

Protocole d'évaluation clinique (CAP) Maltraitance

Novembre 2008

I PROBLEME

Le CAP « maltraitance » a pour objectif d'identifier les personnes qui se trouvent dans des situations de maltraitance ou de négligence ; il vise également à faciliter la prise de décision d'intervention.

La maltraitance des personnes âgées, y compris la question de la négligence, est un problème de société et de santé publique majeur, qui se manifeste dans tous les pays.

Dans certains pays et certaines régions, il est obligatoire de signaler de tels cas à un organisme désigné.

Définition

La définition de « maltraitance des personnes âgées » proposée par *Action on Elder Abuse* est la suivante : « On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée ». Cette définition est citée par l'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé de 2002.

Les mauvais traitements infligés peuvent consister en une action (violence) ou en une omission (négligence). Il peut s'agir d'un acte intentionnel (une tentative consciente d'infliger de la douleur) ou d'un acte non intentionnel attribué à l'ignorance, à une infirmité, à une dépression, au « burn-out » ou au manque d'attention de la part d'un soignant.

On distingue quatre principaux types de maltraitance :

- la maltraitance physique consistant à infliger des douleurs ou des blessures physiques, y compris les attentats à la pudeur.
- la maltraitance psychologique consistant à provoquer des angoisses mentales, y compris l'humiliation et l'intimidation.
- la négligence : refus ou omission de remplir les obligations en matière de prestation de soins, y compris le refus de donner de la nourriture, prodiguer les services en matière de santé ou l'abandon d'une personne âgée.
- la maltraitance financière : exploitation ou utilisation illégale de fonds ou de biens

Quatre grands groupes de facteurs de risque ont été identifiés :

- des facteurs de risque *liés à la victime* : dépendance physique ou psychologique, incontinence, troubles du caractère, agressivité,...
- des facteurs de risque *liés à l'auteur* : fragilité psychologique, dépendance à l'alcool ou aux drogues, problèmes sociaux ou financiers, personnel soignant trop peu formé, surchargé ou épuisé,...
- des facteurs de risque *liés à l'ensemble* « victime-auteur » : cohabitation dans un espace réduit, interdépendance financière, antécédents de violence intra-familiale,...
- des facteurs de risque *liés à l'environnement* : locaux inadaptés, personnel surchargé ou insuffisamment formé,...

Données

Les données issues d'études épidémiologiques montrent l'importance du problème dans de nombreux pays développés (Cooper 2008).

- Ainsi, les études menées *dans la population générale* montrent que plus de 6% de la population générale des personnes âgées rapporte une maltraitance durant le dernier mois. De plus, 5% des couples de personnes âgées rapportent que leur relation a été physiquement violente durant la dernière année. Ces taux sont probablement sous-estimés, certaines personnes étant réticentes à en parler.
- Les études menées *auprès de personnes âgées dépendantes* montrent qu'environ 25% de celles-ci rapportent un degré significatif de maltraitance psychologique et 1% rapportent une situation de maltraitance physique. 18% des personnes âgées qui se sont présentées à un service d'urgence ont été identifiées comme victimes de négligence. Des études utilisant des échelles non validées ont rapporté des taux de maltraitance financière de 6 à 18%.
- Les études menées *auprès de soignants* montrent qu'environ 16% du personnel de soins de longue durée rapportent avoir été auteur de maltraitance psychologique dans la seule étude utilisant un outil valide et fiable. Dans une étude auprès d'une population représentative bien définie et des méthodes de collecte de données standardisées, environ 10% du personnel a reconnu des faits de maltraitance physique et 40% des faits de maltraitance psychologique durant la dernière année. Plus de 80% du personnel de nursing home ont observé des situations de maltraitance, mais les taux rapportés au home management étaient faibles (2%).

Études utilisant le MDS-HC

Environ 5% à 10% des personnes enregistrées auprès de services de soins ont été dépistées positivement pour des situations de maltraitance.

