

I.F.S.I. Blois

M*al*

A*gir*

L*e savoir et*

T*rouver une*

R*aison.*

A*gés, ils sont, en*

I*nstitution, ils vivent.*

T*ous sont uniques*

A*avons nous compris ?*

N*ous, soignants, nous*

C*royons les connaître,*

E*st-ce suffisant ?*

Travail de fin d'études
en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat Infirmier

Agnès DUPRÉ
Promotion 2000/2003

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration et au bon déroulement de mon mémoire :

Madame Béatrice TERTERRE, ma référente de mémoire, formatrice à l'IFSI de Blois, pour les conseils apportés quant à la réalisation de ce mémoire.

Le personnel soignant rencontré lors de mes entretiens dans les institutions et qui a accepté de répondre à mes questions.

Ma famille et mes amis qui m'ont conseillé et soutenu pendant ces trois années d'études.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p . 7
PRE - ENQUETE	p . 10
DE LA PROBLEMATIQUE A L 'HYPOTHESE	p . 15
CADRE THEORIQUE	p . 21
I/ Cadre juridique	
I.1. Rôles et devoirs des soignants	p.22
I.2. Les droits des personnes âgées	p.24
I.3. La levée du secret professionnel	p.24
II/ Cadre contextuel : l'institution	p.25

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation à l'IFSI de Blois, je dois fournir un travail de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier. D'après l'arrêté du 26 Novembre 1994, ce mémoire « écrit et personnel doit porter sur un thème d'intérêt professionnel, choisi par l'étudiant en accord avec l'équipe enseignante. »

Lors de ma première année, j'avais déjà effectué mon travail de sciences humaines sur le thème de la personne âgée. Les premiers stages effectués ainsi que mon expérience personnelle m'ont amenés à considérer celle-ci comme garant de notre histoire commune, riche d'enseignement et d'histoires vécues. J'ai donc décidé d'aborder à nouveau le thème de la personne âgée suite à un stage effectué en gériatrie, où j'ai été interpellée par le peu d'attention portée à l'une des pensionnaires. Une aide-soignante s'occupait de la toilette de cette personne, atteinte d'une démence de type Alzheimer, lorsqu'il m'a fallu entrer dans sa chambre, accompagnée de l'infirmière. La personne était laissée nue sur son lit, à l'exception d'un change, pendant que l'aide-soignante s'affairait à ranger son matériel et aidait sa collègue à faire le lit voisin, tout en discutant entre elles. Lors des stages suivants, mon attention s'est plus particulièrement portée sur le respect des personnes âgées, que l'on rencontre dans tous les services, et je me suis aperçue que ce genre de situation était fréquent, lors de différents soins, concernant aide-soignants et infirmiers.

Ces expériences ont été source de nombreuses interrogations : Y-a-t-il une relation privilégiée entre la personne âgée et le soignant qui puisse l'autoriser à agir ainsi ? Le soignant se considère-t-il comme supérieur ? Y-a-t-il d'autres formes de non-respect ? N'est-ce pas considérer la personne comme objet de soin ? Enfin, ne peut-on pas parler de maltraitance ?

Après réflexion, celle que j'ai retenue, et qui constitue ma question de départ est la suivante :

Pour quelles raisons existe-t-il en institution un non-respect de la dignité de la personne âgée démente par certains soignants ?

Mon travail se présente de cette façon : afin de savoir si un non-respect existait vraiment, j'ai effectué une pré-enquête dans différentes institutions, et enrichie de mes lectures, aboutissant à ma question de recherche. Découlant de celle-ci, se trouve ensuite ma problématique suivie de plusieurs hypothèses, dont une seule sera retenue. Dans mon cadre théorique, j'aborderai le contexte de mes réflexions ainsi que deux grands thèmes que sont la personne âgée et la maltraitance. Enfin, je présenterai mon enquête, me permettant d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse. Mon travail se terminera alors par des remarques d'ordre général.

PRÉ-ENQUÊTE

Dans le but de valider ma question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, j'ai réalisé ma pré-enquête en pratiquant trois entretiens. J'ai donc pu interroger deux infirmières, l'une travaillant en institution depuis une quinzaine d'années, la seconde depuis deux ans, ainsi qu'une aide-soignante travaillant en gériatrie depuis deux ans. Ces trois entretiens se sont déroulés dans deux établissements hospitaliers différents. J'ai pu alors poser cinq questions (cf. annexe I).

Ces entretiens m'ont tout d'abord permis de constater que le non-respect de la dignité et des droits de la personne âgée existe. Les trois soignants interrogés sont d'accord pour dire qu'il existe un non-respect des demandes des personnes âgées, par exemple le fait d'appeler les personnes par leur prénom ou même un surnom qui ne veut rien dire, ou encore les tutoyer. Cela peut aller jusqu'à une violence verbale, comme me le raconte l'une des infirmières, « quand les patients se font « engueuler » parce qu'ils mangent salement », ou une violence physique avec des gestes faits brutalement, sans prévenir. Le non-respect c'est aussi l'ignorance, comme l'absence d'un « bonjour » ou d'un regard lors d'un soin, voir la négligence. Cependant, les avis diffèrent quant à la fréquence de ces actes : une infirmière me dit que « c'est tous les jours, tout le monde » tandis que l'aide-soignante me répond que « ça arrive, mais c'est exceptionnel ». Je pense que cette différence tient essentiellement au sens que l'on donne au respect et au non-respect.

Cette divergence pourrait aussi tenir en partie au cadre et à l'environnement de travail. En effet, c'est l'une des différences les plus importantes que j'ai pu constater entre les deux institutions où j'ai enquêté. L'une est récente, avec des moyens et des locaux plus adaptés par rapport à la seconde qui est plus ancienne. L'infirmière travaillant dans celle-ci a d'ailleurs relevé l'importance de l'environnement de travail dans la prise en charge des résidents. Lorsque les facteurs environnementaux et organisationnels sont inadaptés, ceux-ci troublent les repères et influent sur l'efficacité des soignants.

« En effet, notre potentiel est, pour une grande part, déterminé par le système dans lequel nous évoluons, tant matériel qu'humain. [...] Si notre charge mentale s'alourdit du poids du manque et du dysfonctionnement, elle génèrera un stress nous rendant moins efficaces. »¹

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte dans les facteurs environnementaux et organisationnels :

- le milieu : effectivement, l'une des infirmières m'explique que « l'institution en elle-même ne respecte pas les « vieux » ni le personnel ». Elle me parle du délabrement des locaux, de leur configuration pas toujours adaptée à la vie des personnes âgées et au travail des soignants.
- les matières premières : pansements, seringues, gants...leur manque induit une mauvaise qualité des soins et une moindre sécurité pour le soignant et le patient.
- le matériel : de la même façon, l'infirmière me parle du manque de matériel, qui sans être absent est défectueux, ce qui rend le travail plus difficile et laborieux.

¹ MAURANGE, Aline. Fiche gestion du stress n°2, facteurs organisationnels et environnementaux. *Soins*, Septembre 2002, n°665, p.53-54.

- les habitudes de travail : elles sont souvent liées à des règles (hygiène, lois) où à des facilités de travail, me rapporte l'une des infirmières. Selon Alexandre Manoukian, les habitudes sont tenaces, même si on ne trouve plus leur intérêt et que l'on monte des projets. Elles sont indispensables à la vie et au travail mais la routine et la monotonie finissent toujours par provoquer le sommeil, le désintérêt, l'indifférence.
- le manque de personnel augmente la charge de travail et aboutit, selon l'une des infirmières, à travailler « à la chaîne ». Le geste devient alors automatique, impudique, et la quantité prend le dessus sur la qualité.

