

Violences et maltraitances possibles, en institution pour personnes âgées

« L'aide au repas.
- Aller au-devant des besoins du patient = récompense.
Faire comme si on ne comprenait pas ce que veut le patient =
punition.
- Le soignant qui s'assied récompense.
Le soignant qui reste debout punit.
C'est ça aussi la violence ! »

Au cours d'une journée de travail dans les institutions accueillant des personnes âgées présentant des troubles du comportement, il y a de nombreuses occasions d'être violent avec les aînés sans s'en rendre compte.

Ce soir du 22/12/94, Béatrice a "râlé" devant Denise qui avait renversé par inadvertance sur la table son verre rempli d'eau. Ce "soulagement" de Béatrice a constitué une "violence" pour Denise. Mais, Béatrice n'a pas eu le sentiment d'avoir exercé une violence et n'en avait d'ailleurs nullement l'intention. Elle a "réagi" sans se rendre compte que son intervention avait aussi un effet de violence sur les autres résidents attablés...

Une violence subtile : la violence spirituelle

Si la violence physique est bien visible, il existe des formes de violence qui, renvoyant aux besoins décrits par Maslow (de maintien de la vie, de sécurité, de propriété, d'appartenance, de considération, d'estime de soi et de dépassement), sont "sans traces visibles", notamment pour les trois derniers besoins de développement qui sont d'ordre spirituel.

La définition de ces besoins spirituels est difficile à cataloguer car chaque personne est différente. On peut toutefois chez les personnes âgées retrouver des thèmes constants que J. Vilmort a décrit et qui ont été repris par H. Fagherazi-Pagel dans Mourir en long séjour :

— **Le désir de vivre**, lié au consentement à la vieillesse et à la mort.

L'idée du travail de "désaisissement" (Patrick Verspieren) correspond aux multiples pertes liées aux maladies, aux deuils, à la vieillesse.

— **La relecture d'une existence.**

Importance de l'évocation du passé, des longues remémorations qualifiées par les plus jeunes de radotage. C'est le rapport au passé, le bilan, qui a valeur spirituelle.

— **La convivialité.**

C'est une priorité. Elle est reconnue dans l'intensité d'une présence affective qui comble l'attente de chacun : les repas, la communion dans la communication, le rire en sont de bons témoins. Le fait que les personnes âgées en Unité de Soins de Longue Durée s'isolent peu dans leur chambre équivaut à dire : « quand je ferme la porte de ma chambre je ferme la porte de mes sens ».

Nous avons analysé ce ressenti en fonction des divers savoirs...

« Quand tu me laisses au lit et que tu fermes la porte de ma chambre, **tu fermes les portes de mes sens.**

* Si tu fermes les portes de mes sens, **tu fermes la porte de mon contexte** (l'environnement matériel et l'entourage humain qui m'ont fait entrer et me main

* Si tu fermes la porte de mon contexte, **tu fermes la porte de mes savoirs** (savoir-observer le contexte ; savoir-reconnaître : savoir-percevoir les normes de fonctionnement du vivant ; savoir-organiser : savoir-comparer, savoir-trier, savoir-sélectionner ; savoir-interpréter : donner un sens à partir de ce que j'ai été, ce que je suis, ce que je veux être ; savoir-choisir ; savoir-crée avant de pouvoir échanger ; savoir-exprimer, prendre position par le verbal et le non-verbal.).

* Si tu fermes la porte de mes savoirs, **tu fermes la porte de mon autonomie** (savoir-faire ; savoir-comprendre : savoir entrer en relation, en résonance ; savoir-intégrer : savoir globaliser le réel ; savoir-communiquer : savoir-Être.).

* Si tu fermes la porte de mon autonomie, **tu fermes la porte de ma structuration mentale.**

* Si tu fermes la porte de ma structuration mentale, **tu fermes la porte de mon ÊTRE, être moi parmi les humains.** » Lucien Mias

— La vie dans l'instant.

Que regarde le dément qui suit des yeux le déplacement des soignants? Que se passe-t-il dans la tête de ceux qui errent ? Que cherchent-ils ?

— L'importance du corps.

Le corps est entier et la douleur du corps entraîne une souffrance spirituelle, les massages sont des "caresses" (les rides ne sont pas contagieuses !).

Portée spirituelle des soins aux corps.

— La dépendance.

Comment les vieillards voudraient-ils qu'on les soigne, c'est-à-dire comment voudraient-ils le faire s'ils le pouvaient ? Voilà la portée spirituelle de la prise en charge de la dépendance.

— Le rapport à la nature et au cadre matériel.

L'aspect contemplatif qui caractérise la vieillesse, moins activiste, avec les objets, la nature, les animaux.

Il y a donc de nombreux domaines où la violence spirituelle, subtile, va s'insinuer sans que le soignant s'en rende compte s'il n'est pas présent, ici et maintenant : toilette sans pudeur ou brusque, "râler" contre le radotage, etc.

Violence et vulnérabilité

La définition de la violence (dictionnaire Robert) : « agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. »

Est violent, tout acte destructif intentionnel ou non qui tend à détruire inutilement les fonctions vitales d'un être humain en lui faisant subir des peines physiques, des angoisses émotives ou des problèmes sociaux.