En Belgique, des données de 2006 issues de l'association d'aide téléphonique CAPAM montrent que le nombre d'appels pour signaler une situation de maltraitance est en augmentation. XXX appels en 2006. La majorité des victimes qui téléphonent sont des femmes (74%). Une dépendance physique ou psychologique de la personne est présente dans la moitié des cas. Ce sont des membres de la famille qui appellent le plus souvent (31% des cas), suivis de la personne elle-même (27%), de professionnels (25%) ou de l'entourage d'amis ou de voisins (12%). L'auteur est le plus souvent un membre de la famille (55% des cas) et le plus souvent un enfant de la victime. La grande majorité des situations prises en charge par l'association se produit au domicile de la victime (78% des cas), sinon en institution (22%). Les maltraitements financiers et psychologiques sont, chaque année, les plus fréquentes. Ensemble, elles représentent plus de la moitié des situations dénoncées, respectivement 27,5% et 24,5%. Dans 81% des situations, l'auteur présumé n'est pas désigné. La victime reste également anonyme dans 49% des cas.

Sous-estimation du problème

D'après Nicolas Berg, directeur du Capam¹, *les personnes âgées maltraitées gardent le plus souvent le silence pour diverses raisons (Berg médecine gériatrique 2002) :*

¹ Centre D'Aide aux Personnes Agées Maltraitées

- *La crainte*

Les personnes âgées craignent relativement consciemment les conséquences négatives si elles révèlent la situation abusive. Elles craignent entre autres : de subir des représailles ; d'être abandonnées ; d'être mises en institution alors qu'elles préféreraient rester à domicile ; si elles sont en institution, elles craignent éventuellement d'y perdre leur place ; de causer un scandale ; d'être à l'origine d'un conflit familial ; de perdre des relations significatives.

- *Leur perception de la situation*

A un niveau plus inconscient, les personnes âgées ne se rendent pas toujours compte de la gravité de la situation qu'elles vivent. Elles excusent ou justifient les comportements abusifs (surtout s'il s'agit de leurs enfants), elles ignorent les possibilités d'aide et de recours disponibles au sein de la société. Les personnes nécessitant des soins se sentent coupables de leur état de dépendance et des soins qu'elles requièrent. Dans certains cas, les personnes âgées éprouvent une diminution de la confiance en elles causée par la situation qu'elles vivent ; elles se sentent impuissantes. Dans d'autres cas, elles croient pouvoir régler seules les problèmes qu'elles rencontrent. Parfois, les personnes maltraitées se taisent parce qu'elles croient n'avoir que ce qu'elles méritent.

- *L'attitude du milieu*

Les mêmes problèmes de craintes et de perceptions erronées se retrouvent dans l'attitude du milieu. L'entourage peut nier le problème ou son importance. Il y a souvent une minimisation de l'incident à l'origine de la plainte. La famille ou l'entourage de la personne âgée craint également l'apparition de conflit ou de représailles. Parfois il y a même culpabilisation de la victime. L'entourage peut également méconnaître les ressources d'aide.

Dans le cadre du personnel soignant, celui-ci se croit parfois obligé à la confidentialité au-delà des prescriptions légales et déontologiques.

Il est important de réagir à un abus évident. La personne qui est victime d'un abus peut être en danger imminent de subir des blessures ou de présenter d'autres problèmes de santé. En plus, les abus affectent d'autres aspects de la vie, y compris le bien-être psychologique, la participation à la vie sociale et communautaire. Une préoccupation courante, même après l'arrêt des abus, est le risque de voir se développer un état de stress post-traumatique, qui peut inclure de sérieux symptômes psychiatriques tels qu'une dépression sévère et le risque de suicide.

D'après des études, on estime qu'environ un tiers des personnes ciblées (à risque) par ce GAD n'en feront plus partie 90 jours plus tard. Cependant, un risque persiste que la personne présente, au cours de la vie, une dépression, de l'anxiété et qu'elle ait des problèmes d'ordre social, si les conséquences psychologiques de l'abus ne sont pas prises en charge de manière efficace.

PRINCIPAUX OBJECTIFS DE SOINS

- Evaluer la capacité de la personne à prendre des décisions au sujet de son état de bien-être et de comprendre les conséquences de ses décisions.
- Déterminer le niveau de risque de la personne.
- Déterminer le besoin d'aide immédiat, tel que services sociaux, soins médicaux, avis de la justice pour une mise sous protection.
- Contrôler les conséquences au niveau de l'état mental de la personne à la suite d'abus.

II DECLENCHEMENT DU GAD MALTRAITANCE

Ce GAD identifie des personnes de tout âge qui sont dans une situation de négligence ou d'abus, ou qui présentent un risque significatif de les subir. L'objectif à court terme est de décider si la situation nécessite une action immédiate, alors que l'objectif à moyen terme ou long terme est de gérer les conséquences psychosociales qui font suite à une histoire d'abus.

