébrales, mais aussi besoin d'affection, de présence, d'accompagnement, solitude. La victime est souvent captive d'une structure d'accueil, consentante faute de choix et silencieuse ;
- soit la perte de son indépendance. Incapable d'agir pour elle-même, la victime est captive de son environnement familial et/ou structurel. L'absence de témoin extérieur est un facteur facilitant.

AUTEUR : il peut être une personne, une structure, un système avec ses règles et traditions :

- personne, ce peut être le proche-aidant (mais il est le plus souvent lui aussi victime), un autre membre de la famille, un professionnel, un intrus prédateur ;
- organisation, ce peut être un service, un établissement, un règlement intérieur (structurel), mais aussi une loi (ex : discrimination sur l'âge pour la compensation du Handicap), un état d'esprit (âgisme), une tradition.

L'auteur a toujours une emprise sur la victime. Il y a un mésusage du pouvoir reçu ou pris. L'auteur - professionnel, structure, décideur - a une responsabilité personnelle et des devoirs envers les personnes captives de son pouvoir reçu, même s'il ne l'a pas recherché.

L'auteur mal intentionné - y compris professionnel - repère volontairement sa cible sur sa vulnérabilité ou profite de l'occasion qui place une personne sous son emprise.

FACTEURS DE RISQUES DE DEVENIR AUTEUR

Ils concernent tous les niveaux hiérarchiques.

Facteurs individuels de risque

- Le professionnel - de tous niveaux - peut avoir reçu une formation insuffisante. L'inadéquation des formations initiales et continues, celle des informations reçues rendent inconscient des besoins et ignorant des réponses à ces besoins. Cette insuffisance est d'origine systémique quand la théorie l'emporte sur l'apprentissage pratique (« training »). Une équipe entraînée et encadrée sait corriger des carences ou des erreurs individuelles inévitables ;
- le proche-aidant n'a pas à être compétent. Exiger de lui un travail de professionnel est une double maltraitance envers l'aidé et envers le proche-aidant ;
- le professionnel peut être inapte à cette mission difficile. Cette inaptitude peut avoir des raisons transitoires ou définitives, psychologiques ou médicales. Recruter un agent inapte à cette mission ou lui donner des responsabilités auprès de personnes aussi vulnérables est un facteur organisationnel structurel ;
- le proche-aidant n'a pas choisi ce rôle. Conjoint âgé ou enfant ayant sa propre famille et son métier, il n'a pas à être apte. Mais s'il est violent, pathologique, ou a des revanches à prendre, cette inaptitude doit être prise en compte.

Facteurs de risque organisationnels structurels (au niveau service ou établissement)

- la vision gestionnaire et/ou défensive, centrée sur les règles et normes, démotive les équipes qui ne sont pas reconnues dans leur mission d'accompagnement humain - qui a aussi sa technicité. Le remplacement d'un encadrement de proximité « référent » par un encadrement « gestionnaire »

rend tout agent ou tout proche-aidant seul devant l'inévitable difficulté. Le manque de temps donne un sentiment de travail bâclé, culpabilisant et source démontrée d'épuisement, ou au contraire, il conduit à la chosification de la personne et aux atteintes à la dignité, au déni et à la démotivation rendant la maltraitance inéluctable ;

- l'absence ou l'inadaptation de la formation continue, l'absence d'analyse des pratiques et de réflexion au profit d'une traçabilité devenue un objectif au lieu de rester un outil, l'absence de fonctionnement en équipe « collégiale », c'est-à-dire où chacun a sa mission et sa parole - sans maillon faible, la routine (contraire de l'expérience), l'absence de regard extérieur sont autant de facteurs de pratiques inappropriées d'origine organisationnelle.

Facteurs de risques systémiques

Peu étudiés malgré leur importance, ils peuvent participer à la démotivation, source majeure de maltraitance ; des humains prennent soin d'humains :

- l'attribution inadaptée de qualifications, effectifs, moyens, architecture inappropriés ou localisation inaccessible aux proches sont des violences envers les résidents, les familles, les équipes et leur encadrement ;
- la non reconnaissance, voire le mépris affiché envers ceux qui s'occupent de « personnes âgées dépendantes » sont des facteurs aggravants. Ce ne sont pas des « petits boulots » vers lesquels on peut diriger les mutations disciplinaires ou les cas sociaux de la commune ;
- le regard de la société et celui des médias avides de scandales plus que de solutions qui sont plus complexes que « N'y a qu'à augmenter les effectifs » ; c'est trop souvent indispensable, c'est toujours insuffisant sans la compétence et la motivation ;
- la multiplication de normes et recommandations sans se préoccuper des moyens qu'elles impliquent et sans expérimentation préalable de leur faisabilité, de leurs résultats positifs et de leurs effets indésirables ; les méthodes d'évaluation des besoins et d'utilisation des moyens mériteraient surtout d'être expérimentées de façon scientifique. On ne peut rester sur un système de payeurs multiples essayant chacun de passer la facture à l'autre. Comment séparer le soin, l'aide, l'accompagnement, le foncier dans le prix de journée d'une personne qui est là parce qu'elle est handicapée par des maladies et non parce qu'elle est vieille.

LES MALTRAITANCES PAR MALVEILLANCE DEVRAIENT RELEVER D'UN AUTRE MONDE, MAIS CE N'EST PAS TOUJOURS LE CAS

- Certaines sont réprimées : c'est le cas des vols, escroqueries, abus de confiance. Assez curieusement, quand ces

délits concernant les vieux on les appelle « abus financiers », une façon de relativiser ce qui est d'abord un délit. Serait-ce moins grave ?

- Quand l'auteur est un professionnel ayant une emprise sur la victime, la loi est particulièrement sévère pour les abus de faiblesse par personne ayant autorité. Mais elle considère qu'il n'y a pas de vol à l'intérieur de la famille (ex : détournement de pension).
- La « délinquance astucieuse » (impostures, influences indues, escroqueries, arnaques diverses, chantages) est le fait d'une criminalité sans violence physique, qui s'attaque aux aînés vivant seuls, ayant besoin de compagnie et d'affection. La récidive est habituelle.
- Des actes malveillants proviennent hélas parfois de professionnels : insultes et violences psychologiques, atteintes à la dignité, agressions physiques, « effets de meute », voire agressions sexuelles de « gérontophiles » rares mais bien réels et récidivistes. Parfois ces violences sont peu ou pas réprimées, alors qu'elles ne sauraient être confondues avec les pratiques inappropriées liées à des insuffisances de formation ou d'effectifs. Ces violences, quand elles sont tolérées, découragent les autres professionnels. Il y a d'abord un problème organisationnel structurel ou systémique, dès qu'un établissement tolère des agressions verbales ou physiques, des négligences volontaires.

PROFESSIONNEL, SAVOIR FAIRE FACE À LA MALTRAITANCE ?

La première prévention est de connaître son métier, savoir analyser ses pratiques et le sens du soin donné. Ce n'est pas d'éviter tout préjudice : réaliser ou non un acte invasif indispensable portera toujours un préjudice par sa violence. Mais sa réalisation apportera du bien-être. Pouvoir demander un autre avis, disposer de référents, travailler de façon collégiale sont les outils de la prévention. Les métiers de la « Dépendance » sont des métiers difficiles. À tout niveau, il faut savoir réfléchir avant d'agir et avoir conscience de son action. Tout professionnel de la dépendance a une responsabilité dans son action que n'a pas celui qui a affaire à une personne indépendante et autonome.

Le professionnel témoin de maltraitance est dans une position difficile. L'auteur peut être un collègue, son établissement, un proche de la victime. Il est en conflit de loyauté et en risque de représailles. Il a une obligation morale et légale d'alerter, mais qui ? Le premier conseil est de ne jamais rester seul. En parler à ses collègues, à l'encadrement de proximité : cela peut suffire à faire cesser la maltraitance dans les cas isolés. Appeler le centre d'écoute ALMA local par le 3977 peut permettre de recevoir des conseils ou que le relais soit pris.

PRENDRE SOIN D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE N'EST PAS UN PETIT BOULOT

Quel que soit le niveau hiérarchique, de l'agent de base au directeur, et que ce soit au domicile, à l'hôpital ou en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le professionnel a une responsabilité particulière envers celui qui « dépend » de lui. Celui qui ne peut agir par lui-même pour lui-même est « captif » du système qui organise son assistance, personnes et structures. Prendre soin de ces personnes est une mission complexe, qui exige motivation et réflexion et non des automatismes. Ce n'est pas une tâche que l'on peut confier à un « cas social » sans préparation, la difficile mission d'accompagnement étant parfois présentée comme une corvée. C'est là un des principaux facteurs de maltraitance envers les personnes dépendantes et aussi envers les professionnels qui ont mission d'assurer leur bien-être.