Cette violence ne peut s'exercer que parce la personne qui la subit est vulnérable, car si elle était **forte** elle imposerait le **respect**.

La vulnérabilité peut résulter :

- d'une dépendance physique (mobilité réduite, besoin d'aide pour les repas, besoin d'aide pour l'entretien et l'hygiène corporelle, alitement, handicap, incontinence urinaire et fécale, faiblesse générale en raison de l'âge) ;
- d'une dépendance psychologique (abandon social, peur des représailles, impuissance et ignorance devant les possibilités de recours, sentiment de domination projeté par l'entourage, incompatibilité de caractère en raison de conflits de génération) ;
- d'une confusion et sénilité (manque de jugement, perte de mémoire, comportement imprévisible).

L'abandon social est souvent sous-estimé : nous remarquons que la violence ne s'exerce jamais sur un résident, lorsqu'il a la visite quotidienne d'un membre de sa famille qui peut exprimer ses remarques.

- Les personnes âgées ayant une grande dépendance pour les soins physiologique : alimentation et soins du corps ainsi que celles souffrant d'un handicap ont le profil type de "victime" de violences ;
- Les personnes âgées en perte d'autonomie mentale sont les plus vulnérables : 36 % des professionnels disent avoir été témoins d'abus physique ; 81 % des professionnels disent avoir été témoins d'abus psychologiques (abus liés au personnel, à l'aménagement, à l'organisation). Source : Plamondon et Rapin - 1998.

Qu'est-ce qui contribue à la pratique de la violence ?

On relève des causes tenant à l'organisation du travail et des causes psychologiques.

• Causes organisationnelles.

- **absence de projet de soins** « qui sommes-nous, où voulons-nous aller, qu'y gagnerons-nous ? » établi en commun par les soignants (rôle du groupe de pilotage);
- **absence de discussion en équipe des problèmes** rencontrés qui permet à chacun de se former au cas par cas ;
- **absence de formation et de sélection.**

Les plus mauvais traitements se sont produits quand les soignants étaient mal préparés ou avaient à s'occuper à regret et à contre cœur des personnes âgées.

- **absence d'une organisation concertée du travail** privilégiant le résident mais aussi l'autonomie et la responsabilité du soignant quant à l'accomplissement du travail dans le cadre de rôles définis ;

« Le travail en série que l'on peut percevoir dans les applications du système taylorien nous mènera d'une souffrance physique à la désorientation sociale, par la prise de conscience de ce qui est fait sur le **sujet handicapé**, par sa transformation en objet, en **«corps-matière»**

Face à l'incompréhensible, cette désorientation s'accroît du sentiment d'impuissance et de la perte des significations des actions des soignants. La perte d'initiative qui en

résulte modifie la personnalité du **soignant** ; il perd, soumis à cette violence à son égard, la conscience des priorités humaines pour ne plus devenir qu'un «**corps-outil**».

La **haine** devant le corps du sujet fragile, vu comme une simple addition d'organes, devient possible. **Elle est source de révoltes et autres violences.** »

Michel Personne , La désorientation sociale des personnes âgées, Erès, 1996.

• Causes psychologiques.

— Le **stress** associé à la tâche de soignant, de même que les frustrations engendrées par les relations résidents-soignants (puisque la réponse en gériatrie est quantitativement et qualitativement telle que ce n'est jamais possible) sont des facteurs qui peuvent amener un état de fatigue physique et psychologique et ainsi contribuer à développer chez un intervenant des attitudes agressives inhabituelles dans d'autres circonstances.

— **La confrontation perpétuelle à la vieillesse, à la mort** omniprésente, à l'impossibilité par le soignant de vivre un deuil normal suite au décès d'un résident avec lequel des liens affectifs existaient, sont également des facteurs qui peuvent contribuer aux attitudes déshumanisantes du personnel.

— Une inversion des rôles quant à la relation "parent-enfant".

Le Dr Ploton, psycho-géronte, dans le livre «La personne âgée» édition Chronique sociale, 1990 note :

«Si on admet qu'au contact d'une personne âgée se développe l'équivalent d'une relation parents-enfants, la situation thérapeutique va introduire dans cette relation une inversion des rôles doublée du renversement absolu des rapports de force, le plus âgé étant apparemment à la merci intégrale du plus jeune. Ceci ne peut que renvoyer aux souvenirs enfouis de la petite enfance avec des relents de situation de revanche par rapport aux traumatismes et aux frustrations encaissés alors. Inconsciemment risque, c'est évident, d'apparaître le désir, ou la peur du désir, de faire du mal au patient âgé.

Notons que chacun de nous, enfant, a vraisemblablement imaginé des situations d'inversion des rôles, mais l'esprit pouvait alors cheminer bon train puisque l'enfant est protégé du risque de faire du mal par les limites concrètes que constitue la force physique des adultes, force qui exerce une assurance face aux pulsions agressives, que l'enfant grâce à elle est certain de ne pas pouvoir assouvir. Rien de tel face au vieillard, là, le thérapeute peut ressentir une sensation de toute puissance, le soigné peut lui sembler entièrement en son pouvoir, d'un geste, d'une erreur, de la qualité d'un soin peut en apparence dépendre la survie du patient presque en toute impunité.