Groupe de personnes à risque très élevé (Code 2). *Ce groupe inclut les personnes qui présentent les deux critères suivants :*

- **Un ou plusieurs** des indicateurs d'abus cités ci dessous ont été présents :
 - Crainte d'un membre de la famille, d'un soignant ou d'une connaissance
 - Manque d'hygiène inhabituel, apparence négligée ou désordre vestimentaire
 - Négligence, abus ou maltraitance
- **Deux ou plusieurs** des facteurs de stress suivants sont présents :
 - Dépression : score de 3 ou plus au niveau de « l'échelle de dépression » (DRS)
 - Déficit nutritionnel, récente perte substantielle de poids, malnutrition, prise d'un repas une seule fois par jour ou moins, absorption insuffisante de liquides, ou indice de masse corporel inférieur à 19, diminution de la quantité de nourriture ingérée.
 - Colère ou conflit avec la famille ou des amis
 - Etat de santé non compatible avec le traitement médicamenteux, instabilité médicale ou mauvais état de santé
 - Cadre résidentiel jugé comme incapable de rencontrer les besoins et nécessitant un déménagement de la personne
 - Soignant en détresse, en colère ou déprimé
 - Isolement social : manque d'activité, réduction des interactions sociales ou expression de solitude.

Environ 2 % à 6 % des personnes (de tout âge) qui reçoivent des soins à domicile et moins de 1 % des personnes qui vivent de façon indépendante au sein de la communauté sont classées dans ce groupe.

Groupe de personnes à risque modéré (Code 1). *Ce groupe inclut les personnes qui ne présentent que le premier des deux critères cités ci-dessus ; ils présentent un ou plusieurs des indicateurs directs d'abus et n'ont pas deux ou plusieurs des facteurs de stress.*

Environ 1 % à 6 % des personnes bénéficiant de soins à domicile et moins de 1 % des personnes âgées qui vivent seules sont classés dans ce groupe.

Personnes non à risques (Code 0). *Ce groupe inclut toutes les autres personnes.*

Les facteurs de stress chez les personnes qui font partie du groupe ayant « le niveau de risque très élevé » sont très fréquents. Plusieurs sont associés à des GAD déterminés qui devraient être considérés.

- Environ deux-tiers des personnes ciblées ont des problèmes de santé, y compris au niveau des AVQ et des troubles cognitifs.
- La moitié développe des problèmes tels que l'isolement social, la dépression, l'anxiété, la perte de plaisir, la colère ou un conflit avec la famille.

- Environ 30 % ont un mauvais état nutritionnel, sont identifiées comme devant déménager, ou ont un soignant habituel en détresse, en colère ou en dépression.

III RECOMMANDATIONS POUR LE CAP MALTRAITANCE

Recommandations générales :

- Lorsqu'il semble que la personne soit maltraitée, il convient d'analyser le mieux possible l'ensemble du système dans lequel elle vit plutôt que de raisonner en termes de « vilain tortionnaire » et « malheureuse victime » (N. Berg 2002). Il convient également d'être bien conscient que chaque situation de maltraitance est particulière et qu'elle intervient dans un contexte de relations interindividuelles souvent complexes.
- L'écoute, l'aide et l'accompagnement de la personne âgée en situation de maltraitance nécessitent des qualités d'écoute, d'empathie, de respect.
- L'analyse de la situation et la prise en charge se feront si possible en équipe pluridisciplinaire. Le danger est que chacun se repose sur d'autres pour résoudre le cas et ne s'implique pas assez personnellement. Il est en effet fréquent de rencontrer des personnes âgées abusées qui semblent entourées de plusieurs « aides » professionnelles ou non. Chacun des aidants est au courant de la violence infligée à la victime mais chacun estime qu'un autre résoudra la situation plus facilement. Donc le travail en équipe pluridisciplinaire (avec éventuellement plusieurs services) ne peut pas impliquer une dilution des responsabilités.
L'organisation d'une concertation entre intervenants est indispensable et permettra de rassembler les informations connues ou observées chaque membre de l'équipe.
- L'intervenant qui se trouve seul face à une situation de suspicion de maltraitance ne doit pas rester seul. S'il ne se sent « pas à l'aise » face à la situation il doit faire appel aux personnes de son entourage professionnel adéquates ou demander de l'aide à des experts.
- Ce n'est que dans des cas extrêmes qu'il faudra avoir recours à des plaintes déposées en Justice.