Il manque une définition opérationnelle de la situation de dépendance d'une assistance humaine. Cette perte de l'indépendance, de la capacité d'agir ne doit pas rester confondue avec la limitation d'autonomie qui la précède ou l'accompagne dans une partie des cas. Dépendance et limitation d'autonomie ne sont ni le propre de la vieillesse ni la règle dans la vieillesse, mais le résultat de maladies ou d'accidents. Définir la « Dépendance » d'une assistance humaine pour ses activités élémentaires de la vie quotidienne permettrait de réguler les relations entre les acteurs et de protéger :

- la personne dépendante - incapable d'exercer ses droits, qu'elle soit pleinement autonome (capable de décider) ou non ;
- son proche-aidant, dont la liberté et les ressources sont altérées par la responsabilité qu'il reçoit et n'a pas demandée de veiller sur son proche devenu dépendant. Aidé et aidant sont chacun captifs de l'autre ;
- le professionnel de l'aide ou du soin, qui assure une assistance vitale, indispensable à la vie de la personne, ce qui ne relève pas d'un simple service à la personne (indépendante) ;
- le service ou la structure, qui assure aide et soins et assume une responsabilité directe sur les personnes assistées, captives, car incapables aujourd'hui de vivre sans leur support.

ET LA BIEN-TRAITANCE ?

La bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance, mais la conscience que certains gestes peuvent être ressentis comme une violence et qu'il faut choisir le moindre

préjudice. La dépendance en elle-même est maltraitante. Il faut lutter contre la tendance de faire de la « Bientraitance » un mot qui cache. La bientraitance, c'est la difficile mission quotidienne, n'admettant ni relâche, ni discontinuité d'une majorité d'équipes et de leur encadrement qui s'efforcent d'assurer le bien-être de citoyens âgés que la maladie a privés de leur indépendance. C'est à ces professionnels d'être désormais responsables du respect du bien-être, de la dignité, des Droits, d'éviter l'ennui, le désespoir, le sentiment de déchéance. Ceci souvent sans recevoir ni considération, ni souvent les moyens nécessaires, ils y réussissent : chapeau !

Plutôt que de reprendre les définitions abscondes de certains textes, on peut proposer pour la Bientraitance certaines définitions brèves et complémentaires :

- « La Bientraitance, c'est ce qui fait que la dépendance ne soit plus vécue comme une déchéance. » ;
- « La Bientraitance, c'est ce qui manque une fois que l'on a appliqué toutes les normes et toutes les recommandations. » ;
- « La Bientraitance, c'est ce qui permet que la dépendance ne soit plus vécue comme une déchéance. » ;
- « La Bientraitance, c'est le côté positif et irremplaçable du "facteur humain" » ;
- « La Bientraitance, c'est ce pourquoi chacun de vous a choisi un métier de soin ou d'aide. » ■

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Note de l'auteur

Texte tiré de l'intervention du 29 novembre 2017 aux JASFGG - Session du collège soignant.

Comprendre et accompagner le refus de soins

Understanding and accompanying healthcare refusal

Claire TROCHET¹, Philippe MULLER²

RÉSUMÉ

La situation de refus de soins est très souvent observée dans le cas de patients et/ou résidents souffrant d'une maladie neuro-dégénérative en structure médico-sociale ou hospitalière. En accompagnant le refus de soin, on peut éviter des actes de maltraitance. Une approche collégiale et éthique est indispensable. Les professionnels de santé formés à l'échelle l'Inventaire neuropsychiatrique (NPI) favorisent les transmissions entre les équipes sur les attitudes à adopter avec tel ou tel résident. Un entraînement à l'identification de ces troubles demande une collaboration médicale et paramédicale.

Mots clés : Troubles neurocognitifs - Refus de soin - Échelle NPI - Accompagnement des équipes

La situation de refus de soins est très souvent observée dans le cas de patients et/ou résidents d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) souffrant d'une maladie neuro-dégénérative. Cette situation complexe à gérer pour le soignant ou l'aidant peut parfois être l'amorce d'actes de maltraitance plus ou moins volontaires.

Lorsqu'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est prise en charge par une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale, elle est considérée par la loi comme un usager à part entière. À ce titre, les différentes législations en faveur des droits des usagers s'appliquent et doivent être respectées. Du début de la maladie jusqu'en fin de vie, la personne malade demeure un « sujet de droit ». Méconnaître ces législations peut engager la responsabilité de son auteur. En pratique, le respect des droits des personnes dans

ABSTRACT

Healthcare refusal is very often observed in cases of patients and/or nursing home residents who suffer from a neurodegenerative disease in medical and social institutions or in hospitals. Abuse could be avoided through the accompaniment of healthcare refusal. An ethical and collegiate approach is required. Healthcare professionals trained on the Neuropsychiatric Inventory (NPI) scale foster team communication on which approach to adopt with such or such patient. Proper training to identify these troubles demands collaboration among medical and paramedical practitioners.

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ??-??.

Keywords: Neurocognitive troubles - Healthcare refusal - NPI scale - Supporting the teams

le cadre de la maladie d'Alzheimer soulève des questions éthiques et juridiques particulières. Il existe certaines spécificités liées à la maladie d'Alzheimer lorsqu'il s'agit de garantir et de faire respecter les droits des personnes malades :

- des spécificités médicales ;
- des spécificités sociales et psychosociales ;
- des spécificités juridiques.

Des *spécificités médicales*, avec tout d'abord une capacité de communiquer et de s'exprimer qui peut s'altérer *mais qui reste toujours possible* tout au long de la maladie... Les facultés de discernement, de raisonnement, de jugement et de compréhension sont fluctuantes selon le stade de la maladie... et enfin des troubles psychologiques et/ou comportementaux sont susceptibles de mettre en péril l'intégrité physique ou morale de la personne malade, ses intérêts et/ou ceux d'autrui.

¹ Infirmière en Pratiques Avancées, CHU de Grenoble, France.

² Cadre de santé (Association ARPAVIE).

Article reçu le 30/03/2018 et accepté le 22/05/2018

Auteur correspondant : Madame Claire Trochet, Infirmière en Pratiques Avancées, CHU de Grenoble, France.

Courriel : ctrochet@chu-grenoble.fr

Des *spécificités sociales et psychosociales* comprenant le risque d'isolement social lié au grand âge et à la perte d'autonomie (absence de conjoint, des enfants...), des représentations sociales et une image encore négatives de la maladie (« dégénérescence inéluctable », « détérioration intellectuelle et psychique ») et enfin une stigmatisation des personnes malades qui reste fréquente (exclusion et « mort » sociales, discriminations).

Des *spécificités juridiques*, avec des législations qui ne disent pas forcément « ce qu'il convient de faire », mais précisent le *cadre* dans lequel les décisions peuvent ou doivent être prises (ex : procédure collégiale en fin de vie⁽¹⁾). Il s'agit d'une capacité juridique qui dépend de la *nature des décisions* à prendre. À un stade plus avancé, des mesures de protection juridiques graduées sont adaptées à la situation médicale, familiale, sociale et économique.

Le droit des résidents en EHPAD : L'article L. 313 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)⁽²⁾ rappelle que : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection), le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé. Les établissements recevant des personnes âgées dépendantes, notamment souffrant de maladies neurodégénératives, se doivent d'offrir un accompagnement personnalisé, de qualité, favorisant le développement, la préservation de l'autonomie résiduelle.* »

Il convient à tout moment de rechercher le « *consentement éclairé* »⁽³⁾ lorsque la personne est apte à l'exprimer. En pratique, quelle que soit la situation, être autonome (ou viser à le rester) implique la notion impérative d'avoir le choix (Figure 1).



Figure 1 : « Avoir le choix » créée par P. Muller.

Figure 1: "Having the choice" created by P. Muller.

Dans le cas des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'altération des facultés de compréhension et de jugement ne permet pas toujours de satisfaire pleinement ces conditions. Bien que n'étant fondées sur aucune base juridique, des études tendent à encourager et à promouvoir une réflexion autour de la notion « d'assentiment », qui consisterait en une adhésion implicite

de la personne dont le recueil se ferait soit oralement soit par l'observation de ses gestes, attitudes et réactions non verbales.