Cependant, une infirmière m'explique que les soignants se sentent frustrés de ne pas toujours respecter les personnes âgées parce qu'il faut que les toilettes soient faites et les repas donnés, alors qu'ils aimeraient parfois leur consacrer un peu plus de temps.

Tous ces dysfonctionnements entraînent une lassitude des soignants, voire le syndrome d'épuisement professionnel. Prendre en charge remplace alors le prendre soin, l'accompagnement, avec des gestes ou des paroles déplacés, allant jusqu'à l'ignorance de la personne, voire à la maltraitance.

Il est également ressorti de ces trois entretiens l'importance des rôles entre le soignant et la personne soignée. Selon Alexandre Manoukian, le rôle de soignant est inscrit dans une pyramide hiérarchique dont les diplômes sont garants de compétence et de savoir. En effet, le savoir médical et soignant ponctue les activités et ne saurait souvent pour les personnes âgées ou la famille être remis en question. Pourtant, l'une des infirmières m'avoue qu'il existe une appropriation de la personne âgée lors des soins, d'autant plus quand elle est démente. Le soignant se met donc « à la place » de la personne pour ses décisions et ses choix de vie, ayant l'impression de connaître mieux la personne que quiconque. L'aide-soignante que j'ai interrogée remarque que

« c'est un peu facile de s'en prendre à des gens qui n'ont pas de défense, c'est comme des enfants, ils n'ont pas de défense ».

Les trois soignants que j'ai rencontrés ont abordé le thème de la conception de l'institution et de la personne âgée, d'autant plus si elle est démente. Dans notre société, vieillesse, vieillissement, vieux, sont des termes très connotés qui mettent l'accent sur le déclin, la défaillance, la dégradation du corps mais aussi de l'esprit. Le soignant n'est pas là pour guérir, mais pour accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne. Côté la démence et assurer les soins d'hygiène d'une personne au corps décharné est considéré comme la partie ingrate du rôle de soignant. De plus, malgré les efforts effectués en gérontologie, certains établissements restent encore considérés comme des « mouvoirs ». Cela explique qu'il existe un manque de motivation pour le travail en gériatrie, qui est vécue encore par certains soignants comme une punition ou une incapacité.

En synthèse, ma pré-enquête m'a permis d'affirmer que le non-respect de la personne âgée existe et j'ai pu comprendre que ce n'est pas une raison mais un ensemble de facteurs qui entrent en compte dans le comportement des soignants auprès des personnes âgées. J'inclurai alors dans le terme soignant les infirmiers(ières) et les aides-soignant(e)s tout au long de ce travail. Mes lectures m'ont également appris que ces actes de non-respect, même d'apparence minime, peuvent être regroupés sous le terme de maltraitance et que celle-ci concerne l'ensemble des personnes âgées vivant en institution et présentant donc une dépendance, même légère. Tous ces éléments m'ont permis d'élaborer ma question de recherche :

Quels sont les facteurs favorisant la maltraitance des personnes âgées dépendantes en institution par certains soignants ?

DE LA PROBLÉMATIQUE
À
L'HYPOTHÈSE

Suite à ma question de recherche, plusieurs interrogations se sont posées, avec quelques éléments de réponse pour chacune.

Quelles représentations les soignants ont-ils de la personne âgée vivant en institution ?

Le travail des soignants est facilité, essentiellement à cause d'un manque de personnel et donc de temps, lorsque la personne reste passive et ne perturbe pas l'organisation du travail. Elle devient alors « objet de soins ».

Il arrive que les soignants ne voient alors plus la personne âgée comme une personne. Son histoire, ce qu'elle est réellement, ce qu'elle pense est souvent oublié et on reconnaît le statut de « vieux », mais plus de personne humaine. La méconnaissance des besoins généraux des personnes âgées et l'absence de données sur la connaissance personnelle d'un sujet âgé (ressource, autonomie, histoire...) amène à des dérives souvent involontaires lors des soins, comme le fait de « faire à la place » ou d'ignorer certains besoins comme celui de communiquer.

Il est également important de prendre en compte que les soignants vivent au contact des personnes âgées et qu'il est logique que des liens complexes se tissent.

« Toute relation humaine est profondément ambivalente, et l'amour le plus pur n'est pas exempt de désir de destruction. Dans l'institution gériatrique, les relations se nouent sur fond de détérioration physique et psychique, de dépersonnalisation, de désinsertion sociale : leurs limites en sont fragilisées et leurs dérives amplifiées. »¹

Quelles sont les difficultés rencontrées par le soignant face à une personne âgée démente pouvant l'amener à avoir un comportement violent ?

Il existe effectivement des difficultés à l'accompagnement de patients déments liées à l'incompréhension et au retour agressif qui s'en suit, ceci pouvant être source de conflits. Ces personnes sont particulièrement sensibles à tout ce qui est d'ordre affectif et émotionnel, et il existe un retour énorme. Alors en tant que soignant, comment accepter la dévalorisation, les reproches, les coups, les cris et les injures, les manifestations d'agressivité et de violence ?

Le comportement du soignant peut-il être influencé par l'image que lui renvoie la personne âgée ?

Le vieillissement, sous-entendant un déclin, engendre une angoisse, car plus que tout autre moment de la vie, la vieillesse met l'individu face à ses propres limites. La perspective de mort se fait plus intensément. Il est alors important de considérer que la mort ne concerne pas que les sujets âgés, mais se pose en filigrane chaque fois qu'il est question de vieillesse. Chaque soin invite donc le soignant à répondre à ses propres angoisses de vieillesse et de mort, et le refus du vieillissement se traduit parfois dans le travail auprès des personnes âgées par la fuite ou par l'agressivité et la violence.

¹ BATTLE, Danielle. La violence en institution pour personnes âgées. *L'aide-soignante*, juillet/août 1997, n°7, p.6.

Est-ce que la maltraitance vient d'un manque de reconnaissance de la profession soignante en gériatrie ?

Notre société ne véhicule pas de la vieillesse l'image de la sagesse, mais plutôt l'idée d'une charge difficile à supporter, d'un point de vue économique et affectif. Ainsi, la vieillesse est vécue comme une exclusion, et il arrive encore que les soignants qui travaillent dans les services de gériatrie deviennent aussi les exclus des établissements hospitaliers. Rares sont ceux qui font le choix de travailler auprès des personnes âgées, et travailler en gériatrie est parfois assimilé à une mesure disciplinaire. L'image de l'exclusion est alors véhiculée sur les personnes âgées elles-mêmes. De plus, on entend souvent dire que travailler en gériatrie est peu gratifiant, car peu de soins dits « techniques » sont effectués, ou ils sont routiniers. Enfin, se pose parfois la question de l'utilité des actions mises en place. Cela m'amène à me demander si **la conception qu'a le soignant du soin et de sa profession n'est pas à l'origine de la considération négative du travail en gériatrie ?**

Comme je l'ai expliqué précédemment, prendre soin des personnes âgées relève parfois du défi. La gériatrie est un milieu spécifique dans la mesure où le soignant n'est pas là pour guérir, comme dans la plupart des services, mais pour accompagner la personne âgée dans sa vie quotidienne et dans la fin de la vie. L'aide-soignante que j'ai interrogée m'a expliqué que l'institution est un lieu de vie ; Les personnes sont comme chez elles sauf qu'elles ont besoin d'aide, le soignant est là pour la leur apporter. Il est donc important d'aborder la notion de soin dans toutes ses dimensions : le décret du 11 Février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, relève dans l'article 2 que « les soins infirmiers, préventifs, curatifs, ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité des relations avec le malade** ». Il est également précisé que ces soins respectent les droits de la personne. Le Centre Hospitalier de Blois a établi une fiche expliquant la conception des soins infirmiers comme reposant sur la personne soignée, le professionnel et le soin (cf. annexe II). Le

soignant doit donc établir son projet professionnel avec ces notions, ce qui n'est pas toujours le cas. Un projet professionnel non adapté risque alors d'amener à des situations de conflit.