Pour déterminer si un comportement est abusif, négligeant ou exploiteur, il faut :

- Éviter de porter un jugement hâtif sur la situation, sur la victime, sur l'agresseur, sur l'entourage.
- Examiner les « faits » : prendre en compte la fréquence, la durée, la sévérité et les conséquences probables des observations qui ont été évaluées.
- Rechercher des facteurs de risque, envisager l'ensemble des circonstances objectives qui entourent le comportement, déterminer le degré de vulnérabilité de la personne.
- Considérer le point de vue de la personne par rapport à la situation : considère-t-elle cette situation comme un abus ? Existe-il des facteurs culturels qui font que le comportement est toléré ou que la personne est moins disposée à un changement ?

À éviter :

- Eluder la prise en charge sous des prétextes de secret professionnel ou en espérant que d'autres s'en occuperont.
- Juger les « abuseurs » et les « abusés ».

Directives :

Code 1

Pour les personnes qui font partie du groupe « à risque modéré », vous devez explorer tout risque d'abus ou de négligence. Même s'il existe une suspicion d'abus ou de négligence, cela peut ne pas se vérifier. Il existe de nombreuses situations dans lesquelles un indicateur initial d'abus est expliqué par d'autres raisons. Par exemple, le soignant (ou une autre personne) peut être faussement accusé d'abus parce que la personne a des problèmes de santé mentale. Parfois, une personne ayant des troubles cognitifs peut ne pas se rappeler la cause accidentelle d'une ecchymose. Pour évaluer un abus potentiel sans éléments corroborants, il faut garder à l'esprit toute explication alternative. Cependant, l'évaluation de la situation devrait être aussi complète que possible pour s'assurer que des situations d'abus réelles n'ont pas été écartées par inadvertance.

Code 2

Pour les personnes qui font partie du groupe à « niveau de risque très élevé », il existe une forte probabilité d'abus avec répercussions sur la santé physique ou mentale. La situation doit être analysée pour permettre de comprendre et confirmer la situation. → 4 étapes d'évaluation globale de la situation

Si la situation de maltraitance est déjà connue et confirmée, il faut s'assurer que toutes les mesures de prise en charge soient prises. → plan d'intervention

Évaluation globale de la situation : 4 étapes

Les étapes recommandées sont au nombre de quatre (+ deux éventuelles)

1) entretien avec la personne

La confirmation par la personne des mauvais traitements est un élément important pour décider de la nature des actions ultérieures. Il faut envisager l'ensemble des circonstances objectives qui entourent le comportement et le point de vue de la personne par rapport à la situation.

- Rencontrer la personne seule (pas en présence du prétendu ou possible auteur des mauvais traitements), bien qu'il ne soit pas toujours possible de le faire en premier lieu. Interroger la personne de façon rassurante.
- S'informer auprès de la personne au sujet de faits de violence physique, de contraintes ou de négligence qui se seraient passés.
- Demander des détails précis au sujet de la nature, de la fréquence et de la sévérité des faits.
- Interroger la personne au sujet d'éventuels antécédents de violence familiale.
- Interroger la personne au sujet d'éventuels vols ou d'une gestion malhonnête de son argent et de ses biens.
- Évaluer le point de vue de la personne sur la situation : considère-t-elle cette situation comme un abus ? Est-elle favorable à une intervention ? Existe-il des facteurs culturels qui font que le comportement est toléré ou que la personne est moins disposée à un changement ?

Si la personne est atteinte d'un trouble mental ou se trouve en situation de péril grave, il y a obligation pour tous de lui porter assistance car elle est en danger. Dans ce cas, le secret médical ne peut pas être une excuse pour passer sous silence des situations inacceptables.

Lorsque la personne nie un mauvais traitement, vous devez prendre une décision par rapport à sa fiabilité. Demandez à la personne de décrire ses sentiments par rapport à l'événement « abusif ». La personne a-t-elle décrit l'événement comme induisant un sentiment intense de peur ou d'horreur ? Quelle est la réponse de la personne à d'autres événements graves de sa vie ? Lorsqu'une personne nie une maltraitance, vous devez prendre une décision au sujet de sa crédibilité.

Il peut être difficile d'évaluer l'existence d'un abus d'ordre financier en l'absence d'informations détaillées sur les ressources financières, les motifs des dépenses, la culture et les normes familiales. Bien que la nécessité de faire des transactions financières (par exemple, pour les soins de santé, la prescription de médicaments, le chauffage, la nourriture) peuvent amener à des abus financiers, toutes les transactions économiques ne sont pas liées à un abus et toutes les personnes qui sont victimes d'abus d'ordre financier ne sont pas obligées de faire des transactions financières.