« *Le refus de soins doit toujours et d'abord être considéré comme un acte de liberté individuelle. Il peut être le moyen ultime d'expression de son existence (conflit affectif, conditions de vie jugées inacceptables, stress, difficulté, etc.)* »⁽⁴⁾. Face à cette situation, la préoccupation prioritaire est le confort de la personne (confort physique, confort psychologique). En cas de maladie d'Alzheimer, le refus de soins peut être explicite - exprimé verbalement - ou implicite - exprimé par des comportements d'opposition, une agitation, des cris, de l'agressivité, etc. Il peut s'exprimer ponctuellement ou de façon répétée et peut concerner n'importe lequel des soins prodigués à la personne : les soins médicaux (traitements, actes médicaux et/ou chirurgicaux, hospitalisation), comme les soins en rapport avec la perte d'autonomie fonctionnelle (hygiène, alimentation, etc.). Les conséquences d'un refus sont très variables. Certaines peuvent être rapidement très graves pour la personne (refus alimentaire ou de soin médical), d'autres n'ayant aucun impact sur sa « qualité » de vie.

Afin d'éviter tout risque de maltraitance, il convient d'abord de vérifier que la personne a compris ce qui lui est proposé et donc ce qu'elle refuse, et de rechercher une cause organique (douleur, inconfort, infection, etc.), une dépression, des facteurs socio-environnementaux. Il convient également de rechercher la signification du refus à la lumière d'éléments de l'histoire de vie de la personne, avec l'aide de ses proches. Enfin, il est important d'engager une réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire, notamment si le refus est réitéré : Le soin proposé est-il indispensable ? Est-il proposé au bon moment ? Quelles sont les conséquences de ce refus ? Comment accompagner le refus ? La décision face au refus de soins est prise après une réflexion éthique dans le contexte du plan de soins et de vie personnalisé. « *Elle doit être partagée et respectée par l'ensemble de l'équipe et remise en question régulièrement* »⁽⁵⁾ devant tout changement de situation de la personne. Il convient de ne jamais chercher à résoudre seul un problème de refus de soins mais d'en parler systématiquement en équipe, et de ne pas considérer le refus comme une atteinte personnelle ou professionnelle. Le refus de soins met le soignant en échec : en refusant, la personne « *ne le laisse pas accomplir sa mission* »⁽⁴⁾.

En pratique, certains facteurs peuvent être favorisants comme une organisation des soins trop rigide, des consignes de l'encadrement pouvant négliger cet aspect de l'accompagnement (ex : douches obligatoires), une « *logique d'honneur* » de soignants vivant le refus de soin comme un échec personnel, le sentiment d'un travail inachevé, ou une tâche à laisser à l'équipe suivante... Il y a parfois une forme

de pression de la part de familles poussant à décider et « penser » à la place du résident.

Le refus de soins place le plus souvent le soignant devant un dilemme éthique. Le refus de soins et les comportements violents sont les deux difficultés les plus fréquemment évoquées. Souvent les 2 peuvent être corrélés. Ainsi, le refus de soins apparaît comme un droit difficile à accepter pour l'équipe soignante, qui se trouve confrontée à un conflit de valeurs : faut-il respecter la volonté du patient (ou résident) ou passer outre pour protéger sa santé ? Or, l'acte de soin « s'inscrit dans une démarche humaine attentive orientée vers la considération de la personne »⁽⁶⁾. La formation des professionnels de santé est incontournable. Le binôme infirmier/aide-soignant est indispensable. La formation d'assistants de soins en gériatrie est une plus-value pour l'équipe soignante et les bénéficiaires.

RETOUR D'EXPÉRIENCE AU CHU DE GRENOBLE AVEC LA FORMATION DES ASG (ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE)⁽⁷⁾ SUR UN « ATELIER NPI »

Un contexte : Les Assistants de soins en gériatrie (ASG) sont formés en 140 heures. Ils travaillent en unités fermées dans les Unités cognitivo-comportementales (UCC) ou Unités protégées gériatriques (UPG) ou Unités d'hébergement renforcé (UHR) en Unités de soins de longue durée (USLD) ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de l'agglomération grenobloise. Deux questions : Comment les ASG comprennent et accompagnent le refus de soin ? Comment former les ASG aux troubles neurocognitifs et aux symptômes psycho-comportementaux ? Une création d'atelier à partir de l'échelle NPI ES (Inventaire neuropsychiatrique pour les

équipes soignantes) a été réalisée par la neuropsychologue de l'équipe pédagogique⁽⁸⁾.

Pour rappel, la formation ASG se dispense selon le programme national pour *comprendre* les troubles neurocognitifs. Les cours sont dispensés par des gériatres, des psychologues (psychologie du sujet âgé, communication avec le sujet âgé, relation d'aide...); une neuropsychologue (approche neuropsychologique, comment fonctionne la mémoire ?, les troubles de la mémoire), des infirmiers et/ou Cadres de santé sur l'EGS (Évaluation gériatrique standardisée).

Au cours de ces enseignements, il est proposé un module « Accompagner le refus de soin » avec deux heures d'« Atelier NPI » animé par une psychologue, complétées par deux autres heures avec la neuropsychologue. L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) comprend 12 troubles du comportement : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, euphorie, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportements moteurs aberrants, anxiété, dépression, apathie, troubles de l'appétit, troubles du sommeil.

La stratégie pédagogique de cet atelier vise deux objectifs : communiquer avec le patient avec un langage verbal et non verbal, communiquer dans l'équipe avec un *même vocabulaire* et analyser les pratiques. Pour y parvenir, un *jeu de l'Oie* (Figure 2) est créé. Il est basé sur les 12 troubles du comportement du NPI, avec des situations à repérer face à un patient présentant un besoin perturbé, une perte de mémoire, des capacités préservées à connaître selon le stade de la maladie.

La première étape consiste à créer deux équipes de 6 ASG qui se confrontent en lançant le dé sur le jeu de l'Oie. À chaque situation une équipe répond à : Quel est le nom de ce comportement ? Quelles solutions ? L'avez-vous vécu ? L'autre équipe écoute et rajoute des réflexions et lance le dé à son tour. Les solutions sont notées sur le paperboard. Les participants repartent avec ces solutions. La seconde étape consiste en une analyse des pratiques : la neuro-



Figure 2 : Jeu de l'Oie du NPI : Présentation en cartes des 12 comportements avec la définition à l'envers de la carte.

Figure 2: Card game around the NPI: Each of the 12 cards describes a behavior and includes a definition at the back.

psychologue fait les liens avec les cours sur les maladies neurocognitives, les cours des psychologues, le cours de neuropsychologie et l'approche éthique.

Exemple de situation

Le patient Alzheimer stade sévère déambule la nuit en ouvrant toutes les portes des chambres et refuse d'aller dans sa chambre.

- Situation : comportement moteur aberrant
- Solutions : écouter, apaiser, signaler à l'équipe, au médecin

Figure 3 : Exemple de situation face un trouble du comportement et solutions apportées par l'équipe.

Figure 3: Example of a situation when faced with a behavioral issue and solutions brought by the team.

CONCLUSION

La création du jeu de l'Oie sur les troubles du comportement et les refus de soins permet aux professionnels de santé de valoriser l'adaptation des professionnels de santé face au

refus de soin en échangeant autour d'un jeu interactif, de donner un même vocabulaire aux professionnels de santé face au refus de soin, de donner un sens à ce qui se passe avec un patient agité. Il permet aussi de ne pas rester seul face à l'agressivité du patient, de repérer le relais d'un autre professionnel de santé et de communiquer à l'équipe les solutions proposées en se disant qu'il faut essayer, lâcher prise, réessayer... En équipe, cette évaluation permet d'évaluer le retentissement sur le patient, les autres patients, les aidants, les professionnels de santé.

Il permet également de favoriser une interactivité entre les participants, de mieux appréhender le refus de soin des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. Les professionnels de santé formés à l'échelle NPI favorisent ainsi les transmissions entre les équipes sur les attitudes à adopter avec tel ou tel patient. Un entraînement à l'identification de ces troubles demande une collaboration médicale et paramédicale. En accompagnant le refus de soin, on peut éviter des actes de maltraitance. Une approche collégiale et éthique est indispensable. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Le renforcement de la collégialité dans les décisions en fin de vie. Fiche pratique à destination des professionnels de santé. Loi Fin de vie 2016 <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ficherenforcementcollegiale.pdf>
2. Légifrance. Site du Code de l'action sociale et des familles (CASF) L.313. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000031727892>
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>
4. Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées. Le Refus des soins. Mobiqual. http://www.mobiqual.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A11.REFUS_DE_SOINS.pdf
5. Légifrance. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240>
6. Floquet Diane. Le refus de soins de la personne âgée en EHPAD. Groupe de travail avec les aides-soignantes. Lettre de psychogériatrie 2013. 4 p.
7. Décret n° 2010-681 du 22 Juin 2010.
8. Sisco F, Taurer M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Giordana JY, et al. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes, *L'Année Gériatrique* 2000 ; 14 : 151-73.