En quoi la lassitude des soignants, voir le syndrome d'épuisement professionnel, peuvent-ils être des facteurs favorisant la maltraitance des personnes âgées en institution ?

Dans un premier temps, il convient de définir le syndrome d'épuisement professionnel : il se définit comme un épuisement de nos ressources physiques, émotionnelles et mentales avec perte d'intérêt et de sentiments envers les patients. Nous pouvons entendre par sentiment la perte de l'empathie que les soignants ont vis-à-vis des patients. La personne soignée n'est plus centre d'intérêt, devient une chose, une charge de travail.¹ La définition en elle-même du syndrome d'épuisement professionnel explique que les soignants peuvent devenir plus agressifs que d'ordinaire, autant envers leurs collègues, qu'envers les patients.

Enfin, après avoir essentiellement abordé les facteurs liés aux soignants, je me suis questionnée sur les facteurs liés aux personnes âgées : **Quels sont les éléments qui contribuent à rendre une personne âgée vulnérable ?**

Les résultats des centres d'appel « Allô maltraitance » de l'association ALMA (créée en 1994 par le Pr. Robert Hugonot) montrent que la majorité des maltraitances signalées concernent les femmes (74,01% contre 25,99% pour les hommes en 1998) et que la moyenne d'âge se situe autour de 77 ans.

¹ PAULIN, Marc. *Le journal de l'infirmière de neurologie et de neurochirurgie*, 2001, n°1, p.28

Certains facteurs influencent la vulnérabilité du sujet âgé : la dépendance physique, bien sûr, mais aussi la dépendance psychologique, la confusion, la sénilité, l'abandon social. Le patient dément est à haut risque de maltraitance. Cependant il est nécessaire de rappeler qu'il existe une Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (cf. annexe III), créée en 1997 par la Fondation nationale de gérontologie et le Ministère de l'emploi et de la solidarité, dont l'objectif est de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

A l'issue de cette réflexion, et à la lumière des éléments apportés, j'ai émis plusieurs hypothèses :

- La représentation négative qu'a le soignant de la personne âgée peut influencer son comportement et engendrer des attitudes violentes et maltraitantes.
- La lassitude des soignants, liée à une conception inadaptée du travail en gériatrie, entraîne un désintérêt et une agressivité pouvant amener à des comportements de maltraitance envers les personnes âgées dépendantes vivant en institution gériatrique.
- **Les conduites de maltraitance envers les personnes âgées dépendantes sont liées à une mauvaise connaissance de la personne âgée.**

J'ai décidé de travailler la dernière hypothèse car il est de notre rôle de soignant de nous former par rapport au service dans lequel nous travaillons et elle peut apporter des ébauches de solution.

CADRE THÉORIQUE

I/ Cadre juridique

I.1. Rôles et devoirs des soignants

Les rôles et les devoirs des soignants sont légiférés par différents décrets :

✦ Décret n°93-221 du 16 Février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières :

Art.2 – L’infirmier ou l’infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l’intimité du patient et de la famille.

Art.10 – Pour garantir la qualité des soins qu’il dispense et la sécurité du patient, l’infirmier ou l’infirmière a le devoir d’actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.

Art.25 – L’infirmier ou l’infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu’il peut éprouver à son égard et quels que soient l’origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

✚ Décret n°2002-164 du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier :

Art.2 – Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.

Art.3 – Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Cet article sous-entend donc l'obligation d'identifier les besoins de la personne, de poser des diagnostics infirmiers et de mettre en œuvre les actions appropriées après la formulation d'objectifs.

Enfin, l'article 14 rappelle l'obligation de formation continue du personnel infirmier.

✚ Circulaire n°96.31 du 19 Janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture :

Le rôle des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée.

L'activité de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de puériculture comporte une dimension relationnelle très importante, compte tenu notamment du temps passé auprès de la

personne soignée et de sa famille. Cette relation doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité.

I.2. Les droits des personnes âgées

Les personnes hospitalisées ou vivant en institution disposent de droits, relevant de la loi du 4 Mars 2002, ainsi que de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, s'appliquant particulièrement à la situation des sujets âgés en perte d'autonomie, dont je ne parlerai pas, celle-ci se trouvant en annexe (cf. annexe III).

✦ Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

Art. L. 1110-2 – La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Art. L. 1110-4 – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Nous verrons dans la partie suivante que le secret professionnel peut être levé selon certaines conditions mentionnées dans le nouveau Code Pénal.

I.3. La levée du secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. La divulgation d'informations concernant la personne est donc couverte par l'article 226-13 du nouveau Code Pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est

dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

En revanche, l'article 226-14 délie les observateurs du secret professionnel dans le cas de sévices ou privations : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. »

Enfin, le code pénal punit toute personne ayant connaissance de sévices, s'abstenant de les empêcher et de les signaler aux autorités judiciaires ou administratives par les articles 223-6 et 434-3.

II/ Cadre contextuel : l'institution

Je tiens à préciser dans cette partie ce que j'entends par le terme institution.

Les maisons de retraite sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées, dotées de services collectifs dont l'utilisation est obligatoire. On parle aussi des *maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes* (MAPAD), des *maisons d'accueil pour personnes âgées* (MAPA), et des *maisons d'accueil rural pour personnes âgées* (MARPA), petites structures de 15 logements environ, bien intégrées au cœur du village. Les maisons de retraite sont des structures pour personnes valides et autonomes mais accueillent aussi, dans les unités de cure médicale, des personnes en perte d'autonomie. Le nombre de places en maison de retraite oscille aujourd'hui

autour de 350 000, ce qui est certainement insuffisant compte tenu du nombre de demandes.

Les centres de long séjour, ou établissements sanitaires accueillant des personnes âgées, sont des unités hospitalières assurant l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Dans ces établissements, il y a en permanence du personnel infirmier et surtout médical. Ils relèvent le plus souvent des hôpitaux publics, mais parfois aussi d'hôpitaux privés participant au service public. Ces établissements permettent à des personnes très dépendantes, ou présentant des pathologies instables (insuffisance cardiaque, respiratoire...) d'être prises en charge.

J'ai effectué mes recherches au sein de ces deux types d'établissements, la prise en charge étant assez importante, mais il existe d'autres structures d'hébergement des personnes âgées telles que les résidences services ou les foyers logement.

III/ La personne âgée : qui est-elle ?

