

Résumé de l'intervention de Yves Clercq à table ronde du 16 Juin 2000 organisé par Décideurs en gérontologie sur le thème de la maltraitance.

Malaise du soignant et crise identitaire du dépendant

Yves Clercq

La maltraitance en institution prend racine dans la souffrance du soignant, générée par la confrontation à la crise identitaire de la personne dépendante face à laquelle il se sent souvent impuissant et renvoyé à sa propre angoisse de mort.

Le risque de maltraitance est d'autant plus élevé que le projet institutionnel permet rarement aux équipes d'écouter la personne âgée, de répondre de manière adaptée à sa crise identitaire et ses besoins psychologiques tout en gérant l'impact que cette ouverture aura sur leur propre affect.

I- Introduction

La maltraitance dont peuvent être victime les personnes âgées en institution est un sujet dont les médias s'emparent parfois avec maladresse: la dénonciation de celle-ci s'y résume alors à une confrontation manichéenne mettant dos à dos les « bons soignants » contre les « mauvais soignants ». Aborder le problème de la maltraitance en institution est une opération pourtant délicate. Il est en effet aisé d'entrer dans un processus de dénonciation, de désigner des coupables, de condamner, d'insulter l'ensemble d'une profession et nier de ce fait les difficultés auxquels les personnes qui travaillent en gériatrie sont confrontées quotidiennement.

Il n'est ainsi pas certain que cette manière de combattre la maltraitance porte de véritables fruits sur le long terme, les causes de la maltraitance étant souvent oubliées dans la dénonciation. Quels sont, en effet, les ressorts de la maltraitance ? Comment expliquer qu'un soignant dont la vocation est de soigner peut en arriver à des actes contraires à la raison même de son métier ? Comment lutter contre la maltraitance de manière efficace ? Comment la prévenir ?

Si la maltraitance prend souvent racine dans la souffrance et la frustration, ces causes sont pourtant bien souvent négligées dans le remaniement en profondeur que semble vivre la gériatrie actuellement. Nous proposerons ainsi quelques pistes de réflexions visant à mieux prévenir contre la maltraitance en institution.

II- La maltraitance en institution prend racine dans la souffrance du soignant, générée par la confrontation à la crise identitaire de la personne dépendante face à laquelle il se sent souvent impuissant et renvoyé à sa propre angoisse de mort.

La personne âgée qui entre en institution vit un remaniement identitaire important. Confrontée à de nombreuses ruptures, à la perte du domicile, aux contraintes institutionnelles, la fragilisation, le sentiment d'inutilité, la solitude, elle se trouve confrontée à une représentation d'elle-même parfois difficile à supporter. Ces difficultés vont engendrer différents types de comportements :

- Repli sur soi
- Régression
- Agressivité
- Comportements « anals » etc.
- Somatisation
- rites obsessionnels
- déplacements

Le soignant confronté à la souffrance, à la dépendance, aux troubles du comportement, aux plaintes, ou à la mort ne peut rester indifférent, et va développer différents sentiments :

- épuisement

- sentiment d'impuissance face à la répétition des comportements
- Sentiment d'être incompetent
- Peur d'être jugé
- Réveil de l'angoisse existentiel, de l'angoisse de mort

Il développera alors différents mécanismes de défenses visant à le soulager de cette souffrance morale :

- Mensonge - esquive - Evitement - banalisation
- Dérision - Rationalisation - Fuite en avant - Rivalité
- etc.

Ces mécanismes sont ceux que l'on observe dans la maltraitance.

En effet, en institution, la maltraitance volontaire est rare. On observe surtout une maltraitance involontaire réactionnelle qui va renforcer le soignant dans des processus d'agressivité, de refoulement, d'indifférence et de banalisation.

La maltraitance est donc l'expression d'une réaction face à la souffrance, le sentiment de culpabilité ou d'échec.

Objectif de ses défenses, de ses comportements :

- se restaurer dans un idéal de soin
- Eloigner les causes de souffrances

Lorsque l'impact psychique de la confrontation à la souffrance n'est pas pris en compte dans l'organisation des soins, les défenses psychiques se mettent en place afin de se protéger de la souffrance de l'autre. Le silence issu de la peur d'être jugé comme « mauvais soignant » en avouant ses difficultés, peut alors amener l'aidant à se réfugier dans une « technicité » où les actes viennent petit à petit se substituer à la relation humaine, où l'acte en lui-même devient plus important que le confort et le bien-être de la personne. Cette survalorisation des actes et d'une technique médicale qui se substitue à la rencontre de l'autre s'exprimera en particulier dans une l'impossibilité d'entendre la souffrance morale du malade, l'acharnement thérapeutique, la banalisation de certaines pratiques de « derniers recours » : l'utilisation excessive de repas mixés (où on mélangera, pour aller plus vite l'entrée, le plat de résistance et le dessert), la généralisation excessive de protections, la systématisation des changes de nuits, le ligotement, l'excès d'antidépresseurs, la camisole chimique, etc.

La maltraitance est un comportement paradoxal chez un certain nombre de soignant, il nous semble ainsi que plus l'idéal de soin est frustré dans la confrontation avec la personne âgée, plus le risque de maltraitance est élevé.

II. Pourquoi cette situation ?

Le risque de maltraitance est d'autant plus élevé que les projets institutionnels sont souvent déficients en permettant rarement aux équipes d'écouter la personne âgée, de répondre de manière adaptée à sa crise identitaire et ses besoins psychologiques tout en gérant l'impact que cette ouverture aura sur leur propre affect.