Maltraitance : des mots aux maux

Abuse: From words to aches

Anne-Marie BONNERY¹, Patricia MICHOT¹

RÉSUMÉ

Bien qu'il existe de nombreux plans de prévention de la maltraitance, les situations de maltraitance vis-à-vis des personnes âgées perdurent, et ceci est net lorsqu'on interroge les stagiaires en cours de formation initiale d'infirmier ou d'aide-soignant.

Ces situations de maltraitance, dont le stagiaire est témoin, s'exercent dans l'espace intime, hors des regards extérieurs, sans visibilité dans le cadre des relations individuelles entre la personne âgée et le soignant.

Des actions d'amélioration sont possibles pour lutter contre la maltraitance, notamment développer l'écoute par un accompagnement des stagiaires par des tuteurs qualifiés, renforcer les groupes de parole lors de retour de stage, évaluer les lieux de stage par les étudiants, analyser les pratiques d'équipe par un intervenant extérieur, favoriser les échanges et la réflexion en équipe autour du patient. La prise de conscience des décideurs est nécessaire pour accompagner le changement des attitudes des professionnels.

Mots clés : Maltraitance - Personnes âgées - Étudiants infirmiers et aides soignants - Violence - Écoute - Parole

CONTEXTE

De nombreux plans de prévention de la maltraitance existent, qu'ils soient issus de la politique nationale de santé, de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) ou de la Haute autorité de santé (Has).

¹ Cadre supérieur de santé ; Membre du collège des soignants de la SFGG.

Article reçu le 30/03/2018 et accepté le 22/05/2018

ABSTRACT

Even though there are many plans for abuse prevention, abuses towards elderly people still exist, especially when we ask interns who are undergoing initial training to become nurses or nursing assistants. These abusive situations witnessed by the intern occur in an intimate space, behind closed doors, and cannot be seen in the individual relationship between the elderly person and the caregiver.

Improvements are possible to fight against abuse. Having qualified tutors listen to interns is of particular importance, as is the strengthening of support groups after the rotation, the assessment of the rotation's workplace by the students, the analysis of team practices by an external facilitator, and the fostering of exchanges and reflections among the team about the patient. The awareness of decision-makers is needed to support a behavioral change in healthcare professionals.

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ????

Keywords: Abuse - Elderly people - Student nurses - Nursing assistants - Violence - Listening - Speaking

C'est auprès de 20 étudiants en formation initiale d'infirmier - unité d'enseignement santé publique⁽¹⁾, et de 80 étudiants aide-soignants - module communication⁽²⁾, que s'est déroulée la formation à la prévention de la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées intégrée dans les modules d'enseignement. Les formateurs sont agréés en formation continue par le réseau national 3977 contre la maltraitance.

Auteur correspondant : Madame Patricia MICHOT, Cadre supérieur de santé ; Membre du collège des soignants de la SFGG.
Courriel : pat.michot@wanadoo.fr

Le contenu de la formation comprenait un apport théorique sur le concept de la maltraitance, un travail de groupe avec une description écrite de situations de maltraitance, un classement par les formateurs avec choix d'une situation interpellante par groupe, puis une analyse et une discussion afin de faire naître le questionnement sans mener un interrogatoire auprès de l'ensemble des stagiaires.

MÉTHODOLOGIE

L'étude présentée porte sur le travail de groupe des stagiaires. Les étudiants ont été mis en atelier en petits groupes de trois. L'objectif de travail était de recueillir par écrit l'expression des situations de maltraitance vécues au cours de leurs stages en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en hospitalisation en Court séjour. Les situations ont ensuite été classées selon la classification généralement admise (le conseil de l'Europe 1992). Puis ces situations ont été réparties en violences volontaires liées à l'équipe et violences volontaires liées à l'encadrement. Les étudiants et les formateurs ont été informés que ce travail ferait l'objet d'une publication. L'étude est d'autre part totalement anonyme. Les lieux et les personnes ne sont pas précisés.

RÉSULTATS

Le nombre total de situations de maltraitance décrites est de 75. Les étudiants en soins infirmiers en ont décrit 25 et les étudiants aides-soignants en ont décrit 50. Les situations de maltraitance ont ensuite été classées en violences volontaires liées à l'équipe (65) et violences volontaires liées à l'encadrement (8). Deux situations n'ont pas été prises en compte, car ne relevant pas de maltraitance.

Violences volontaires liées à l'équipe

65 ont été repérées :

- violences banalisées et connues : familiarités, tutoiement, hygiène (changes sans toilette préalable, maintien aux WC pendant plus de 3 heures), repas (prise de repas personne souillée, gavage forcé, plateau non mis à disposition, télévision allumée en permanence dans la chambre pendant les soins...);
- brutalités physiques : gifles, coups dans le dos, sur les mains, bâillonnage avec une serviette sur la bouche ;
- violences psychologiques, atteinte à la dignité : moqueries, insultes (invitation à passer par la fenêtre), discrimination (« elle est grosse, elle est sale ») ;
- violences réfléchies en équipe : décisions inappropriées (douche imposée alors que la patiente a la phobie de l'eau), douche au fauteuil chez une personne alitée médicalement ;

- violences insidieuses (s'exercent dans l'espace intime, hors des regards extérieurs, sans visibilité dans le cadre des relations individuelles entre la personne âgée et le soignant) : chasse d'eau des WC tirée pendant le besoin d'élimination de la personne... ;
- violences « amusement » : échange sur les réseaux sociaux de photos des personnes âgées prises à partir du téléphone portable, jeu entre soignants avec la télécommande du lit. (« Faire monter, descendre la personne âgée »).

Violences volontaires liées à l'encadrement

8 ont été repérées :

- par responsabilité du cadre soignant(6) : gestion des commandes : manque de produits de prévention des escarres, manque de protections pour la nuit, manque de draps, manque d'eau gélifiée, manque de biscottes... ; consignes inadéquates : réveiller en pleine nuit un patient pour le changer ;
- par responsabilité médicale(1) : médecin refusant d'avertir les équipes qu'un stagiaire est porteur de gale, ne prenant aucune mesure pour les personnes âgées et le personnel ;
- par responsabilité du cadre en restauration(1) : ne se préoccupe pas des goûts des personnes âgées et refuse de leur donner satisfaction.

DISCUSSION

Parmi les violences volontaires liées à l'équipe, il y a effectivement des violences paraissant banales, connues, très souvent médiatisées, qui relèvent des soins inappropriés⁽³⁾. Ces situations deviennent tellement habituelles qu'elles ne sont plus reconnues comme maltraitantes.

Les violences physiques brutales et psychologiques sont de véritables tortures infligées aux personnes âgées. La personne n'est plus un sujet, mais devient un objet d'agression par les soignants.

Les violences psychologiques sont tout autant inacceptables au regard des valeurs morales des professionnels, elles témoignent de l'absence de reconnaissance de la personne et d'une atteinte à la dignité⁽⁴⁾.

Les violences volontaires réfléchies en équipe font preuve d'immaturité professionnelle. La réflexion se fait au regard de la norme (une douche par semaine) et la décision est inappropriée. L'absence de réflexion d'éthique collective est flagrante.

Le plus surprenant est sans aucun doute les violences volontaires insidieuses liées à l'intime, celles que l'on ne peut imaginer, les seules qui ne puissent être révélées que par les étudiants. L'observateur qu'est le stagiaire ne semble pas modifier l'attitude du soignant vis-à-vis de la victime. Quant aux violences volontaires relevant de l'amusement, cela va sans dire que ces professionnels ont perdu tout repère. Ils

ne savent plus qu'ils exercent un métier avec des valeurs humanistes et confondent leur exercice professionnel avec les émissions réalistes de la télévision. C'est la négation de leurs missions.

Les violences liées à l'encadrement et de la responsabilité du cadre soignant démontrent l'absence de gestion prévisionnelle, la non prise en compte de l'évaluation des besoins des patients et témoignent d'une certaine incompétence. Les violences liées à la responsabilité médicale traduisent une absence de rigueur professionnelle, une fuite des responsabilités d'autant plus grave qu'il s'agit du médecin qui, de par sa position, représente le modèle pour les équipes. Quant au cadre en restauration, il ne semble pas avoir compris que le repas est un soin. C'est aussi l'insuffisance du projet d'établissement.