Les seules limites, le seul rempart possible à l'agressivité du soignant sont les valeurs plus ou moins exigeantes qu'il a pu intérioriser. La montée de pulsions agressives ne sera donc contenable que grâce à un conflit intra-psychique chez le professionnel, mais qui dit conflit intra-psychique dit introduction plus ou moins intense d'angoisse, ou encore, selon la structure psychique de l'intéressé, la survenue par exemple de troubles psychosomatiques.

Le renversement des rôles passe par une phase particulièrement critique lorsque l'adulte jeune est confronté, non seulement à l'impotence du vieillard mais aussi à son incontinence. Là risquent plus particulièrement de surgir des mécanismes d'intolérance, et des pulsions sadiques, qui puisent leurs racines dans les aléas de l'éducation sphinctérienne à laquelle le soignant a été soumis par ses parents.»

Six formes de violence

1° Forme de violence : mauvais traitements psychologiques.

✓ TYPES

a) Dévalorisation, reflets négatifs, jugement, humiliation

— donner des surnoms (mémère, la vieille, grand-mère, etc.) ;

— tutoiement ;

- faire des remarques sur les visites, etc. ;
- les ridiculiser ou les culpabiliser dans leur recherche d'un ami, dans leur vie sexuelle ;
- déclencher une angoisse ;
- négliger de soulager la douleur malgré les plaintes.

☞ Modalités d'intervention

- Utiliser le vouvoiement d'office, à moins d'avoir l'accord de la personne concernée pour le tutoiement.
- Respecter leur intimité, frapper avant d'entrer et attendre la réponse.
- Être tolérant face à leur besoin de masturbation ou autre.

Principe de base : Respect humain.

b) Abus d'autorité

- prendre les décisions à leur place ;
- mettre systématiquement une couche ou des bavettes à tout le monde ;
- ne pas respecter le choix exprimé : être installé auprès d'une personne élue et/ou d'un lieu préféré (fenêtre, fauteuil, chaise, etc.) ;
- lui dire "qu'elle n'a plus toute sa tête" ;
- les forcer à agir vite, à se presser ;
- attendre le passage du coiffeur pour qu'il rase les barbes.
- programmer un isolement planifié ;
- les limiter à l'usage d'une seule pièce ;

Souvent le cas de personnes présentant de cris répétitifs. On la laisse dans sa chambre "coupée", isolée, privée de toute stimulation...

- auditive autre que la voix des soignants : les autres résidents, les familles, la vie sonore, musicale, de l'établissement ;
- visuelle autre que la blouse blanche des soignants et les murs de sa propre chambre : les autres Résidents (forme des habits, couleurs), la télévision, la décoration des murs et de l'espace, le mouvement des personnes et du matériel mobile ;
- olfactive autre que l'atmosphère de sa chambre, l'odeur des soignants et son odeur personnelle : odeurs de la cuisine, des vases de fleurs, des autres Résidents et de leurs familles, des espaces de circulation, de l'extérieur ;
- tactile autre que celle suscitée lors de soins d'hygiène, de repas, de son propre lit et fauteuil : des autres Résidents, des familles (accompagnées parfois d'un enfant, d'un animal domestique) ;
- proprioceptive autre que le lever du lit au fauteuil : marche, équilibre.

- les changer de chambres sans les consulter ni les avertir ;
- respecter leur courrier ;
- respecter leur intimité ;
- les laisser dans la même chambre qu'une personne confuse ou non acceptée ;
- les laisser dans la même chambre qu'une personne présentant une escarre dont émane une odeur nauséabonde.

☞ Modalités d'intervention

- Remettre en cause ses propres actes routiniers.

Principe de base : Individualisation des soins.

- S'interroger sur les besoins réels de la personne âgée.

- Prendre en considération les réticences de chacun. Le *cas par cas* est possible.

Principe de base : Respect humain.

c) Assaut verbal, menace, chantage.

- provoquer la peur en menaçant d'isolement ;
- agresser verbalement (le mot accusateur "malpropre" par exemple gifle comme la main), intimider, traiter la personne comme un enfant ;

☞ Modalités d'intervention :

- Apprendre à maîtriser et à chercher la cause de toute agressivité.
- Apprendre à distinguer les différents rôles de notre vie familiale et professionnelle : les enfants et encore plus les personnes âgées ne sont pas "notre possession"

d) Abus social :

- caractérisé par le fait d'ignorer la présence de la personne âgée lors des soins, de la priver de toute action, de tout rôle social, sous prétexte qu'elle est vieille ;
- tout préjugé et comportement social tendant à nier la dignité d'une personne âgée, à l'exclure socialement et à diminuer son estime de soi tel "l'âgisme" (racisme anti vieux) et l'indifférence sociale : elle est capable d'apprendre et d'évoluer.

☞ Modalités d'intervention :

Principe de base : Respect humain.

e) Violence par omission :

- ne pas tenir compte du vécu de la personne.
- ne pas tenir compte des habitudes vestimentaires "pour gagner du temps"

☞ Modalités d'intervention

- Nous questionner sur nos modes d'intervention.
- Se sentir concernés personnellement si nous sommes témoins d'une telle situation et réagir.
- Écouter le bénéficiaire, valider ses propos, faire le tour d'un point d'interrogation soulevé par une allusion de la personne âgée.
- Retrait temporaire de l'intervenant.