III.1. La conception de la vieillesse et du vieillissement à travers les siècles

Il n'existe pas vraiment d'histoire de la vieillesse, mais on constate dans les écrits que de tout temps, il a été projeté sur les sujets âgés ses angoisses ou ses aspirations les plus profondes. Dans les temps anciens, par exemple, la grande vénération vouée aux plus anciens semble se justifier par la croyance que l'avancée en âge apparaissait être une grâce divine accordée à ceux qui la méritaient. Il y a aussi eu des temps qui ignoraient l'âge comme à l'époque médiévale où ne se posait pas le problème de jeune ou de vieux mais de faible ou de fort, le faible étant facilement mis en marge de la

société. D'autres époques, comme la Renaissance, plus sensible à l'apparence, à la beauté, mettent l'accent sur l'aspect physique des plus âgés qui étaient, de ce fait, repoussés. Au XIX^e siècle, la vieillesse est perçue comme un problème de société : des institutions sont créées, et des recherches médicales sont entreprises sur la vieillesse. Celles de Charcot aboutissent à la création d'une spécialité de la médecine, la gériatrie. Jusque vers les années 1960, la plupart des personnes âgées vivent au sein de leur famille et l'institutionnalisation est rarement privilégiée. En 1962, le rapport politique de la vieillesse aboutit à des projets sur la nécessaire modernisation des hospices et une prise en considération plus humaine de la vieillesse.

C'est avec toutes ces notions historiques derrière nous que vieillesse, vieux, vieillissement, vieillir, sont des termes très connotés qui mettent l'accent sur le déclin, la défaillance. Pourtant, la définition usuelle du terme vieillir comporte bien deux versants ¹:

- un versant souvent appelé négatif : perdre des capacités avec le temps ;
- un versant positif : acquérir certaines capacités avec le temps.

Mais ce deuxième versant a aujourd'hui peu de place. La notion collective de négativité du vieillissement et de modifications déficitaires au cours de cette période de la vie, expliquerait en partie l'exclusion possible des personnes âgées.

Cependant, il existe une volonté de changement des mentalités : La loi du 30 juin 1975 prévoyait la transformation juridique des hospices soit en unités d'hospitalisation de long séjour (relevant de la loi hospitalière), soit en établissements sociaux ou médico-sociaux (relevant de la loi du 30 juin 1975). La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière a prévu l'achèvement du programme de transformation juridique des hospices en 1996. En 1997, est instaurée la Prestation Spécifique Dépendance, destinée à aider la prise en charge de la dépendance par une tierce

¹ CARON Rosa. *Comprendre la personne âgée.*

personne, et remplacée par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie en 2002. Le choix du terme « autonomie » plutôt que « dépendance » montre la volonté de faire évoluer l'idée que l'on se fait de la vieillesse.

Cette phrase anecdotique, mais toujours d'actualité, de Cicéron en 44 avant J.-C., illustre bien la difficulté des représentations à évoluer : « On entend dire encore que les vieillards sont d'humeur acariâtre, tourmentés, irascibles et grincheux et même avares, en cherchant bien. Mais ce sont là des défauts inhérents à chaque individu, pas à la vieillesse. »

III.2. Définir la personne âgée

La personne âgée est un être humain unique, qui se respecte, une personne adulte qui a un vécu, un passé. Elle a un savoir à transmettre, qui peut avoir une certaine fragilité due à la sénescence. Cependant, cette fragilité ne l'empêche pas de conserver des activités et elle ne conduit pas à l'enfance. C'est une personne qui peut être autonome ou dépendante, et qui peut garder une certaine joie de vivre. On peut être vieux sans être âgé, âgé sans être vieux, et être vieux et âgé.

Le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, M. Alvaro Gil-Robles, a organisé en octobre 2001 en coopération avec l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, Suisse, un séminaire relatif à la protection des droits de l'homme et à la situation particulière des personnes âgées placées dans des maisons de retraite ou dans des institutions. La personne âgée a été définie de cette façon :

« La personne âgée est, comme toute autre personne, titulaire de droits fondamentaux qui sont garantis par l'ordre juridique. L'âge n'est pas une

maladie et ne doit pas être un critère justifiant une quelconque limitation des droits.

La personne âgée a droit à la dignité humaine, au même titre que les autres membres de la société. Elle doit pouvoir jouir de son droit à l'autodétermination et opérer librement ses choix, compte tenu des différentes étapes du vieillissement. A cet égard, il apparaît indispensable de lui permettre de choisir librement son mode de vie. [...]

Assurer le respect des droits fondamentaux de la personne âgée ne signifie nullement la libérer des devoirs qui sont les siens envers la société. »

III.3. Le vieillissement physique

Le vieillissement peut être décrit comme les effets physiologiques du temps sur l'organisme. C'est un processus lent et progressif dont les effets peuvent être plus ou moins marqués en fonction des individus. Cependant, on peut dire qu'en général, les modifications physiques sont évidentes, surtout pour le sujet qui sent ses capacités, ses forces le quitter progressivement. Ses possibilités physiques, sa résistance, ne feront que régresser ; ce phénomène implacable contre lequel il sera impossible de lutter fera naître chez le sujet vieillissant un sentiment de mort qui se met en marche dans le corps.

III.4. Le vieillissement psychosocial

La connaissance des particularités des psychologies des personnes âgées permet une meilleure approche de leurs comportements.

■ Les difficultés d'adaptation à un nouvel environnement :

La personne âgée a généralement bien conservé en elle le savoir qu'elle a pu acquérir au cours de sa vie. Or la difficulté naît de la nouveauté. A vouloir bien faire, à vouloir trop aider, les habitudes sont perturbées, et le risque encouru peut être celui d'une désadaptation d'une situation jusqu'alors relativement stable mais fragile. Toutes ces difficultés s'exprimeront de différentes façons : aggravation des troubles du comportement, réaction dépressive, méfiance, plaintes...

Lors de l'entrée en institution, la personne âgée éprouve donc des difficultés à s'habituer à cette nouvelle vie collective, régulée par des rituels hospitaliers, restreignant toute expression de vie personnelle et de reconnaissance, ce dont tout être a besoin.

■ Image du corps et vieillissement :

Le corps subit des changements dont l'irréversibilité est caractéristique. Aussi, la survenue de rides et de cheveux blancs sont habituels, et les possibilités motrices et sensorielles sont moindres. Ces transformations sont mal vécues : baisse de la confiance en soi, vécu d'insécurité, angoisse... Lorsque la maladie survient, et que les incapacités deviennent plus importantes, cela peut entraîner un sentiment de découragement laissant place à une attitude de passivité.

III.5. Autonomie et dépendance

L'autonomie, du grec *auto* qui signifie soi-même, et de *nomos* qui désigne la loi, consiste à disposer de soi-même selon ses propres lois, et par extension ses propres

désirs. Elle souligne bien une indépendance quant à une décision et non quant à des moyens. L'autonomie serait la manière librement consentie de gérer ses dépendances.