- La crise identitaire de la personne n'est pas prise en compte dans le projet :

Les institutions dans lesquelles on constate des phénomènes de maltraitance ont des projets d'accompagnements souvent insuffisants : celui-ci est plus souvent défini en terme de moyens et d'actes à accomplir qu'en terme de besoins de la personne. Les besoins psychologiques « moins visible » de la personne âgée sont souvent négligés, la mort et l'accompagnement de fin de vie y sont souvent oubliés.

Les besoins de la personne âgée peuvent être pourtant clairement définis :

- permanence
- Ecoute
- Echange
- Présence
- Besoin de recevoir une image de soi positive de la part de l'institution
- donner un sens acceptable à sa vie
- se sentir considéré
- etc.

- La souffrance du personnel soignant est souvent ignorée alors qu'elle est renforcée par cette situation

- Les projets ne donnent pas aux équipes :
 - Les moyens pour répondre à la personne
 - Les moyens pour gérer l'impact de la confrontation à la souffrance sur le plan affectif (pauses, transmissions, dialogues, cohérence du projet de prise en charge...)

Il est aussi nécessaire de prendre en compte d'autres facteurs:

- Un contexte sociologique où la personne âgée n'est pas un enjeu qui mobilise l'opinion.
- une carence au niveau de la formation et de l'accompagnement psychologiques des jeunes stagiaires : les notions d'écoute, d'accompagnement à la mort, le sens du soin auprès de la personne âgées sont encore trop peu pris en compte dans les formations initiales de certains soignants.
- La mort est un sujet encore tabou : trop de jeunes stagiaires sont ainsi confrontés brutalement à la mort et à la souffrance sans pouvoir y mettre des mots dans leur école.

Conclusion :

C'est dans ce contexte que nous osons parler de « souffrance » du personnel soignant : les derniers soins et la confrontation à la mort auront inévitablement des répercussions (positives ou non) sur le vécu du soignant, et si elle n'est pas considérée à sa juste mesure (c'est à dire nié par l'institution ou au contraire trop mise en avant) on ne pourra pas prétendre lutter contre la maltraitance. La lutte contre la maltraitance doit ainsi passer par différentes priorités :

- **Redéfinir les priorités dans les projets d'établissement**

- **Améliorer la formation initiale**
- **Mieux former les responsables d'établissement aux besoins psychologique de la personne âgée et l'impact de la souffrance sur les équipes soignantes.**
- **Mettre en place des projets d'accompagnements dont les contraintes financières ne soient pas dommageables pour le patient et l'équipe qui l'accompagne.** Entre autres, favoriser la présence de psychologues, animateurs, A.M.P., auxiliaires de vies dont le coût salarial est plus un investissement qu'une perte d'argent.
- **Redonner un sens cohérent à l'accueil des personnes âgées :** Aider le personnel soignant à se réapproprier une dynamique de soins basée sur les besoins fondamentaux (besoin de reconnaissance entre autres) de la personne âgée. Valoriser les soins relationnels, permettre aux soignants d'avoir du temps pour accomplir chaque tâche et leur permettre de ne pas nier la personne.
- **Permettre aux soignants de poser une réflexion sur leur pratique :** prendre en compte les difficultés spécifiques du travail auprès des personnes âgées, et des interrogations qu'il suscite : Pour cela, il est nécessaire de :
 - valoriser les temps de parole : la pause ou les transmissions n'étant pas une perte de temps mais un moment nécessaire et constructif.
 - favoriser le partage de l'expérience professionnelle de chacun et de son vécu au travers de groupes de parole, groupes d'analyse de la pratique animés par des personnes compétentes et extérieures à l'établissement. Afin de permettre aux équipes de poser un autre regard sur les situations quotidiennes de travail, de remobiliser leurs potentialités et leurs motivations, ces groupes sont un espace d'expression, de communication utile.
- **Prendre en compte la mort dans le projet de vie de l'institution :** Les personnes âgées sont dans la dernière phase de leur vie, on ne les empêchera pas de mourir, par contre nous pouvons les aider à partir en paix. Quel sens l'institution donne-t-elle à la fin de vie ? Il faut ainsi donner au personnel soignant, aux résidents et aux familles la possibilité de prendre le temps de vivre la mort, d'en parler, de se poser.
- **Favoriser des formations spécifiques** aux besoins psychologiques de la personne âgée, à la communication avec la personne démente, à l'accompagnement des mourants, à l'écoute, etc. où l'accent est mis sur l'apport théorique, les exercices pratiques et l'expression par les équipes de leurs difficultés ainsi que la recherche de solutions adaptées.
- **Ecouter les équipes** Pour donner chaleur humaine et porter attention à la personne individuellement, sans la confondre avec le groupe, les équipes doivent se sentir reconnues par leur hiérarchie, autant dans leurs besoins matériels que dans leur besoin de parler, d'échanger et de participer à la réflexion sur l'organisation des tâches à accomplir.
- **Elaboration, avec les équipes d'un projet de vie :** rendre l'équipe partie prenante d'un projet de vie concret et humain qui peut déboucher par exemple, sur un livret d'accueil personnalisé. Ce projet de vie est autant l'occasion pour les équipes de retrouver une satisfaction professionnelle qu'une occasion de se former : d'où l'importance que ce projet de vie soit élaboré par l'équipe.