Principe de base : Il ne peut y avoir une prise de conscience s'il n'y a pas d'abord une dénonciation de la situation. L'abus peut être la réaction à une situation de déséquilibre. Retirer temporairement l'intervenant peut faciliter le retour à l'équilibre antérieur.

✓ **FACTEUR CONTRIBUANT** : inversion de rôles (parent/enfant et intervenant /aîné) doublée du renversement absolu du rapport de forces.

☞ Modalités d'intervention

- Prendre conscience que c'est une situation que chacun peut vivre.
- En parler ouvertement.
- Demander éventuellement une nouvelle affectation.

Principe de base : la prise de conscience peut briser le cercle vicieux du ressentiment, sentiments d'impuissance, culpabilité, honte, augmentation du ressentiment, et ainsi de suite.

- Respect de soi : admettre et respecter ses limites.

2° **Forme de violence : mauvais traitements matériels.**

✓ **TYPES**

a) Vol d'argent, de chèques de pension, etc.

☞ Modalités d'intervention

- S'assurer que les biens de valeur sont en sécurité.

Principe de base : Les biens mis à l'abri évitent la convoitise des tiers.

- Suggérer aux personnes âgées de fermer à clé la porte de la chambre en leur absence.

b) Escroquerie

- faire un usage abusif de son argent ou de sa propriété (réclamer l'héritage avant son décès)

- vendre des biens fictifs.

☞ Modalités d'intervention

- Dénonciation de la situation

Principe de base : Protection de la personne âgée.

- Suggérer au médecin traitant l'utilité de la tutelle si besoin.

✓ **FACTEUR CONTRIBUANT** : présence omniprésente de la mort

☞ Modalités d'intervention

- Allouer un moment au membre du personnel affecté par le décès du résident pour se ressourcer.

Principe de base : Permettre à l'intervenant de faire un travail de deuil normal. Briser l'auto renforcement de son propre sentiment de déchéance : diminution du stress.

- Oser identifier son angoisse face à sa propre mort.

- Revoir les objectifs gériatriques.

Principe de base : Il est question moins d'aider à guérir que d'assister une vie parfois végétative qui se prolonge au fil des mois au rythme d'une progressive diminution.

3° **Forme de violence : mauvais traitement physique.**

✓ **TYPES**

a) Alimentation inadéquate

- les forcer à manger rapidement ;
- mauvaise installation ;
- acharnement sur la stricte observance diététique.

☞ Modalités d'intervention :

- Inscrire au plan de soin les habitudes alimentaires et en tenir compte en faisant les menus.

Principe de base : Individualisation des soins.

- Réévaluer régulièrement la nécessité d'une demande systématique des régimes en purée.

Principe de base : Optimiser les conditions pour que la personne âgée s'alimente bien.

- Respecter le rythme de chacun.

- Faire appel aux bénévoles si possible.

- Vérifier le confort.

Principe de base : Optimiser les conditions.

- Vérifier si la personne âgée a des prothèses dentaires ; si elle les porte, en vérifier la propreté.

- Fermer les yeux sur les écarts inhabituels, éviter la culpabilisation.

- Offrir une aide au repas si nécessaire, en utilisant la posture en écho et le toucher.

Principe de base : Respect de la qualité de la vie

b) Surveillance, soins médicaux, soins infirmiers non donnés lorsque nécessaires :

- Négligence dans les soins et abus de faiblesse ;
- Négliger de soulager une douleur exprimée.
- Non respect de l'intimité lors des soins du corps ;
- Négliger ou refuser des soins de première nécessité ;
- Ne pas répondre (volontairement ou non) aux besoins d'une personne dépendante, compromettant ainsi sa santé ou sa sécurité ;
- Manque d'écoute et d'attention ;
- Interventions basées exclusivement sur un modèle médical (surmédication et médicalisation des soins).

c) Violences à l'image de soi

— Infliger sciemment ou non des souffrances corporelles ou interdire l'accès à des soins de qualité pour... gagner du temps

— Infliger sciemment ou non des souffrances psychologiques à la personne âgée et à sa famille. Attention quand on cause : les mots peuvent engendrer les pires maux.

☞ Modalités d'intervention :

- Revoir nos objectifs de soins, et ce, régulièrement pour tous les Résidents.

Principe de base : Respect humain.

- Discuter en équipe du plan de soins de chacun des résidents.

Principe de base : La participation de chaque membre de l'équipe est un enrichissement et amène une meilleure compréhension des objectifs de soins.

d) Ligotement à un lit, à une chaise

Six fausses raisons pour tenter de justifier les contraintes :

1) les moyens de contention assurent la sécurité des résidents.

Faux : des études révèlent en fait qu'ils engendrent des dommages physiques et psychologiques et qu'ils peuvent même entraîner la mort.

2) il n'existe rien pour remplacer les moyens de contention

Faux : des solutions de remplacement la plus recommandable est d'agir sur l'environnement plutôt que sur la personne.

3) la contention n'est employée qu'en dernier ressort.

Faux : cela est contredit par le nombre élevé de cas où l'on utilise des moyens de contrainte.

4) on est obligé d'employer ces moyens de contention parce qu'on manque de personnel.

Faux : des études montrent que les patients ayant des contraintes exigent plus d'heures de soins, et non pas moins.