2) Recherche de facteurs de risque

De nombreuses études ont déjà été menées au sujet de la maltraitance des personnes âgées, dans différents pays développés. Ces études ont permis de définir des facteurs de risque « basés sur des preuves » (« evidence-based » dans le langage anglo-saxon).

Ces facteurs de risque doivent être recherchés :

- Une situation d'isolement social (la personne vit-elle seule ?), le fait d'avoir un « pauvre réseau social »
- une situation de co-habitation entre la personne âgée et l'agresseur
- un diagnostic de démence chez la personne âgée
- l'existence d'une dépendance financière
- certaines caractéristiques de l'abuseur : des problèmes de comportements, des antécédents psychiatriques, l'usage d'alcool ou de drogues

D'autres études utilisant l'outil MDS/RAI ont identifié des « prédicteurs » de maltraitance chez la personne âgée. Ceux-ci peuvent être recherchés dans le formulaire d'évaluation :

- Une résistance aux soins
- La consommation excessive d'alcool
- Le fait d' « avoir des problèmes de mémoire à court terme »
- la présence d'un ulcère de pression (qui peut résulter de négligence)

3) observation et examen clinique

- **Observation du comportement de la personne**

Certains signes évocateurs d'une situation de maltraitance doivent être recherchés, tels que le repli sur soi de la personne ou son infantilisation par le soignant/l'aidant.

- **Apparence générale de la personne**

Hygiène, propreté et tenue vestimentaire inappropriée.

- **Examen clinique :**

Dans le cas d'une suspicion d'une situation de maltraitance physique un examen clinique orienté doit être réalisé. Les éléments suivants seront recherchés :

- la présence d'hématomes, de lésions cutanées, d'alopécie traumatique et de douleurs sans origine identifiée.
- tout signe de contrainte physique, tel que la présence de lésions au niveau des poignets ou des chevilles.

4) entretiens avec d'autres personnes

a) avec l'abuseur/la personne suspecte

Si c'est approprié, un entretien avec la personne que l'on pense être auteur d'abus peut aider à élaborer une stratégie d'intervention efficace. Il faut expliquer à cette personne que le processus d'interview comprend des entretiens séparés avec les proches, les soignants et la personne âgée.

Lors de cet entretien, il faut évaluer la bonne volonté, la santé, l'état mental et émotionnel et les compétences de la personne.

Lorsque c'est possible, cette tâche devrait être confiée à des professionnels avec une expérience appropriée.

- Éviter tout jugement hâtif sur la situation.
- Dialoguer avec la personne suspecte seule.
- Dans une première phase de recueil d'informations, éviter la confrontation avec la personne âgée.
- Investiguer la présence d'un burn-out éventuel de la part de la personne, lui demander si elle « se sent dépassée » par la situation (les soins apportés à la personne âgée, par exemple), s'enquérir de son bien-être passé et actuel.
- La présence de certains « facteurs de risque liés à l'abuseur » doit être explorée, lorsque c'est possible : des antécédents psychiatriques, une dépression, un abus d'alcool ou de drogues, des problèmes de comportements, une dépendance financière.
- Interroger d'autres sources au sujet de cette personne suspecte et au sujet de la situation, lorsque c'est possible.

b) avec d'autres personnes

Il est conseillé d'obtenir des informations auprès de services de santé ou sociaux professionnels, de proches et des services qui fournissent les soins pour confirmer la situation de maltraitance.

5) Utilisation d'outils de dépistage spécifiques

De nombreux outils de dépistage de la maltraitance des personnes âgées existent. La plupart sont en anglais et n'ont jamais été validés en français ou en néerlandais. Tous présentent des limites et un consensus existe au sein des experts pour dire qu'il n'existe pas encore un bon outil de dépistage. Cependant certains outils peuvent aider les soignants à poser des questions a priori « délicates ». Mais l'utilisation de ces échelles doit toujours rester prudente, pour diverses raisons : les questions sont parfois formulées de manière un peu « directe »; les propriétés psychométriques ne sont pas toujours bien documentées ; leur utilisation et l'interprétation des scores nécessitent en général des compétences particulières.

Les répondants aux différents outils peuvent être tantôt la personne âgée elle-même, tantôt le prestataire de soins, ou encore les deux.