Silence des étudiants témoins de situations maltraitantes

Lors des rencontres, les étudiants ont pointé l'écart entre le contenu de l'enseignement et leurs observations sur le terrain. Les étudiants sont accaparés par les situations vécues, envahis par les émotions, ils sont sidérés. Ils sont aveuglés par les situations.

Les étudiants témoins de situations de maltraitance ne révèlent pas ce qu'ils observent au cours de leur stage et restent dans le silence. Pourquoi ? Dans un article sur la violence dans les soins, Nicole Léry⁽⁵⁾ décrit ce silence. Dans un premier temps ce silence est un silence de sidération du choc initial, silence auto-défense devant l'émotion envahissante ou silence obligé par crainte de l'effet sur soi-même. L'étudiant en stage se trouve dans une situation difficile. Comment signaler le référent de stage qui commet des actes de maltraitance, puisque celui-ci est aussi la personne qui va valider le stage. Silence obligé aussi par l'absence d'interlocuteur ressenti comme accessible. Dans ce cas précis, il s'agit du référent de stage, du responsable de stage et du formateur.

Les étudiants en soins infirmiers (38,1 %) s'estiment jamais ou rarement soutenus psychologiquement par leur équipe pédagogique et/ou direction (Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers - FNESI)⁽⁶⁾. Ce silence va devenir silence ressenti comme coupable. C'est le déni ou l'intégration, voire la justification des actes maltraitants. Puis le silence connivence peut devenir le moyen de supporter la permanence de l'aberration. Les situations de maltraitance tombent ainsi dans l'oubli. L'étudiant devient ainsi complice des actes de maltraitants.

Néanmoins, quelle est la conduite à tenir en cas de situations maltraitantes ? Les étudiants doivent en parler au tuteur du stage et/ou au cadre de santé du stage et le signaler à l'équipe pédagogique. Le cadre du service du stage doit protéger la personne soignée, réaliser une enquête et prendre

des mesures adaptées et le signaler à la direction. L'équipe pédagogique doit analyser la situation avec le cadre du service et le signaler à la direction.

Depuis 2015, une disposition réglementaire oblige tous les Établissements et service sociaux ou médico-sociaux (Essms) à signaler aux autorités administratives les situations de maltraitance ou d'abus (art. L. 331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles - CASF⁽⁷⁾).

Dans tous les cas la référence à la loi est indispensable. Tout n'est pas permis. Le risque est élevé quand le signalement n'est pas fait. La situation va s'aggraver. Le signalement peut être fait seul ou en groupe et même de façon anonyme. Les professionnels de santé sont libérés du secret professionnel dans le cas de maltraitance et sont tenus d'informer des situations graves (Code de déontologie infirmier⁽⁸⁾) et le décret infirmier dans son article 3 précise l'obligation du dépistage et de l'évaluation des risques de maltraitance⁽⁹⁾.

LES ACTIONS D'AMÉLIORATION

Développer l'écoute

- accompagner les étudiants, les stagiaires par des tuteurs qualifiés. L'accompagnement permet de « se donner des perspectives et des repères, de s'assurer de ce qui est crédible ou pas »⁽¹⁰⁾. Créer un espace de confiance. Accompagner le stagiaire par une attitude compréhensive, bienveillante, valorisant la démarche d'apprentissage ;
- renforcer les groupes de parole lors du retour de stage. Aider l'étudiant à s'exprimer pour délimiter, faire relater et décrire les situations de maltraitance, ne pas rechercher obstinément de solution, le déculpabiliser ;
- évaluer les lieux de stage par les étudiants sur la base de méthodes validées. La FNESI préconise la mise en place d'une évaluation obligatoire basée sur l'accueil et l'encadrement des lieux de stage faite par les étudiants⁽⁶⁾, comme cela se fait déjà pour les étudiants en médecine ;
- analyser les pratiques d'équipe par un intervenant extérieur. Face à l'épuisement professionnel, lorsque les émotions débordent, pouvoir en parler et exposer les situations permet de se distancier, de prendre du recul et de se questionner ; faire un retour d'expérience en aidant au repérage des risques de violence (trop d'autorité, épuisement, intolérance, absence de valeurs...) ; repérer les mécanismes de défense⁽¹¹⁾ ;
- favoriser les échanges et une réflexion en équipe autour du patient, communiquer, se concerter y compris avec l'encadrement. Il s'agit d'élaborer un travail d'équipe ressourçant, sans jugement, en travaillant l'écoute. Faire participer les stagiaires aux réunions pluridisciplinaires ;
- évaluer et suivre les professionnels. La place de l'encadrement est incontournable, l'utilisation du management

participatif favorise l'implication individuelle et collective et renforce la professionnalisation.

CONCLUSION

Pour mieux prévenir les situations de maltraitance, il faut bien entendu rompre la loi du silence et libérer la parole. Mais faire cela suppose qu'il faut être écouté et surtout être

entendu. Puis, reconnaître que ces situations de maltraitance existent (et non douter, nier leur existence, voire justifier les actes maltraitants) afin d'agir. Et cet engagement doit être partagé à tous niveaux décisionnels, afin que la maltraitance des personnes âgées en institution cesse d'être taboue⁽¹²⁾. ■

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

TÉMOIGNAGES

- « Je craignais ma rencontre avec les patients à l'entrée en formation. Aujourd'hui ce sont les soignants que je crains. » Étudiant en soins infirmiers. FNESI.
- « J'ai signalé à mes formateurs des faits maltraitants d'une aide-soignante vis-à-vis des patients, sans succès ; 2 ans après, l'équipe fait un signalement qui a été entendu » Étudiant aide-soignant (EAS).
- « Une aide-soignante jette à 3 reprises le gilet à la personne âgée qui ne peut le saisir car paralysée des membres supérieurs » EAS.
- « Prescription médicale de lever au fauteuil d'une personne âgée en fin de vie contre l'avis de l'infirmière, décès dans la journée » Étudiant infirmier diplômé d'état (EIDE).
- « Aux urgences, continuer à arracher le sparadrap malgré l'opposition de la personne âgée se plaignant de douleurs et sermon de l'infirmière (plaie douloureuse de l'avant-bras de 20 cm², deux mois après la plaie n'est pas guérie) » Fille de la personne âgée.

RÉFÉRENCES

1. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ; Ministère de la santé et des sports. Bulletin officiel. Santé Protection sociale Solidarité 2009/7 du 15 août 2009. http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0001_p000.pdf
2. Légifrance. Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000449527>
3. **Moulias R, Moulias S, Franco, Meauma S.** Le syndrome du soin inapproprié. Une situation gériatrique courante sévère, mais curable. *Rev Geriatr* 2012 ; 37 : 323-9.
4. **Boiffin A, Beck H.** Souffrances et maltraitances : ressemblances et dissemblances. *Gérontologie sans frontières* 2010 ; 156 : 17-9.
5. **Léry N, Sabatini J, Vedrinne J.** La violence des soins. *Médecine et hygiène* 1984 ; 42 : 1209-14.
6. FNESI. Mal-être des étudiant.e.s en soins infirmiers : il est temps d'agir. Dossier de presse, Septembre 2017. 25 p. http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/09/DP_Bien-%C3%AAtre_ESL_FNESI.pdf
7. Légifrance. Article 30 LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. art. L. 331-8-1 CASF. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>
8. Légifrance. Art. R. 4312-18. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>
9. Légifrance. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livre III, Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000421679&categorieLien=id>
10. **Vial M, Caparros-Mencacci N.** L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. De Boeck, 2007, 338 p.
11. DREES. Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Série études et recherche, n° 134, septembre 2016, 84 p. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt134.pdf>
12. **Coste P.** La maltraitance des personnes âgées, toujours taboue ? *Soins Gérontologie* 2006 ; 11 : 9-10.

Maltraitance à domicile : Place du gestionnaire de cas MAIA

Abuse at home: The role of the MAIA's case manager (action method for the integration of home and health care services in the patient autonomy)

Faustine PUEBLAS

RÉSUMÉ

La maltraitance des personnes âgées au domicile est difficile à repérer car de nombreux enjeux y sont associés : familiaux, affectifs, financiers, avec dans la plupart des cas un contexte d'isolement social. Parmi les professionnels intervenant au domicile, le gestionnaire de cas repèrera les signaux d'alerte et pourra mobiliser les personnes compétentes et influentes dans ce domaine.