5) il arrive que les patients ne trouvent rien à redire au fait qu'on les attache

Faux : ceci est souvent le signe d'une mauvaise évaluation de la part des professionnels ou de pressions venant de la famille.

6) l'emploi de dispositifs de contention met les soignants et l'hôpital à l'abri des poursuites judiciaires.

Faux : les affaires judiciaires concernent au contraire les cas de contentions abusives.

☞ Modalités d'intervention

- Éviter le "ligotement" systématique « au cas ou ».

Principe de base : Respect humain.

- Prendre le temps d'évaluer la personne concernée et le risque potentiel d'une chute.

- Réévaluer régulièrement la situation.

Principe de base : Une personne âgée confuse ou agitée une journée, peut être très bien le lendemain.

e) Blessures infligées délibérément.

— Gifle, pincement, tape, ongles longs, bagues

— Bousculades, rudoiments

— Une douleur physique, une blessure

— Une douleur engendrée par le port d'un vêtement serré.

☞ Modalités d'intervention

- Nous questionner sur nos modes d'intervention.

Principe de base : Protection de la personne

- Dénonciation de la situation

- Retrait temporaire, ou selon la situation, définitif de l'intervenant.

Principe de base : Retirer temporairement l'intervenant peut permettre à ce dernier un retour à l'équilibre.

f) Assaut grave, viol, meurtre

☞ Modalités d'intervention

- Dénonciation de la situation et retrait définitif de l'intervenant.

Principe de base : Protection de la personne

- Faire connaître aux personnes âgées les formes de recours existantes.
- Faire un rapport aux autorités policières.

✓ **FACTEUR CONTRIBUANT** : soignant mal préparé ou qui travaille à contre coeur

a) Soignant mal préparé

✍ **Modalités d'intervention**

- Prendre conscience de sa responsabilité personnelle face à l'encadrement des nouveaux employés.

Principe de base : Un intervenant bien préparé à sa tâche aura une meilleure intégration et une plus grande résistance au stress.

- Réviser le programme d'orientation au sein de l'équipe.
- Prolonger la période d'orientation au besoin.

b) Soignant qui travaille à contre coeur auprès des personnes âgées.

✍ **Modalités d'intervention**

- Stimuler l'intérêt de tous les membres de l'équipe en augmentant leur autonomie, en encourageant leur créativité.

Exemple: donner la responsabilité d'une activité d'animation par semaine ; écouter et donner suite aux suggestions.

Principe de base : L'autonomie augmente la confiance en soi et contribue à augmenter la satisfaction au travail. Chacun a besoin de se sentir apprécié et soutenu.

- Être attentif à se donner mutuellement des marques de valorisation.

Principe de base : Chacun a besoin de se sentir apprécié et soutenu.

4° **Forme de violence : la violation des droits**

a) **Violation du droit à la liberté**

- empêcher une personne âgée d'exercer un contrôle normal sur sa vie ;
- non respect du rythme de la personne âgée ;
- non respect des droits et des besoins ;
- manque d'écoute et d'attention.

✍ **Modalités d'intervention**

- Décrypter les signes, messages d'une violation des droits à la liberté dans les attitudes et comportements de la personne âgée.

La personne âgée...

- dans son environnement :

- pleure fréquemment
- apparaît négligée dans son apparence
- vit en réclusion évidente

- dans son expression :

- apparaît effrayée, soupçonneuse
- menace de se suicider ou souhaite mourir

- dit qu'on la brutalise, qu'on la maltraite
- est incapable d'expliquer ses marques corporelles
- à l'air calme à l'excès, somnolente

b) Médicaments non fournis ou prothèses non utilisées ou entretenues.

— mise en place et entretien quotidien des dentiers

☞ Modalités d'intervention

- Prendre conscience de l'importance de l'utilisation pour la personne âgée de son appareil auditif, des lunettes, de ses prothèses dentaires, etc.

Principe de base : Respect humain. Favoriser l'indépendance.

c) Obligation de consommer des médicaments dans un but non thérapeutique

— faire des essais pour un laboratoire avant la mise sur le marché du médicament.

☞ Modalités d'intervention :

- Informer les personnes âgées des effets de leurs médicaments, de leur droit de les accepter ou de les refuser.

Principe de base : La prise de conscience apporte une saine discussion entre intervenants et résidents.

- Valider régulièrement l'usage des médicaments.

Principe de base : Pour éviter la consommation excessive et/ou continue de médicaments non efficaces ou qui n'ont plus leur raison d'être.

5° Forme de violence : mauvaises conditions de l'environnement.

✓ **TYPE**

a) Chauffage, ventilation et / ou éclairage inadéquat

— empêcher la personne âgée de reposer dans un milieu ambiant à sa convenance, comme de laisser la fenêtre ouverte ou fermée.

☞ Modalités d'intervention :

- Se préoccuper du bien être individuel de la personne âgée.

Principe de base : Respect humain. Individualisation des soins.

b) Interdiction de personnaliser l'environnement.