Le terme de dépendance vient du latin *dependere*, qui signifie « être suspendu à quelque chose ». Dépendre de quelque chose ou de quelqu'un pour réaliser telle ou telle action sous-entend une relation de nécessité. On mesure fréquemment la dépendance des personnes âgées et handicapées avec des échelles qui couvrent l'ensemble des fonctions principales utilisées au quotidien. On parle de dépendance physique et de dépendance psychique. Devant les difficultés liées à la personne elle-même, sur le plan mental, et selon l'état de dépendance physique qu'elle présente, la prise en soin revient à travailler sur la compensation ou la suppléance des déficiences et sur les potentiels restants, tout en maintenant une communication. Les écarts peuvent être multiples : l'aide excessive et le maternage peuvent induire en retour chez la personne âgée un comportement d'assisté, voire une régression psychomotrice et une aggravation de la dépendance ; l'exercice de pouvoirs ou de pressions au travers de l'aide apportée peut générer des conflits ou des comportements d'agressivité ou de régression de la personne aidée, ou bien encore aboutir à des maltraitances psychologiques et/ou physiques de la part de l'aidant.

III.6. L'approche des soins aux personnes âgées en institution

Comme dans toute spécialité, les soignants doivent acquérir en plus de leur savoir commun, un savoir spécifique à leur activité, qui les rend plus efficaces et plus compétents. Cela est possible par le biais de formations.

Pour atteindre ces objectifs, le soignant doit avoir un projet professionnel, comprenant des considérations générales sur la personne âgée, et il doit également utiliser une démarche de soin qui permet de personnaliser la prise en charge.

Les soins infirmiers en g erontologie reposent sur l'approche globale de l'homme, qui prend en compte toutes les dimensions de l'être : biologique, psychologique, sociologique, émotionnelle, spirituelle, culturelle, énergétique et environnementale. Ils s'adressent à des personnes âgées bien portantes ou malades. De plus, ils prennent en compte les besoins humains fondamentaux définis par Abraham Maslow. Celui-ci propose une classification hiérarchique des besoins sous forme d'une pyramide où l'on retrouve les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime, ainsi que les besoins de se réaliser. Pour satisfaire un besoin, il faut satisfaire le besoin de l'étage inférieur (cf. annexe IV). Le recueil des données, basé sur les besoins de la personne âgée, permet d'organiser les soins spécifiques à chaque personne, qui ne peuvent donc être exécutés en série, mais de façon globale.

Les soins sont également le moyen d'établir un contact et de reconnaître la personne âgée en tant qu'être. Pour optimiser la communication, il est important de prendre en compte l'histoire de chacun : même si les personnes âgées ont un âge défini, elles n'ont en aucun cas vécu les mêmes  v nements en dehors des guerres, par exemple. Leur vécu est unique, tant au niveau de l'histoire de vie que des recueils de données des habitudes de vie de la personne.

La communication prend également en compte la valorisation de la personne : celle-ci passe par le respect, la considération. C'est l'étape qui semble le plus aller de soi pour les soignants et qui est pourtant quotidiennement bafouée. Encourager la progression par un regard ou par un geste, c'est inscrire dans son travail que l'autre n'est pas un fardeau, qu'il n'est pas subi. Le travail du soignant passe donc par une humanisation de la relation.

IV/ La Maltraitance

IV.1. Qu'est-ce que c'est ?

Le Conseil de l'Europe publie en 1992, un rapport où se trouve la définition suivante : « La violence se caractérise par tout acte ou omission portant atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté, ou compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » Il en résulte une classification internationale en six points qui s'applique aux violences se déroulant au sein de la famille. Cependant, le Pr. Robert Hugonot avec l'association ALMA en a adapté une classification en cinq points, s'appliquant également aux institutions :

- Les violences physiques sont les plus facilement identifiables mais ne représentent qu'une extrême minorité : coups, sévices corporels, mauvais traitements physiques, entrave à la liberté de mouvement, coups et blessures volontaires.
- Les violences psychologiques : violences verbales et injures, menaces, chantage, atteinte à l'intégrité de la personne ou à sa liberté, dévalorisation, abus d'autorité.
- Les violences financières : vol, détournement d'argent, d'objets de valeur ou d'autres biens.
- Les violences médicamenteuses : l'utilisation des neuroleptiques ou des hypnotiques est classique « pour assurer la tranquillité des maisons de retraite ». A l'inverse il peut y avoir privation de médicaments.

- Les négligences actives ou passives sont les plus difficilement définissables. Françoise Busby, qui travaille au sein de l'association ALMA les a distinguées de cette façon : « les premières sont accomplies par manque d'intérêt ou d'attention, tandis que les secondes, non intentionnelles, surviennent par manque de vigilance, ou oublis. Il n'est pas possible dans le cas de négligence de dire si elles sont volontaires ou non. »

Il est important de noter que les maltraitances se succèdent souvent et s'associent pour ne plus donner à voir qu'une situation confuse d'où seule la violence ressort.

IV.2. Les signes extérieurs de la violence

Les violences physiques laissent le plus souvent des traces. Nous savons tous la fragilité de la peau du vieillard : mince, parcheminée, déshydratée, elle se déchire facilement, ce qui se traduit par des ecchymoses (à distinguer des plaques du purpura de Bateman dont l'apparition est spontanée). Les vieilles dames tombent avec une fréquence telle que cela prend une allure épidémique, mais parfois elles tombent pour avoir été bousculées. Cette question doit rester une interrogation lorsque l'on constate une ecchymose faciale (œil au beurre noir) et il faut alors faire un examen complet des téguments.

Il faut aller à la recherche des stigmates de la violence : des traces de contusions (ecchymoses) réparties en plusieurs endroits du corps (y compris les parties génitales), des cicatrices d'âge variable, de types variés, griffures, piqûres, brûlures, blessures, des ecchymoses bilatérales sur les épaules, le dos et les bras témoignant d'une empoignade un peu brutale. Les circonstances réelles d'une chute doivent être toujours recherchées au-delà des propos de la victime qui ne dénoncera jamais la violence d'un proche.¹

¹ BELMIN, J. ; AMALBERTI, Francine. *Les soins aux personnes âgées*. p.382-383.

Cependant, la violence physique existe de moins en moins. La maltraitance se fait plus subtile, moins visible, souvent involontaire.

L'infirmier(ère) joue un rôle important pour le repérage précoce de ces situations. Cependant, l'observation d'une maltraitance en institution doit faire l'objet d'une grande prudence. Il ne faut pas trop compter sur la collaboration des familles qui auront peur en retour de l'exclusion de leur parent. Il ne faut pas non plus alerter les médias sans discernement. La première étape consiste à en parler avec d'autres collègues. Les problèmes sont souvent difficiles à résoudre et les solutions doivent être discutées au cas par cas et selon le contexte.

IV.3. Quelques chiffres

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent aujourd'hui environ 20% de la population française globale, et celles de plus de 75 ans approximativement 6,4%. A peu près 5,5% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en institution.¹ Selon un médecin à la DRASS des Pays-de-la-Loire, 5% à 15% des plus de 65 ans et 20% des plus de 80 ans seraient concernés par la maltraitance, tant à domicile qu'en institution. Mais ces chiffres sont difficiles à établir tant les classifications de la maltraitance se recoupent, d'autant plus que celle-ci n'est pas toujours visible et détectable. Selon les appels collectés par le réseau ALMA, les professionnels soignants sont accusés de maltraitance dans 20% des cas.

¹ MANOUKIAN, A. *Les soignants et les personnes âgées*. p.3.

ENQUÊTE

Afin d'affirmer ou d'infirmier mon hypothèse, j'ai mené mon enquête sur le thème de la connaissance des personnes âgées (cf. annexe V), tant d'un point de vue général qu'individuel. J'ai choisi d'effectuer à nouveau des entretiens, ceux-ci laissant un champ de réponse plus large. Ils se sont déroulés au sein de trois maisons de retraite différentes, ainsi que d'un service de long séjour, et j'ai pu interroger deux aides-soignantes et quatre infirmières.