Quelques échelles plus fréquemment utilisées sont :

- l'échelle IOA (Indicators of abuse)
- l'échelle EAI (Elder Assessment Instrument)
- l'échelle EAST (Elder Abuse Screening Test)
- des versions modifiées du CTS (Conflict Tactics Scale)
- l'échelle BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly)

6) Si nécessaire, faire appel à des services spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées maltraitées

Des lignes d'aide téléphonique existent :

- o En Région wallonne : le CAPAM (Centre d'Aide aux Personnes Agées Maltraitées), une ligne téléphonique gratuite qui peut être jointe tous les jours ouvrables (avec l'aide financière entre autre de la Région Wallonne) : 0800/30.330 → « Agence Wallonne... » XXX
- o En Région néerlandophone : Meldpunt Bejaardenmis(be)handeling : 09/360.33.66, peut être contacté XXX vérifier XXX
- o En Région bruxelloise :

Autres adresse utiles :

XXX cfr mail Anne Moreau

Plan d'intervention

Code 0 → Prévention

Code 1 ou 2

Intervention – Principes généraux

L'intervention doit toujours reposer sur certains grands principes : absence de jugement, respect de la personne et de ses choix, ne pas déséquilibrer brutalement son milieu de vie par des interventions inappropriées, trouver avec elle la solution la plus adaptée et parfois savoir accepter des échecs quand elle refuse que l'on intervienne.

La réponse appropriée aux abus, à la négligence ou à l'exploitation variera en fonction des cas individuels, de la gravité réelle ou potentielle de l'abus et des lois en vigueur dans le pays.

Traitement.

Souvent les services sociaux peuvent œuvrer avec le personnel soignant pour réduire ou atténuer les facteurs qui contribuent à un éventuel abus ou une négligence. Les services d'entretien à domicile et les soins qui permettent à l'aidant de « respirer », peuvent apporter leur aide en permettant au soignant de s'éloigner pour un moment de la personne.

Les GAD correspondant à ces situations devraient être consultés pour aider à résoudre ces problèmes : relations sociales, activités sociales, soutien informel, humeur, comportement, déshydratation, cognition et nutrition.

En élaborant un plan de soins, les éléments suivants devraient être listés :

- La personne court-elle un danger physique immédiat ? Si tel est le cas, il faut agir immédiatement. Vous devrez peut-être veiller sans tarder à ce que la personne âgée soit retirée de son milieu actuel. Tenez compte de la réaction potentielle de la personne victime d'abus et de la façon dont elle peut réagir à ce déplacement, ainsi qu'à la réaction de l'abuseur.
- La personne acceptera-t-elle une intervention ? même si la personne n'accepte pas d'aide, il est important de l'informer de ses droits et de lui laisser les coordonnées d'un service d'aide auquel elle pourrait recourir ultérieurement.
- La situation sera-t-elle améliorée en augmentant l'aide apportée par des services de soins ?
- Si les allégations s'avèrent non fondées, la personne devra-t-elle bénéficier d'une évaluation ou d'un traitement psychiatrique supplémentaire ?
- La personne présente-t-elle des symptômes d'un état de stress post-traumatique liés aux abus ? Si tel est le cas, il sera peut être nécessaire de la référer à des soins psychiatriques appropriés.
- Les soignants ont-ils besoin d'une aide psychologique, d'un soutien ou d'un traitement médical pour supporter la charge de la prise en charge de la personne âgée ?
- L'auteur d'abus assume-t-il son rôle et va-t-il accepter d'entrer dans un programme thérapeutique ?

Suivi et contrôle.

Une réévaluation périodique est nécessaire dans tous les cas, spécialement quand l'évidence d'un abus est peu concluante. Même si une personne refuse de l'aide, il peut encore être bénéfique de lui fournir les informations (écrites) avec les numéros des services d'urgence et les références appropriées.

Pour les personnes qui ont été mises en évidence par le GAD « maltraitance » lors d'une évaluation précédente, il est important de contrôler les signes de problèmes de santé mentale même si le GAD n'est plus d'application. Il pourrait y avoir de nouvelles informations qui pourront vous aider à vous assurer de la présence ou de l'absence d'un abus. En plus, vous devriez être vigilant à la récurrence des conditions antérieures ou des facteurs favorisant lors d'épisodes d'abus précédents.