— Suppression ou déplacement de ses objets personnels sans son consentement ;

— Espace mal adapté aux conditions particulières (fauteuil roulant) ;

— Lit trop haut ;

— Changement de chambre imposé sans consultation ni préavis ;

— Négation des besoins du client : du fait du pouvoir que donne le port de la blouse blanche et en fonction de nos idées préconçues, persuader la personne que ce qu'elle fait lui est néfaste

— Mixité de clients dans une même chambre ;

— Absence de lieu pour recevoir en privé ;

✍ Modalités d'intervention :

- Se questionner sur la politique en place et apporter des suggestions de changement.

Principe de base : Promotion de la qualité de la vie.

✓ **FACTEUR CONTRIBUANT :** les différentes sources de stress (travail et relations)

a) reliées à la tâche de l'intervenant

— ambiguïté de rôle, manque de récompenses et/ou de conditions positives ;

— surcharge de travail, horaires difficiles ;

— manque d'autonomie et de contrôle sur les décisions concernant le déroulement du travail.

✍ Modalités d'intervention

- Mise en branle de mécanismes d'adaptation au sein de l'équipe en utilisant la méthode de résolution de problèmes

- 1) définir le problème (source de stress)
- 2) élaborer des solutions possibles
- 3) passer à l'action
- 4) évaluation

Principe de base : Le stress se gère comme tout autre problème.

- Développer une bonne conscience de soi.

Principe de base : Pour identifier les signes précurseurs d'épuisement.

- Développer un bon esprit d'équipe.

- Respecter les temps de pause et de repas.

Principe de base : Augmente la résistance au stress.

- Gérer le facteur temps peut vouloir dire déléguer davantage ou laisser tomber des détails.

Principe de base : Augmente l'intérêt au travail et diminue les risques de lassitude et d'épuisement.

- Voir la nécessité de la formation continue dans le milieu du travail.

Principe de base : Augmente l'intérêt au travail et diminue les risques de lassitude et d'épuisement.

b) reliées à la relation résidents/intervenants

— protectionnisme (aide qui accroît la dépendance)

6° Forme de violence : abus liés à l'organisation des soins et/ou des services prestataires.

- Mauvaise qualité de la nourriture (provenance ou utilisation) ;
- Quantité nécessaire de linge, non fournie ;
- Règlement régissant les heures de sortie, de lever et de coucher ;
 - les sorties avec l'obligation pour les familles de signer une autorisation (inflige aux familles une angoisse , une inquiétude).
 - le lever doit être planifié en fonction du sommeil des habitudes et de la pathologie du client , le coucher doit avoir lieu en fonction des mêmes conditions.
 - Relevons que la prescription médicale de somnifères est souvent imposée aux personnes ne pouvant s'exprimer, alors que celles qui verbalisent sont capables d'expliquer leurs besoins et d'opposer leur refus.
- Absence d'intimité lors des soins intimes ;
- Longue attente avant de recevoir les soins essentiels ;
- Modèle d'intervention médicale non adapté (surmédication et surmédicalisation des soins) ;
- Absence de ressources permettant aux personnes âgées de développer leur autonomie (services de réadaptation) ;
- Laisser une personne au lit toute une journée par le fait qu'il s'agit d'un dimanche ou jour férié ;
- Rester dans un système d'automatismes au lieu de proposer des activités d'éveil ;
- Absence de service de loisirs : repas pris à l'extérieur, jardinage, danse.

✍️ Modalités d'intervention

- Se questionner sur le projet de soins, sur sa réalisation et apporter des changements en impliquant les services concernés.

Principe de base : Promotion de la qualité de la vie.

La personne âgée victime d'autres personnes âgées

Les soignants intervenant auprès de ces personnes âgées dépendantes physiquement et psychologiquement sont quant à eux remis en cause dans leur pouvoir de guérir et expriment parfois un certain désarroi face aux difficultés ressenties devant une personne âgée apparaissant comme dangereuse.

L'AGITATION, L'AGRESSIVITÉ, LA DANGEROUSITÉ

Il est nécessaire avant d'envisager la notion de dangerosité de la distinguer de l'agitation, de l'agressivité qui ne sont pas obligatoirement synonymes de danger ou de violence.

L'agitation est une perturbation du comportement moteur, avec une gesticulation plus ou moins importante. plusieurs degrés sont possibles avec au maximum des mouvements qui ne sont plus coordonnés.

L'agitation est un symptôme d'alarme qui renvoie à de nombreuses étiologies. Elle implique une

recherche attentive des causes, fréquemment organiques. Mais elle peut être également l'expression d'une anxiété ou de l'incapacité à conduire un comportement adapté à une situation difficile.

L'agitation n'est pas synonyme de violence. Elle est à différencier également de l'agressivité. Il faut parfois la respecter comme révélateur d'un malaise psychique ou physique. Cependant, elle peut avoir un impact sur la relation, sur l'entourage, si elle est vécue comme une menace, et faire craindre un passage à l'acte de nature dangereuse. Le danger résulterait alors dans ce dernier cas d'une méconnaissance d'une cause identifiable et peut-être curable.

L'agressivité est « l'instinct de combat de l'animal et de l'homme, dirigé contre son propre congénère » *C. Lorentz*.

Dans la société humaine, des règles et des tabous ont permis de développer des phénomènes d'inhibition de ces actions de combat. Chez l'homme, l'agressivité peut résulter d'une contradiction interne telle que :

- la non satisfaction des besoins,
- l'existence d'un obstacle matériel ou humain à la réalisation d'un désir. L'agressivité

entre dans le domaine de l'interactivité, celui qui agresse a souvent ressenti une menace pour son intégrité personnelle.