Les soignants disposent tous d'un savoir commun, dispensé dans les IFSI. Cependant, ce savoir est succinct, et les soignants doivent acquérir un savoir spécifique à leur activité. Selon l'article 10 du décret du 16 Février 1993, « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. »

Mis à part l'une des aides-soignantes qui ne travaille en gériatrie que depuis un ans, toutes les personnes que j'ai interrogées y exercent leur activité depuis plus de cinq ans. Une seule n'a pas suivi de formation, et n'émet pas le désir particulier d'y participer, expliquant que cela fait quatre ans qu'elle est aide-soignante mais qu'elle travaille auprès des personnes âgées depuis quinze ans. Elle me rapporte : « quand j'étais en cours, on en a fait mais une formation, non. Vu que j'ai toujours fait de la gériatrie, j'ai fait un peu le tour déjà moi-même en travaillant, alors... » Cependant je

pense qu'il est nécessaire de réactualiser et de modifier ses pratiques car il est vite arrivé de s'ancrer dans les habitudes, risquant d'aboutir à un désintérêt.

Les infirmières que j'ai interrogées ont toutes fait plus ou moins de formations, concernant des thèmes différents : maladie d'Alzheimer, toucher-massage, fin de vie, démence, communication, stress, prise en charge de la douleur. L'une d'entre elles évoque la difficulté de participer à ces stages en raison d'un manque de personnel : « il y a des stages, l'opportunité ne se représente pas forcément et puis tout le monde ne peut pas y aller en même temps. » Parfois, en fonction des possibilités de travail, elles essaient d'en parler aux autres collègues mais cela est rarement possible du fait qu'elles ne se croisent qu'au moment des transmissions.

La formation continue du personnel soignant n'est donc pas toujours facile du fait des difficultés rencontrées afin d'y participer et du sentiment de certains soignants de ne pas en avoir besoin. Cependant, toutes celles qui y ont participé ont relevé l'utilité et les bienfaits de ces formations, notamment par rapport à la compréhension des personnes soignées. En effet, pour tous, la connaissance générale des comportements des personnes âgées permet une meilleure approche.

La connaissance des personnes âgées sur un plan général :

Toutes m'ont parlé de l'importance de l'écoute auprès des personnes âgées, afin de les comprendre, ainsi que la façon de réagir à une demande qui n'est pas forcément une demande de médicament, par exemple, mais surtout d'être reconnu et d'être compris. La notion d'identité est très importante pour la personne âgée, qui a souvent le sentiment d'être dépersonnalisée à son entrée en institution, elle devient une parmi les autres. A ce sujet, une infirmière m'a expliqué qu'en général, elles supportaient mal la collectivité, ce qui explique certains comportements qui nous apparaissent comme un repli ou parfois une agressivité envers les autres pensionnaires, d'où l'importance d'être à l'écoute et d'agir en conséquence. Apprendre à communiquer

avec les personnes âgées en ayant connaissance de leurs différents comportements est donc essentiel.

Selon l'une des infirmières, il existe un manque de formation au sein du personnel, notamment sur le thème de la démence. Dans la maison de retraite où elle travaillait avant, elle avait suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer, à laquelle tout le personnel avait participé. Elle explique que cette formation avait permis à tous de comprendre le comportement particulier des personnes malades d'Alzheimer et que cela avait amélioré leur approche dans les soins auprès de ces personnes. Contrairement à cela, il semble que dans l'établissement où elle travaille actuellement, il existe un manque de compréhension : « moi, où j'étais là-bas, avec la formation qu'on avait eu, elles comprenaient bien, elles savaient répondre. Comme quand la personne peut nous envoyer promener, il faut comprendre qu'elle ne le veut pas, c'est sa maladie qui fait ça. Et ici ce n'est pas toujours compris, elles leur renvoient la même chose, et ça, c'est de l'agressivité. Ça fait monter la pression et c'est de pire en pire. » Ces propos illustrent bien les conséquences d'une mauvaise compréhension, en l'absence de formation complémentaire, aboutissant à une violence le plus souvent verbale, mais aussi parfois physique. Une autre infirmière relate en d'autres termes que « si on ne comprend pas la personne âgée, ça se ressent au niveau du travail. » Elle me donne alors l'exemple de l'une de ses collègues qui faisait des gestes un peu brusques et que certaines chutes de personnes âgées se sont expliquées. Pour elle, une formation sur le toucher-massage lui a permis de se remettre en question dans sa pratique, « il y a des petits moments où, sans brutaliser les gens, on a des fois un geste un peu plus brusque que d'autres. » De plus, elle a pu constater que selon la façon de toucher, le soignant pouvait apporter un bien-être, notamment auprès de personnes en fin de vie. Cependant, elle me fait part de son insatisfaction dans son travail, du fait qu'elle est souvent la seule infirmière pour 120 résidents, et que lorsqu'une personne est fatiguée ou en fin de vie à l'autre extrémité du bâtiment, elle ne peut pas passer autant de temps

que ce qu'elle souhaiterait et qui lui semble nécessaire. Tous ont abordé ce problème, lié à un manque de personnel et à l'augmentation de la charge de travail par l'ouverture de nouveaux lits et l'arrivée de personnes de plus en plus dépendantes. Cependant, je ne reviendrai pas sur ce point, traité dans ma pré-enquête.

La connaissance individuelle de la personne âgée :

La connaissance individuelle de la personne âgée passe par les différents outils proposés dans le dossier de soins ou au sein des services. Leur mise en place pose souvent des difficultés, du fait de leur nouveauté car il faut changer les habitudes, mais bien amenés, ils peuvent apporter beaucoup. Ils doivent aussi être adaptés à l'activité du service, ce qui n'est pas toujours le cas car le dossier de soins reste parfois constitué de la même façon, que ce soit en médecine, en chirurgie, ou en gériatrie.

Les outils mis en place sont assez variés d'un service à l'autre. Le plus courant reste le dossier de soins en lui-même, dans lequel on note simplement les transmissions quant aux soins effectués à la personne et les éventuels changements. La plupart du temps, un recueil de données est effectué à l'entrée de la personne, l'une des aides-soignantes n'en avait d'ailleurs pas connaissance alors que l'infirmière travaillant dans le même service m'en avait parlé. Il est pratiqué soit lors de la pré-admission, soit dans la semaine suivant l'entrée de la personne âgée dans l'institution. Celui-ci consiste à recueillir des informations sur les habitudes de vie de la personne avant son entrée et son degré d'autonomie. Malgré tout, cela nécessite de prendre du temps et selon l'une des infirmières interrogées « quand on est en nombre, c'est très bien, mais quand on est tout seul et qu'on a trois entrées, la caisse de pharmacie à vider...sinon ça peut être bien mais il faudrait quelqu'un spécial pour faire ça. » Cela nécessite également le temps de pouvoir les lire mais lorsque l'infirmière se trouve seule pour 80 résidents, ce n'est pas toujours possible pour elle, ce qui se révèle donc

inutile. La connaissance de la personne est donc insuffisante, ce qui peut entraîner des dérives lors des soins, notamment un non-respect de l'autonomie de la personne, et une dépersonnalisation.