Mots clés : Personne âgée - Maltraitance domicile - Gestionnaire de cas MAIA

ABSTRACT

Abuse of elderly people at home is difficult to notice because of the many associated factors: family, feelings, finances combined with, in most cases, social isolation. Among the professionals working in the home, the case manager can identify warning signs and mobilize competent and influential people in this area.

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ??-??.

Keywords: Elderly patient - Abuse at home - MAIA Case Manager

INTRODUCTION

De plus en plus de structures médicosociales et sociales ont pris aujourd'hui la mesure de la maltraitance et mis en place un accompagnement plus intensif de leur équipe notamment par la formation, l'analyse des pratiques et la démarche qualité continue. Il reste encore des progrès à faire pour endiguer ce phénomène à domicile, qui fait des personnes âgées des victimes souvent isolées et silencieuses.

TROIS ÉLÉMENTS CARACTÉRISENT LA MALTRAITANCE

Une atteinte à la dignité

La maltraitance se définit comme une atteinte inacceptable à la dignité de personnes vulnérables hors d'état de se

défendre. Le préjudice peut recouvrir de multiples formes : d'ordre physique, psychologique, financier... Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Les catégories de personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée »⁽¹⁾.

Des manquements répétés

La maltraitance est le préjudice résultant d'une multiplication de négligences, de gestes singuliers et répétés ou d'une absence d'actions appropriées qui se produisent dans une relation où il devrait y avoir de la confiance.

Un lien étroit entre l'auteur et la victime

C'est ce lien étroit, entre auteur et victime, cette emprise de l'un sur l'autre qui différencie la maltraitance des autres

Article reçu le 30/03/2018 et accepté le 11/05/2018

Auteur : Madame Faustine Pueblas, Pilote MAIA, CHU de Nîmes, France ; Membre Collège des soignants de la SFGG.
Courriel : faustine.pueblas11@orange.fr

violences. « Il y a dans le “traiter mal” un lien entre la personne qui s’occupe de “traiter”, quel que soit son rôle proche ou professionnel, et la personne qui reçoit l’aide ou le soin. Il y a toujours dans la maltraitance une emprise qui fait que c’est une violence totalement différente des autres violences puisqu’il y a ce lien étroit, affectif ou de mission professionnelle. Parmi les aînés, les personnes ayant des troubles cognitifs et comportementaux sont beaucoup plus victimes de maltraitance que celles, par exemple, qui ont des déficiences sensorielles ou motrices »⁽²⁾.

Après avoir exposé une situation de maltraitance, nous en ferons l’analyse et aborderons les rôles des professionnels et du gestionnaire de cas.

ILLUSTRATION D’UNE SITUATION DE MALTRAITANCE

Mme L. âgée de 87 ans, célibataire, sans enfants est locataire depuis 30 ans d’une maison de plain pied avec un jardin, éloignée de toutes commodités. Son entourage se limite à un neveu qui lui rend visite de temps en temps, un voisin qui lui apporte les courses, et le propriétaire bailleur.

Mme L. ne sort plus depuis très longtemps et se déplace uniquement à l’intérieur de sa maison et plus rarement dans son jardin ; elle n’ouvre sa porte à personne, et ne communique qu’à travers la porte-fenêtre.

Mme L. souffre de gonarthrose droite, mais n’a pas consulté de médecin depuis 30 ans, elle n’a aucun traitement médical. Ses capacités cognitives ne sont pas altérées.

Des nuisances olfactives récurrentes ont été repérées par une voisine et ont fait l’objet d’une plainte aux services sociaux de la ville qui l’a classée sans suite car Mme L. refuse toute aide ainsi que l’ouverture de sa porte.

Les services sociaux ont orienté la situation vers la gestion de cas de la Méthode d’action pour l’intégration des services d’aides et de soins dans le champ de l’autonomie (MAIA). Ce n’est qu’après un mois de rencontres régulières à travers la fenêtre de Mme L., et après avoir gagné sa confiance, que la gestionnaire de cas⁽³⁾ a pu entrer à l’intérieur de la maison.

L’évaluation a montré un logement insalubre et non conforme. L’état de santé de Mme L. est préoccupant, elle est atteinte d’un syndrome de Diogène⁽⁴⁾ et présente des plaies diverses non traitées sur les membres inférieurs. Mais le point prioritaire repéré est le refus d’aides et de soins de Mme L., puisque sans son accord, il est plus difficile de mettre en place des actions.

Lorsque Mme L. a accepté d’être aidée, la gestionnaire de cas a mis en place un suivi médical, des aides pour les actes

et activités de la vie quotidienne, des visites de bénévoles (MONALISA)* pour rompre l’isolement de Mme L. et un infirmier libéral pour la réalisation des soins.

Le propriétaire, non coopérant a été mis en demeure par les services d’hygiène de la ville et l’appui de l’Agence régionale de santé (ARS) d’effectuer les travaux de mise en conformité du logement.

C’est à partir de plusieurs concertations cliniques initiées par la gestionnaire de cas, que la décision du maintien à domicile a été prise et que les actions urgentes à mettre en place pour respecter le souhait de Mme L. ont pu être menées. Ces concertations cliniques consistent à tenir une réunion avec tous les intervenants dans la situation, dont le médecin généraliste, la personne elle-même et son aidant s’il y en a un, pour mettre en place un Plan de services individualisés (PSI), la coordination des actions, et élaborer le projet de vie de la personne accompagnée. Le suivi du PSI dans le temps est assuré par la gestionnaire de cas.

Un suivi est aujourd’hui assuré par des visites hebdomadaires de la gestionnaire de cas.

Cette forme de maltraitance interroge sur la question du refus d’aides de la personne, bien souvent vulnérable, fragile, méfiante. Dans le cas présenté, Mme L. n’exprimait aucune critique de sa situation.

Face à ce refus, les personnes de l’entourage sont bien souvent démunies ou ne mesurent pas les risques réels de ces situations ; R. Moulias écrit dans un article⁽⁵⁾ « En fait, la majorité des maltraitances sont liées à l’inconscience des besoins et à l’ignorance des réponses à apporter face à ces besoins ».

En effet, dans le cas de Mme L., le neveu n’avait pas connaissance de négligence de la part du propriétaire. Il ne pouvait pas accéder à l’intérieur de la maison sans autorisation de sa tante. Il a toujours maintenu les relations malgré l’état d’insalubrité qu’il avait peut-être perçu.

La question se pose dans les mêmes termes pour les autres personnes de l’entourage de Mme L., car détecter la maltraitance n’est pas simple, et implique celui qui la signale.

LE RÔLE DU GESTIONNAIRE DE CAS

Les professionnels du domicile sont confrontés à des situations de plus en plus complexes, nécessitant l’intervention de plusieurs métiers de cultures et compétences diverses. La politique en faveur des personnes âgées va dans le sens d’un maintien à domicile le plus longtemps possible et, parmi tous les plans en faveur de cet objectif, le plan Alzheimer 2008-2012 a créé le dispositif MAIA au sein duquel est apparu un nouveau métier, le gestionnaire de cas. Le

* MONALISA : association de mobilisation contre l’isolement des âgés. <https://www.monalisa-asso.fr>

dispositif MAIA vise à réduire les ruptures dans l'accompagnement des personnes âgées sur leurs parcours de santé, par un travail d'intégration de tous les professionnels du champ sanitaire, médico-social et social intervenant dans le champ de l'autonomie, et l'accompagnement intensif par des gestionnaires de cas des personnes en situation complexe désirant rester à leur domicile.

Le gestionnaire de cas est un professionnel dont l'action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. Sa formation initiale de travailleur social, d'infirmier, de psychologue ou d'ergothérapeute est complétée par un diplôme spécifique⁽⁶⁾, ce qui lui confère une compétence approfondie dans l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée, et une plus-value : l'accompagnement soutenu de la personne âgée à domicile en situations complexes.

Sa formation spécifique lui permet de mener une évaluation multidimensionnelle de la situation en termes de santé, d'environnement physique et social, d'autonomie, mais aussi des aidants. Les compétences du gestionnaire de cas sont ciblées sur l'écoute, l'instauration d'une relation de confiance afin d'accompagner la personne et de mettre en place des actions adaptées. Il est également un appui pour les professionnels du champ de l'autonomie puisque dès lors qu'il intervient dans une situation, il est l'interlocuteur qui coordonne toutes les actions des différents intervenants. Cet accompagnement n'a pas de limite dans le temps. Ce qui permet un suivi rapproché et attentif, et le place parmi les professionnels en première ligne du repérage de risque de maltraitance, afin d'y apporter des réponses.