Elle peut se manifester sous des formes très diverses :

- par des paroles, des attitudes, des gestes,
- l'indifférence, l'irritabilité, l'ironie,
- des déchaînements verbaux ou gestuels.

Elle peut avoir des équivalents tels que l'opposition, le refus de nourriture, le gâtisme, les automutilations, les toxicomanies, etc. et s'intégrer dans de nombreux tableaux psychiatriques.

Dans l'institution, l'agressivité peut être considérée comme une réaction physiologique de la personne âgée confrontée à un milieu qu'elle ressent comme hostile, la soumettant à de nombreuses contraintes et frustrations. Paradoxalement cette réaction est parfois réprimée.

Or, ce qui devrait inquiéter davantage les soignants c'est l'acceptation passive de cette vie institutionnelle.

Le danger résulte d'une incompréhension du sens de ce comportement, pouvant aboutir à un retournement contre le sujet âgé lui-même de cette agressivité sous la forme du suicide, du syndrome de glissement, de la passivité. L'agressivité est présente à toutes les étapes du développement la personne. Chez le petit enfant où la destruction des objets investis présente comme une règle absolue, chez l'adolescent où la prévalence des conduites antisociales et agressives associées ou non à un contexte crise-rupture est majoritairement la règle, et bien sûr chez l'adulte dans ses divers aspects inter-individuels, familiaux ou sociaux.

Spécificité de ce type de conduite chez le sujet âgé.

L'agressivité reflète davantage l'expression d'un système de fonctionnement mental habituellement réactionnel ou défensif, que celle d'un simple comportement utile. Diminué tant au niveau de ses capacités motrices qu'intellectuelles ou sensorielles, la personne âgée n'a le plus souvent d'autre alternative (en réponse à

l'hostilité de l'entourage) que d'exprimer sur le mode de l'agression un dernier sursaut de prestance passant par son corps en faillite. Il s'agit d'un type de communication particulier.

Certaines agressivités semblent paradoxalement respectables témoignant le plus souvent de réactions adaptatives souhaitables situant le vieillard dans d'autres perspectives dynamiques que celle de régression cognitive ou du glissement et, par là-même, de bien meilleur pronostic.

L'entourage quant à lui, objet de l'agressivité, réagit le plus souvent en excluant, isolant ce dont il a peur sans en savoir la raison, la qualification démentielle permettant habituellement une évacuation plus aisée de la culpabilité. Ainsi le vieillard se trouve-t-il parfois contraint devant cette dilution de l'entourage, à retourner son agressivité envers lui-même de manière brutale, ou plus insidieuse mais tout aussi redoutable (refus alimentaire).

L'existence d'une dimension agressive aboutit assez rapidement par le biais de l'érosion de la tolérance de l'entourage ou des soignants, à une demande pressante de prise en charge médicamenteuse.

La dangerosité.

Au sens large un état dangereux peut être défini comme tout ce qui menace ou compromet l'existence d'une personne ou d'une chose.

Selon cette approche, on peut donc bien différencier l'agitation et l'agressivité de la dangerosité dans la mesure où elles n'auront pas forcément de conséquence sur l'existence ou la sûreté de l'environnement de la personne.

La dangerosité est un phénomène dynamique, interactif qui nécessite la réunion d'une condition déclenchante ou favorisante pour l'éclosion d'un passage à l'acte et l'apparition en fonction des règles du milieu, d'une infraction et d'une victime.

LES SITUATIONS RENCONTRÉES

La personne âgée victime d'autres personnes âgées

- Le meurtre du résidant par d'autres résidents, bien qu'exceptionnel, peut se présenter.
- À côté de ces cas extrêmes et dramatiques, il existe un grand nombre de passages à l'acte dangereux entre personnes âgées défendant leur territoire, à l'origine de bousculades, de coups de canne ayant pour conséquences des traumatismes divers et quelques points de suture.

La personne âgée victime de ses propres passages à l'acte dangereux

- Les fugues ou des conduites d'errance où le sujet âgé détérioré intellectuellement va sortir de l'établissement pour errer.

Ceci pourra être à l'origine d'une mobilisation d'énergie souvent important pour sa recherche par l'équipe soignante, elle-même victime.

- Le suicide peut prendre une forme classique, mais le plus souvent, c'est un équivalent suicidaire dans le cas du syndrome de glissement, de la passivité active où la personne âgée est victime de son désir plus ou moins ambivalent de mourir.

Passage à l'acte où l'entourage soignant est la victime

Des agressions verbales ou gestuelles à la résistance aux soins de l'infirmière. de l'aide-soignante et jusqu'à l'agression à connotation sexuelle.

Entrave aux soins des autres malades

C'est une personne âgée qui va arracher des perfusions, des cathéters, etc.

LE RÔLE DU FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL

Des situations sociologiques «favorisantes» sont parfois créées par le fonctionnement de l'institution.