Le dossier de soins est maintenant enrichi des transmissions ciblées dans la plupart des services, avec un diagramme d'activités sur lequel le soignant coche d'une croix ou de ses initiales les soins effectués. La même infirmière proteste, non pas qu'elle soit contre la nouveauté, mais cela ne lui semble pas adapté au service de long séjour, du fait que « cocher tous les jours la même chose, ça ne rime à rien . » En effet, dans l'ensemble, les personnes sont là depuis plusieurs années, et il y a peu de changement. De plus, les aides-soignantes viennent toutes en même temps cocher les toilettes lorsqu'elles ont fini, ce qui provoque une certaine attente puisqu'il y a un classeur pour vingt pensionnaires. Il semblerait qu'il existe un problème de fonctionnement, qui nécessiterait une nouvelle organisation, comme par exemple, cocher les soins au fur et à mesure.

L'une des maisons de retraite dans laquelle je suis allée a mis en place un groupe de travail face aux problèmes engendrés par ces diagrammes. Ceux-ci étant trop grands et non adaptés à leur dossier de soins, ils cherchent à le modifier pour en améliorer l'utilisation. De plus, ils proposent un pictodiagramme, déjà en place et en cours de modification. Il s'agit d'une échelle d'évaluation de l'autonomie sur laquelle des dessins représentent les capacités de la personne : si elle peut faire sa toilette seule, si elle a besoin d'aide pour s'habiller, se déplacer... Pour elle, cela permet une meilleure prise en charge de la personne soignée, puisqu'en connaissant ses ressources (de plus la lecture en est simplifiée), on peut lui laisser un maximum d'autonomie, alors qu'une aide excessive et systématique peut induire une aggravation de la dépendance, une brutalisation de la personne. Cela intervient donc dans le respect de la personne âgée. L'infirmière travaillant dans ce service a également abordé la mise en place d'un projet de vie qui prend en compte les habitudes, le rythme de vie dans le

respect de la personne soignée. Selon elle, il serait important de « pouvoir se poser et que chacun amène ce qu'il a entendu. »

Cela me permet de parler d'un autre outil, mis en place récemment dans une autre maison de retraite : les réunions de synthèse. Celles-ci ont lieu tous les jours, au moment des transmissions, au sujet d'une personne et avec toute l'équipe soignante. Elles permettent un partage des informations et il semble que l'on y apprenne beaucoup de choses, de la part de tous. Toutes les données recueillies sur les ressources de la personne, son cadre de vie avant son entrée en institution, le contexte familial et le vécu de la personne permettent une prise en charge globale et personnalisée. Selon l'infirmière qui travaille dans cet établissement, « il y a tout un vécu autour de la personne, et c'est ça qu'il faut comprendre ; si la personne est comme ça, c'est à cause de tout le vécu qu'elle a derrière elle. » Cependant il y a beaucoup de soignants qui ne s'en intéressent pas, et qui voient la personne telle qu'elle est sur le moment, ce qui risque d'entraîner des remarques déplacées, ou de passer à côté des désirs de la personne.

Enfin, la connaissance de la personne âgée se fait sur le long terme, et tous ses outils nécessitent donc une mise à jour régulière afin que tous les soignants d'une même équipe soient en possession des mêmes données, ce qui est rarement le cas. Il faut également laisser un temps de mise en place pour les nouveautés, qui nécessitent souvent une nouvelle organisation, et qui ne sont pas toujours bien acceptées.

Je souhaite également aborder brièvement le fait que plusieurs des soignants que j'ai interrogés m'ont parlé de leur sentiment de délaissement de la gériatrie. L'une d'entre elles s'exprime sur le fait qu'à la suite d'un changement de poste, elle a mal vécu d'apercevoir chaque jour l'hôpital de l'autre côté de la route, avec le grillage

pour séparation. D'autres expliquent ce « délaissement » de la gériatrie par la peur du vieillissement, de la mort de chacun de nous, raison pour laquelle on ne veut pas voir les personnes âgées. Cela confirme l'une des réponses données dans la problématique.

Retour à l'hypothèse :

Les conduites de maltraitance envers les personnes âgées dépendantes sont liées à une mauvaise connaissance de la personne âgée. Suite à l'analyse de l'enquête, je pense avoir confirmé mon hypothèse, en précisant que ce n'est pas l'unique raison, et que le manque de connaissance de la personne âgée ne fait qu'influencer le comportement des soignants. Comme je l'ai déjà expliqué lors de l'analyse de la pré-enquête et de la problématique, il existe de nombreux facteurs favorisant la maltraitance, qui ont de nouveau été exprimés lors de mon enquête. Cependant, le manque de personnel, la charge de travail, les locaux...sont des éléments difficilement modifiables tandis que le soignant peut intervenir sur ses propres connaissances et ses propres attitudes, à condition qu'il en reconnaisse la nécessité.

CONCLUSION

Ce travail de recherche a pour moi été très enrichissant, aussi bien d'un point de vue personnel que professionnel. Il a été l'occasion d'approfondir mes connaissances quant à la prise en soin des personnes âgées vivant en institution, et de rencontrer des professionnels, malgré les difficultés qui se sont posées, qui m'ont apporté beaucoup par leurs témoignages, quant à leur passion parfois pour leur travail, et leurs difficultés au quotidien.

Ce travail m'a également permis de me remettre en question sur ma propre attitude auprès des personnes soignées et d'être plus attentive à leur respect. J'ai aussi compris la nécessité de se perfectionner quel que soit le secteur de soins car tout n'est pas acquis, et l'on rentre parfois dans des habitudes, qu'une réflexion peut modifier tout en améliorant les soins.

Enfin, je pense que pour compléter ce travail, il serait intéressant de traiter le thème de la communication et de la relation soignant/soigné de façon plus approfondie car cette réflexion sur la maltraitance ne doit pas faire oublier les formidables échanges qui existent quotidiennement dans les institutions gérontologiques, lieux de soins mais aussi de vie au-delà de la souffrance, de la maladie et de la mort à apprivoiser.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

AUDARD, Catherine. *Le respect*. Paris : Autrement, Mars 2002. 216 p. Collection Morales.

BELMIN J. ; AMALBERTI F. *Les soins aux personnes âgées*. Paris : Masson, 1997. 390 p.

CARON Rosa. *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin éditeur, 2000. 175 p.

CHABERT Joëlle ; ENNUYER Bernard ; GRUNWALD Daniel ; GUCHER Catherine ; HAENNEL Pierre ; JOËL Marie-Eve. *Vivre au grand âge : angoisses et ambivalences de la dépendance*. Paris : Autrement, Novembre 2001. 191 p. Collection Essais.

MANOUKIAN Alexandre. *Les soignants et les personnes âgées*. Toulouse : Editions Lamarre, 2001. 150 p. Collection Pratiquer.

MASSEBEUF A. ; MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant soigné*. Toulouse : Editions Lamarre, 1995. 157 p. Collection Pratiquer.

REVUES :

BATTLE, Danielle. La violence en institution pour personnes âgées. *L'aide-soignante*, juillet/août 1997, n°7, p.6.

DEKUSSCHE, Céline. Maltraitance et personnes âgées. *L'infirmière magazine*, Novembre 1998, n°132, p.V-X.

HAKKI ONEN S. Maltraitance en institution, quels facteurs de risque?Quelles solutions ? *Gériatries*, Janvier/Février 2001, n°23, p. 21-22.