DU REPÉRAGE AUX ACTIONS : ANALYSE DE LA SITUATION

À la lecture de cette situation, la question qui se pose en première intention est de savoir si le syndrome de Diogène de Mme L. était consécutif à une pathologie ou correspondait à un choix de vie, les actions à mettre en place seront différentes selon la réponse. Mme L. présentait bien les signes d'un syndrome de Diogène (isolement, déni, refus d'aides, négligence de son hygiène corporelle, logement insalubre), mais ne présentait pas de trouble cognitif ; le bilan médico-social n'a pas mis en évidence de symptômes liés à une maladie ; sa liberté de choix devait être prise en compte. C'est le cas de figure le plus délicat, que la gestionnaire de cas a su peu à peu résoudre, avant de mettre en place des

actions. C'est aussi la raison pour laquelle la décision collégiale de ne pas l'hospitaliser a été prise, contrairement aux cas où le syndrome de Diogène a pour origine une pathologie diagnostiquée.

La gestionnaire de cas, par ses visites rapprochées et hebdomadaires, a analysé l'histoire de vie de Mme L. Après avoir pris sa retraite, elle s'est progressivement éloignée de toute forme de liens sociaux, des loisirs, de la vie sociale, de la culture. Elle avait un sentiment de rejet par cette société qu'elle jugeait inintéressante. C'est ainsi qu'elle s'est progressivement retrouvée isolée de tout et de tous.

Cet illustration interroge donc les questions d'éthique, de choix de la personne, et par voie de conséquence, la notion de temporalité nécessaire pour l'acceptation des aides ; brusquer ces personnes aurait pour conséquence d'aggraver encore son déni.

La notion du travail en collaboration, la coordination des actions et la complémentarité des compétences prennent ici tout leur sens, car chaque professionnel individuellement est limité dans un accompagnement d'une telle ampleur.

CONCLUSION

La formation des aidants, l'information et la vigilance s'imposent à tous, pour repérer les personnes fragiles et alerter les services compétents qui pourront venir répondre à leurs besoins et les protéger.

Le numéro unique de lutte contre la maltraitance⁽⁷⁾ 3977 s'adresse aux victimes et aux professionnels par le biais d'une écoute approfondie et d'un accompagnement jusqu'à la cessation de la maltraitance, ceci en toute neutralité afin d'aider au repérage du risque de maltraitance. Un vaste maillage de relais locaux est présent dans les départements.

L'aide aux aidants est aujourd'hui mieux prise en compte, notamment dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement, où leur statut et leurs difficultés sont enfin reconnus, l'épuisement de l'aidant étant souvent à l'origine de maltraitance.

Cette situation met en évidence la nécessité de repérer au plus tôt les signes de maltraitance et il appartient au gestionnaire de cas de coordonner, de concerter tous les professionnels et de permettre ainsi la prise de décisions collégiales pour mettre un terme à une situation de maltraitance. ■

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. CIOMS. Lignes directives internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains. Genève 2003. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/LIE_Recherche_Biomedicale_Sujets_Humains.pdf
 2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Comment renforcer la bientraitance des personnes vulnérables ? Débat de l'Ordre. Le compte-rendu du 22 septembre 2015. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/bientraitancepersvulnerables.pdf>
 3. Légifrance. Référentiels d'activités et de compétences pour exercer le métier gestionnaire de cas dans les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Arrêté du 16 novembre 2012. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026635861&dateTexte=&categorieLien=id>
 4. **Léon V, Rannou-Dubas K, Barré J, Gohier B, Goeb JL, Garre JB.** (Consulté le 15 mai 2018) Un collectionnisme singulier : le syndrome de Diogène. Psychiatrie Angevine, Université d'Angers. [En ligne]. psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/diogene.htm
 5. **Moulias R.** Comment renforcer la bientraitance des personnes vulnérables ? Le Bulletin de l'Ordre des Médecins. N° spécial octobre-décembre 2015. [file:///Users/syro/Downloads/MEDECINS-Personnes-vuln%C3%A9rables%20\(2\).pdf](file:///Users/syro/Downloads/MEDECINS-Personnes-vuln%C3%A9rables%20(2).pdf)
 6. Légifrance. Diplôme Inter Universitaire Coordonnateur de soins en gérontologie (Gestionnaire de cas Référentiels d'activités et de compétences pour exercer le métier gestionnaire de cas dans les Maia). Arrêté du 16 novembre 2012. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=A03170D6D0351598B7BA3C4C6005CE6A.tplgr33s_1?idArticle=JORFARTI000026657990&cidTexte=JORFTEXT000026657984&dateTexte=29990101&categorieLien=id
 7. Fédération 3977 contre la maltraitance. <http://www.le3977.info/le-3977-en-quelques-mots/>
-

La maltraitance à domicile : l'apport de la pratique avancée infirmière

Elder abuse at home: The contribution of advanced nursing practice

Pascal LAMBERT

RÉSUMÉ

La maltraitance à domicile reste taboue, alors qu'avec l'allongement de la vie ce phénomène va prendre de l'ampleur en termes de volume et de fréquence. Il est donc urgent de sensibiliser tous les acteurs concernés afin de promouvoir et de mettre en place des actions préventives sur un sujet aussi complexe et polymorphe. La Pratique avancée infirmière peut y contribuer de façon efficiente.

Mots clés : Maltraitance - Domicile - Infirmière - Pratique avancée

La maltraitance consiste en un acte unique ou répété (ou l'absence d'intervention appropriée), volontaire ou involontaire, dans le cadre d'une relation censée être de confiance, qui est dommageable pour la personne âgée qui en est victime. Les facteurs de risque de maltraitance sont favorisés par la vulnérabilité même de la personne qui se trouve hors d'état de se protéger par elle-même^(1, 2).

Selon une récente étude publiée dans The Lancet⁽³⁾, 16 % des personnes âgées de 60 ans et plus (soit environ 1 sur 6) sont victimes de maltraitance sous une forme ou une autre : sévices psychologiques (11,6 %), maltraitance financière (6,8 %), négligence (4,2 %), maltraitance physique (2,6 %) ou abus sexuels (0,9 %). Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce chiffre devrait encore augmenter avec le vieillissement de la population à l'échelle mondiale :

Article reçu le 30/03/2018 et accepté le 22/05/2018

ABSTRACT

Elder abuse in home still taboo whereas this phenomenon will certainly increase and be more frequent due to lengthening of life. Alerting everyone about it is an emergency to promote and set up preventive actions to fix such complex and polymorphous question. Nurse practitioner can give an efficient contribution.

Rev Geriatr 2018 ; 43 (5) : ??-??.

Keywords: Elder abuse - In-home - Nurse practitioner

d'ici à 2050, le nombre de ces personnes âgées aura doublé pour atteindre deux milliards, soit 320 millions de cas de prévalence.

La très grande majorité de cette population vit à domicile (en France, près de 90 %), et de ce fait la maltraitance à domicile ne doit être ni ignorée ni sous-estimée⁽⁴⁾. Ainsi, selon la Fédération 3977 contre la maltraitance, la maltraitance à domicile représente plus de 75 % des cas signalés⁽⁵⁾.

Elle reste encore un sujet tabou^(1, 3, 6), alors qu'elle entraîne de graves répercussions sur la santé (traumatisme, douleur, stress, anxiété, dépression, ...) et accroît particulièrement pour la population âgée le risque d'institutionnalisation, d'hospitalisation et de décès. Face à ce grave problème de société, qui va prendre de l'ampleur en termes de volume et de fréquence, il est donc urgent de sensibiliser tous les

Auteur : Monsieur Pascal Lambert, Infirmier de pratique avancée en gériatrie, Paris (France) ; Membre du CA de la SFGG et Coordinateur du Collège des soignants de la SFGG.
Courriel : pascallambert.ilpag@gmail.com

acteurs concernés afin de promouvoir et de mettre en place des actions préventives de ce phénomène complexe et polymorphe*.

La pratique avancée infirmière peut apporter une réponse à la maltraitance à domicile, comme le montre cet exemple.

Mme S., 73 ans, divorcée, 4 enfants (seul le dernier peut assurer un suivi hebdomadaire), vit seule avec son petit chien au rez-de-jardin d'un logement social dans un village rural isolé. Elle dispose de 820 mensuels et elle ne conduit plus, mais elle peut compter en cas de besoin sur son ex-mari qui habite dans les environs et avec lequel elle entretient de bonnes relations.