La prévention devra s'appuyer sur une approche psychogériatrique des troubles psycho-comportementaux associée obligatoirement à une sensibilisation et une formation du personnel soignant. Dans certains cas, on aboutira au diagnostic "d'institution pathogène", du fait de ses règles de fonctionnement ; d'une "cohabitation" de malades âgés trop différents, engageant à une séparation et à un accueil plus spécialisé de malades présentant une dépendance psychique importante.

Tenter d'étudier la dangerosité liée à des troubles du comportement confronte à la complexité de cette notion. En pratique, l'institution dans tous les cas doit rapidement trouver une réponse adaptée tant à la souffrance du sujet âgé qu'à l'équilibre de son propre fonctionnement institutionnel. Au-delà de cette réponse urgente, une réflexion sur la genèse de cette dangerosité devient une opportunité pour une meilleure connaissance des règles de fonctionnement de l'institution ; pour dégager une approche préventive du passage à l'acte qui devra s'appliquer tant au niveau des facteurs individuels qu'au niveau des facteurs situationnels plus complexes puisqu'ils impliquent la thérapie du milieu.

La notion de dangerosité est révélatrice de bien des préoccupations posant le problème des relations entre la personne, la maladie, l'institution, la société. Si celle-ci favorise une «image de soi» négative de la personne âgée, elle crée les conditions pour qu'elle soit plus dépressive, septique, méfiante, à l'hostilité à autrui exacerbée.

AU POINT DE VUE JURIDIQUE

Les crimes et délits des déments orientent vers une hospitalisation psychiatrique plutôt que vers les tribunaux.

La «victimologie» a permis de mieux connaître les interactions et la dynamique qui peuvent exister entre la victime et son agresseur.

La victime peut être classée en catégories :

- l'innocence intégrale
- la victime complaisante,
- la victime provocatrice,
- la victime coupable.

CONCLUSION

«Plus la gériatrie gagnera en «efficacité», plus la dépendance d'origine physique sera limitée et plus les personnes âgées resteront au domicile. Il est donc tout à fait certain qu'aucune institution ne peut plus ignorer l'infirmité mentale, ni la rejeter, sous peine de disparaître. Cela implique que l'institution

s'en donne (ou en reçoit) les moyens. **Ces moyens ne sont pas que des emplois et de l'argent, revendications certes tout à fait légitimes. Ces moyens sont un projet de soins, un projet de vie, un projet médical concernant les déments, une évaluation régulière de l'activité de soins et de la qualité.**

Les prisons à déments doivent disparaître. Les maisons de retraite pour soins à la petite semaine, sans équipe, sans suivi sans projet, sont déjà difficiles à gérer pour assurer une prise en charge des personnes âgées lucides et valides. Elles sont trop souvent mal préparées à garder ou à accueillir les ggnances d'origine psychique.

La présence de déments donne un autre rôle à l'institution. Ce n'est plus une hôtellerie, avec une domesticité autour des personnes charmantes ou acariâtres qui ont renoncé à vivre seules. C'est une institution plus médicale que sociale, où le personnel, même hôtelier, a, de fait, un rôle de soignant. Dans le ridicule leiv motiv sur l'opposition du médical et du social, c'est surtout le social qui est à médicaliser.

Les personnes âgées sont «placées» d'abord parce qu'elles ont un pathologie cérébrale organique ou une pathologie psychiatrique» (Pr Moulias, Ivry)

Nous avons attiré l'attention sur la notion « d'institution pathogène », pour laquelle l'audit d'une personne extérieure peut aider à prendre conscience d'un «dysfonctionnement», le plus souvent secondaire à un manque de formation de l'approche psychogériatrique des troubles psycho-comportementaux, « dysfonctionnement d'habitude ».

Pour les soignants aussi, « La mort la plus sûre, c'est la routine » Albert Camus

L'ennemi de la violence c'est la formation des soignants dont il faut transformer les aptitudes en compétences afin de développer le respect absolu de la vie et de la dignité de la personne âgée : **le savoir libère et rend responsable.**

Responsable pour agir, dans l'équilibre constamment recherché entre la fermeté et la tendresse : **sans fermeté la tendresse devient mollesse, sans tendresse la fermeté devient violence.**

Sites internet à voir

- **ALMA France** - BP1526 - 35025 Grenoble Cedex - Tél : 04 76 84 20 40 - Fax 04 76 21 81 38 - Courriel : asso.alma@wanadoo.fr - Site internet : www.alma-france.org

- **RIFVEL**, Le Réseau Internet Francophone, *Vieillir en Liberté*.

Le Réseau RIFVEL est un réseau de partenaires en France, en Belgique, au Québec et en Suisse regroupant des associations et des organismes privés et publics qui ont pour mission la concertation des ressources pour une offre de services plus ajustée au signalement et à la prévention des abus à l'égard des aînés.

Bibliographie

- Couture M., Beauvais D. , Violence aux personnes âgées, Nursing Québec, vol 7, n°2, 1987.
- Fagherazzi-Pagel H., Mourir en long séjour, P.U. de Nancy, 1993, 248 p.
- Hugonot R., Violence contre les vieux, ÉRÈS, Toulouse, 1990, 144 p.
- Hugonot R., La vieillesse maltraitée, Dunod, Paris, 1998, 236 p.
- Personne M., La désorientation sociale des personnes âgées, Erès, 1996.
- Ploton L., La personne âgée, Chronique sociale, Lyon, 1990, 244 p.