Prévention de la maltraitance envers les personnes âgées

CAP Code 0, 1 ou 2

La prévention consiste à agir pro-activement afin d'éviter que des mauvais traitements ne se produisent. Divers éléments contribuent à prévenir les mauvais traitements envers les personnes âgées dont l'accroissement de l'autonomie et l'assurance d'une qualité de vie.

Mesures préventives

De nombreuses mesures préventives visant à prévenir la maltraitance peuvent être initiées.

- la connaissance des droits des aînés

S'assurer que les aînés connaissent leurs droits et sachent les faire valoir est un des moyens de prévenir les abus. En effet, une personne avisée de ses droits pourra plus facilement dénoncer les mauvais traitements. Il est donc important d'informer les aînés de leurs droits et de leur donner les moyens de les exercer.

- le développement de l'autonomie et la responsabilisation des personnes âgées

Ce point est un corollaire du précédent. En effet, des personnes au courant de leurs droits se trouvent responsabilisées. Néanmoins, la connaissance des droits n'est pas suffisante au développement de l'autonomie : favoriser la prise en charge des personnes âgées par elles-mêmes, tenir pour acquis que ces personnes sont compétentes et leur apprendre à s'affirmer ainsi que leur donner le pouvoir de résister à une agression sont des pistes à exploiter pour renforcer leur autonomie. Restaurer les personnes âgées comme des acteurs et leur permettre de développer leur identité en maison de repos contribue également à les responsabiliser.

- le maintien des contacts, la réduction de l'isolement

La promotion des contacts intergénérationnels et du maintien d'un réseau d'amis et de relations constitue une possible protection contre les abus. L'objectif est de briser l'isolement social des personnes âgées. Ainsi, le choix d'une personne de confiance pour les questions sociales, juridiques et financières se révèle utile dans ce cadre.

De plus, les personnes âgées ont un rôle positif à jouer dans le maintien des relations entre générations. La transmission de leurs expériences, de leurs connaissances et de leur savoir-faire auprès des jeunes générations les valorise et leur confère une image positive.

Créer un réseau de proximité afin d'éviter l'isolement des aidants familiaux, éviter le sentiment de solitude des personnes âgées et travailler sur le lien social comme construction de la citoyenneté.

- l'information et la sensibilisation

L'information dans un contexte préventif est nécessaire mais pas suffisante. Cette information rassemble différents axes :

- 1) l'information concernant les processus de vieillissement dans l'objectif de réduire les images négatives et briser les préjugés concernant les aînés
- 2) l'information concernant les différents types de maltraitance : mieux les connaître constitue un moyen indirect de prévention
- 3) l'information concernant les facteurs de risque et les indices permettant de déceler les abus
- 4) l'information concernant les services d'aide et de soutien en cas d'épuisement (des professionnels ou de la famille) et/ou en cas de situation de maltraitance pour faciliter l'orientation des personnes nécessiteuses
- 5) une information spécifique et quotidienne : les aidants doivent être informés de leurs droits, être informés de la nature des besoins de l'aidé, faire de l'aidant familial l'interface entre l'aidé et l'aidant professionnel.

La sensibilisation s'adresse à l'ensemble des acteurs concernés (professionnels, famille et entourage du senior, grand public...) et permet d'encourager la protection des personnes âgées et le dépistage des maltraitances.

- l'évaluation des risques de maltraitance

Etre capable d'analyser une situation et d'évaluer si des risques d'abus sont présents afin d'adopter les comportements adéquats, tout en sachant que chacun est empreint de sa propre subjectivité et qu'il faut dès lors être capable de dépasser sa première approche, de rencontrer

l'entourage et les personnes concernées par la situation en vue d'aborder une vue systémique de celle-ci.

- la formation

Les professionnels et intervenants de tous ordres sont les principaux concernés. En effet, dans la littérature, l'importance de la formation initiale est soulignée mais également celle de la formation continuée. Il est souhaitable pour les professionnels, qu'ils travaillent en institution ou qu'ils s'occupent de l'aide à domicile, de prolonger leur formation en participant à des colloques, journées de formation, séminaires et conférences par exemple.

Certains pensent aussi à éduquer les professionnels sur la relation entre les mauvais traitements et les incapacités, sur la possibilité de découvrir une agression éventuelle et sur la manière appropriée de les référer.

- l'encadrement du personnel

Donner un rôle pédagogique et préventif aux professionnels, donner du sens aux tâches effectuées, aider l'aidant familial à assurer l'avenir de son aîné, l'aider à éviter une crise relationnelle avec l'aidé.