Malgré des prothèses d'une hanche et d'un genou, elle rencontre de plus en plus de difficultés pour se mouvoir et pour se déplacer ; elle souffre d'une polyarthrite rhumatoïde récemment diagnostiquée et d'un hallux valgus bilatéral. Depuis un an, elle a enfin trouvé un nouveau médecin traitant, qu'elle voit désormais tous les 3 mois.

En dépit de la visite régulière de ses petits-enfants tous les 2 jours, elle souffre d'isolement social et de solitude. Mme S. a en effet été abandonnée à l'orphelinat par ses parents à l'âge de 4 ans et a, depuis ce traumatisme, un besoin affectif à combler pas toujours à bon escient.

Tous ces éléments cumulés font que Mme S. est un sujet facilement exposé à la maltraitance sous différentes formes.

La banque : « ah mon très CHER conseiller ! »

Jusqu'à présent, malgré sa retraite modeste, Mme S. vivait correctement grâce à la solidarité familiale. Il y a six ans, elle rencontrait des difficultés de plus en plus importantes pour finir son mois. Elle était devenue très anxieuse, angoissée, voire dépressive, n'arrivant plus à dormir.

Elle mentait même à ses enfants pour qu'ils l'aident de plus en plus. Elle a fini par leur avouer qu'elle devait plus de 9 000 à sa banque, qui la menaçait de poursuites judiciaires. Les enfants se sont alors rendu compte que son conseiller bancaire lui avait fait souscrire des contrats inutiles compte tenu de sa situation (assurance-vie, 4 crédits à la consommation contractés de façon successive pour solder les précédents, etc.). Cela durait depuis 3 ans, et 20 % de ses revenus partaient en agios et autres frais bancaires. À la suite de cet abus de faiblesse caractérisé, une mesure de surendettement a été entreprise et toutes ses dettes

bancaires ont été effacées. Grâce à l'accompagnement régulier d'une assistante sociale et le soutien de ses enfants, elle a pu apurer toutes ses autres dettes et retrouver un équilibre financier et moral au bout de 3 ans. Une nouvelle assistante sociale est arrivée. Son suivi irrégulier, voire même inexistant, n'a pas permis aux enfants de mesurer ce qui se passait, Mme S. étant elle-même de nature à bien leur dissimuler les choses.

Un « cocktail » de maltraitance : un si gentil voisin, un désert médical, une assistance sociale absente, un bon fils, ...

Abus de faiblesse

Un nouveau voisin a emménagé près de chez elle. Cette personne a vite compris comment profiter de Mme S. Sous son influence, Mme S. a rechuté dans l'alcoolisme, des problèmes administratifs et financiers ont progressivement réapparu, et sa santé s'est détériorée (chutes, diminution de ses capacités fonctionnelles et cognitives, troubles de l'humeur, douleurs multiples, diffuses et chroniques).

Double négligence

Le seul médecin traitant encore en exercice dans le secteur, et proche de la retraite, était submergé, si bien que chaque consultation (obtenue après de longs mois d'attente) se résumait à un renouvellement d'ordonnance pour traiter son hypertension. Et la nouvelle assistance sociale, faute de temps, n'était toujours pas revenue depuis sa 1^{re} visite de présentation...

Déni

De son côté, le seul fils qui la voyait régulièrement rassurait le reste de la fratrie éloignée en lui affirmant qu'elle allait mieux, qu'elle se reprenait, etc. Très attaché à sa mère et respectueux de ses volontés, il refusait d'admettre sa dégradation progressive. Par contre, il alertait bien sa fratrie quand il fallait l'aider financièrement. Et quand ses autres enfants venaient lui rendre visite, Mme S., prévenue en avance, prenait aussi bien soin de se remettre daplomb pour donner le change... même si elle y arrivait de moins en moins au fil du temps. Face à l'attitude de leur benjamin et de leur mère en qui il fallait faire confiance, et donc pour préserver la paix de la famille, le reste de la fratrie s'est résigné à ne pas agir.

À la suite d'une nouvelle chute, Mme S. est allée aux urgences où un bilan sanguin de contrôle à huit jours lui a été prescrit. Lors du prélèvement, l'Infirmière libérale de pratique avancée (IPA) a découvert une pelade.

* Le 15 juin est la Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées.

La consultation de l'infirmière libérale de pratique avancée à l'initiative d'une meilleure prise en charge globale à domicile

L'IPA décide alors de faire une évaluation gériatrique standardisée simplifiée (EG2S) pour le domicile⁽⁷⁾, d'où ressortent des difficultés à la mobilité, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs et du sommeil, des douleurs chroniques non traitées, un début d'isolement social malgré l'entourage et une situation de précarité financière.

L'IPA a alerté immédiatement le médecin traitant, un gériatre, ainsi que la famille. Sur la base de ces éléments objectifs réunis et formalisés au sein de cette EG2S, tous ont pu agir de façon concertée. Chacun a confirmé par la suite le constat et les préconisations proposées par l'IPA. Mme S. et ses enfants ont ainsi notamment pris conscience de la nécessité de mettre en place des actions adaptées pour lui permettre de rester chez elle comme elle le souhaitait.

Grâce à cette expertise de l'IPA, une meilleure répartition des responsabilités entre ses enfants a été faite, une demande de mise sous curatelle renforcée a été accordée par le juge, et un suivi attentif de la part du médecin traitant, de l'IPA (surveillance hebdomadaire dans le cadre de la démarche de soins infirmiers au regard du dispositif réglementaire français actuel qui ne reconnaît pas encore la pratique avancée) et des services sociaux de la mairie a été obtenu.

Dans ce contexte d'offre de soins tendue, l'IPA, en servant ainsi de veille et de relai pour coordonner les différents intervenants, a permis de stabiliser la situation clinique et de sécuriser le maintien à domicile de Mme S. tout au long de son parcours de vie⁽⁸⁾.

CONCLUSION

Dans ce contexte inédit de vieillissement de la population et de chronicité des maladies, la revue de la littérature internationale confirme que la profession infirmière, en général^(9, 10), et la pratique avancée infirmière, en particulier⁽¹¹⁻¹³⁾, sont des pistes de solution à promouvoir pour relever de façon efficiente tous ces défis de santé publique. En 2016, la France a reconnu pour la première fois la pratique avancée (Art. L. 4301-1 Code de santé publique). Les décrets d'application sont toujours en attente. Il est à espérer qu'à l'instar de plus en plus de pays dans le monde⁽¹⁴⁾, et conformément aux préconisations de l'OMS⁽⁹⁾ et l'Institut américain de Médecine⁽¹⁵⁾, les décrets d'application en cours accordent un champ étendu et en autonomie à l'infirmière de pratique avancée en gériatrie en France. Pour relever tous ces défis liés à la gérontocroissance, par son apport complémentaire, l'infirmière de pratique avancée peut ainsi améliorer le parcours de santé de nos aînés. ■

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Moulias S, Moulias R, Teillet L.** Maltraitance des sujets âgés. *Revue du praticien médecine générale* 2014 ; 28 : 822-3.
2. **Moulias R, Moulias S, Busby F.** Éthique et le concept de bienveillance. *Rev Geriatr* 2012 ; 37 : 829-35.
3. **Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH.** Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017 ; 5 : e147-56.
4. France, Portrait social. Insee Références, Édition 2016, p. 158-9. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492313>
5. Fédération 3977 contre la maltraitance, Rapport annuel d'activité 2016.
6. **Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E.** Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health* 2018 ; 18 : 167.
7. **Lambert P.** Améliorer la transmission avec le médecin traitant. *Soins Gériatrie* 2014 ; 19 : 41-3.
8. **Lambert P.** Rôle de l'infirmier libéral de pratique avancée en gériatrie. *Soins Gériatrie* 2013 ; 18 : 13.
9. Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases. *World Health Organization* 2012 ; 38 p.
10. The Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery. *World Health Organization* 2016-2020, 56 p.
11. **Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D.** Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 11 : CD011227.
12. **Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, Galambos C, Alexander G, Flesner M, et al.** Impact of Advanced Practice Registered Nurses on Quality Measures: The Missouri Quality Initiative Experience. *J Am Med Dir Assoc* 2018 ; 19 : 541-50.
13. **Vogelsmeier A, Popejoy L, Crecelius C, Orique S, Alexander G, Rantz M.** APRN-Conducted Medication Reviews for Long-Stay Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* 2018 ; 19 : 83-5.
14. **Parker JM, Hill MN.** A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *Int J Nurs Sci* 2017 ; 4 : 196-204.
15. Institute of Médecine (US), Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington (DC) : National Academies Press (US), 2011.