LE NOUVEL, Bernadette. Institution Gérontologique, plaidoyer pour la prévention de la violence. *Gériatries*, Janvier/Février 2001, n°23, p.19-20.

MAURANGE, Aline. Fiche gestion du stress n°2, facteurs organisationnels et environnementaux. *Soins*, Septembre 2002, n°665, p.53-54.

LOUDIN Véronique ; SOUDANI Martine ; DUROUX Martine. Le dossier du mois. *L'aide-soignante*, Mars 1998, n°3.

PAULIN, Marc. Fatalité sournoise ou chance pour renaître : l'épuisement professionnel. *Le journal de l'infirmière de neurologie et de neurochirurgie*, 2001, n°1, p.27-31.

MEMOIRES :

POTTIER, Isabelle. *Personnes âgées/soignants : une dignité partagée*. 2001

TAILLEPIED, Sandrine. *La pudeur chez la personne âgée en institution*.2001

INTERNET :

Conclusions de M. Alvaro Gil-Robles, commissaire aux droits de l'homme, sur le séminaire relatif à la protection des droits de l'homme et à la situation particulière des personnes âgées placées dans des maisons de retraite ou dans des institutions.

Disponible sur Internet : [www.commissioner.coe.int/docs/CommDH\(2001\)12_F.doc](http://www.commissioner.coe.int/docs/CommDH(2001)12_F.doc)

Legifrance.gouv.fr

ANNEXES

ANNEXE I

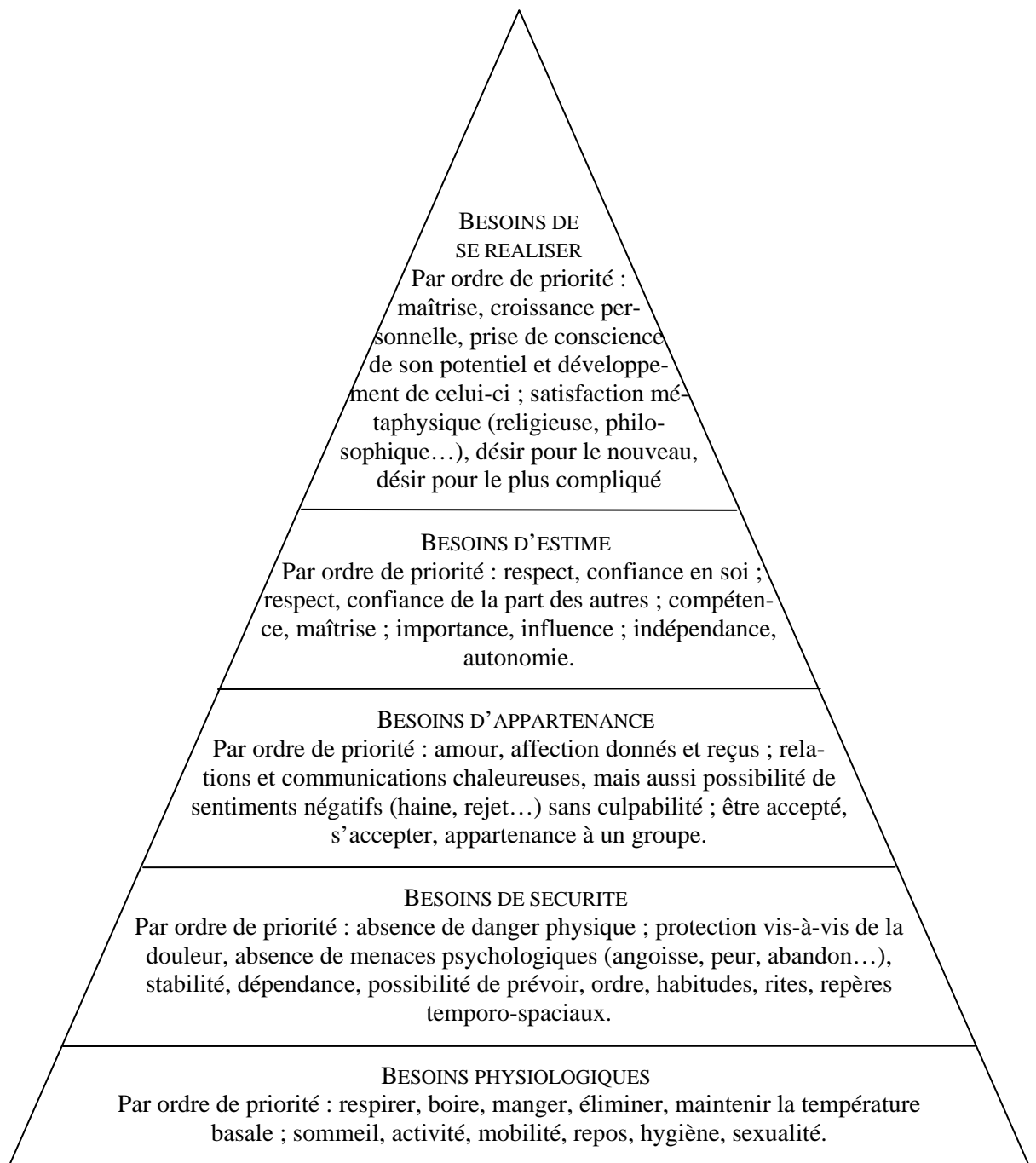
Questionnaire de pré-enquête

- 1) Qu'évoquent pour vous les notions de respect, de dignité ?
- 2) Croyez-vous qu'il existe un non respect des personnes âgées par certains soignants ?
- 3) Quelles sont, selon vous, les formes de ce manque de respect ?
- 4) Qu'est-ce qui pourrait amener certains soignants à ne pas respecter les personnes âgées ?
- 5) Pensez-vous qu'une personne démente soit considérée de façon différente par rapport à une personne cohérente ?

ANNEXE II

ANNEXE III

ANNEXE IV



Hiérarchie des besoins selon A. MASLOW, représentation pyramidale

ANNEXE V

Questionnaire d'enquête

1) Depuis combien de temps êtes-vous soignants (infirmière ou aide-soignante) ? Et depuis combien de temps travaillez-vous en gériatrie ?

2) Avez-vous déjà suivi une formation ou assisté à des informations sur la personne âgée ? Concernant quel thème ?

Si non : souhaitez-vous en faire une ? Pour quelle raison ?

Si oui : pourquoi ce choix et qu'est-ce que cela vous a apporté ?

3) Utilisez-vous des outils vous permettant de mieux connaître la personne âgée (ses ressources, ses besoins, son histoire) ? Lesquels ?

4) Selon vous, quelles seraient les conséquences d'une mauvaise connaissance de la personne âgée ?

Auteur : Dupré A.
Titre : Maltraitance
Diplôme d'Etat Infirmier, 2003
Mots-clés : maltraitance, personne âgée, institution, connaissance, formation
Résumé : La maltraitance des personnes âgées de la part des soignants en institution est fréquente. Elle a pour origine de nombreux facteurs dont un m'a paru essentiel dans le rôle du soignant. Selon moi, les conduites de maltraitance envers les personnes âgées dépendantes sont liées à une mauvaise connaissance de la personne âgée. En effet, les soignants doivent se spécialiser quant à leur secteur d'activité, ce qui ne semble pas toujours le cas, et qui est lourd de conséquences.