L'encadrement du personnel est essentiel : lui assurer un soutien moral, valoriser ses efforts et être attentif aux situations de surmenage. En effet, un personnel soutenu et encadré sera moins sujet à des réactions maltraitantes lors de situations difficiles.

Les établissements se doivent également d'assurer un contrôle de la qualité des services qu'ils dispensent et d'être à l'affût des situations à risque.

- l'encadrement des aidants naturels

Aider la famille à reconnaître ses limites et à savoir se faire aider et soutenir.

- la mise sur pied de lieux de parole

Ces lieux de paroles réunissent aussi bien des professionnels que des parents ou aidants naturels de l'aîné. Ils se veulent des lieux d'échange, d'écoute, de partage d'expériences et de vécu, d'expression des difficultés, d'appréciation du travail effectué. Par le soutien ainsi apporté aux professionnels et aux proches des personnes âgées, ils préviennent certains abus souvent liés au surmenage.

De manière plus générale, l'ensemble des recommandations relatives à la prévention devraient toucher :

- des changements systémiques afin d'éliminer les circonstances favorisant le mauvais traitement des personnes âgées.
- des mesures préventives particulières dans divers milieux visant à réduire les possibilités de victimisation des personnes fragilisées et à les rendre moins vulnérables aux mauvais traitements.
- des dispositions visant à assurer des réponses efficaces lorsque des personnes fragilisées sont soumises à des mauvais traitements.

Prévention spécifique en milieu familial

- L'aide à domicile est un moyen d'éviter des actes de violence intentionnels ou non.
- Le soutien de l'entourage de la personne âgée et la prévention de son épuisement.
- La formation, l'information et la sensibilisation des familles et de l'aîné peuvent prévenir le risque de passage à l'acte.
- La médiation familiale.
- Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées.

- Les centres de soins de jour favorisant le maintien à domicile.
- Les centres de santé mentale.

Prévention lors de l'entrée en établissement

La participation de la personne âgée elle-même à la prise de décision du placement représente un élément essentiel de cette étape. En effet, l'entrée sera vécue différemment si elle est consentie ou forcée. Diverses études démontrent que l'adaptation se déroule mieux lorsque la personne âgée a participé aux choix de l'établissement. De plus, le placement forcé constitue une cause de décès importante dans les mois suivant l'admission.

Le médecin traitant peut également aider le senior à préparer son entrée en établissement, par des conseils, par une écoute attentive de ses besoins et par l'accompagnement du senior lui-même et de son entourage.

Une entrée dans des conditions sereines ainsi qu'une préparation adéquate constituent des moyens pour prévenir certains risques.

Un rappel des démarches à effectuer lors de cette étape permet de prévenir certaines plaintes. Les textes législatifs à ce sujet constituent en eux-mêmes un outil de prévention utile à consulter dès que cela s'avère nécessaire. Néanmoins, dans un cadre préventif, il est intéressant d'énumérer et d'explicitier ces démarches.

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

Sites internet : cfr Anne Moreau

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse (www.onpea.org)
 Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE)
<http://db.rdms.udel.edu:8080/CANE/index.jsp>

Reference List

- (1) Berg N. La maltraitance, in : Médecine gériatrique, pratique quotidienne : aspects cliniques et généraux, 2002. XXX
- (2) Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, Topinkova E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Jun;14(6):489-97.
- (3) Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008 Mar;37(2):151-60.
- (4) Cooper C, Manela M, Katona C, Livingston G. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Mar;23(3):283-8.
- (5) Elder Mistreatment : Aging, Neglect and Exploitation in a Aging America. 2002 XXX

- (6) Fulmer T, Guadagno L, Bitondo DC, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004 Feb;52(2):297-304.
- (7) Kurrle, Elder abuse, 2004 XXX.
- (8) Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998 Aug 5;280(5):428-32.
- (9) Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004 Oct 2;364(9441):1263-72.
- (10) Meeks-Sjostrom D. A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(3):247-50.
- (11) Moreau A. Prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. XXX
- (12) Nadien MB. Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. *Ann N Y Acad Sci* 2006 Nov;1087:158-69.
- (13) Ogioni L, Liperoti R, Landi F, Soldato M, Bernabei R, Onder G. Cross-sectional association between behavioral symptoms and potential elder abuse among subjects in home care in Italy: results from the Silvernet Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 Jan;15(1):70-8.
- (14) Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* 2003 Jan;51(1):24-31.

AUTEURS

John N. Morris, PhD, MSW
John P. Hirdes, PhD