

DU CONSTAT DE MALTRAITANCE A LA REPOSE SUR LE TERRAIN

INTERVENTION DE MARIE-ANGE PRESSON - INFIRMIERE COORDINATRICE - SCE DE SOINS A
DOMICILE AUX PERSONNES AGEES - 42, CITE DU DAGUENET 49100 ANGERS.

La maltraitance, qu'elle s'exerce sur un enfant, un adulte ou un vieillard, est toujours cachée et lorsqu'elle se révèle, elle provoque la stupeur et l'indignation.

Chaque année, notre Service de Soins Infirmiers à Domicile aux Personnes Âgées est confronté à ce problème.

La population soignée par nos services est fragile et vulnérable parce que les personnes ont perdu tout ou partie de leur autonomie physique et/ou mentale. Il faut reconstituer pour eux la notion de " BIEN ETRE " en accomplissant les gestes de la vie courante, ou leur donner les moyens nécessaires pour retrouver une autonomie aussi grande que possible.

Par exemple :

En 1998 - Mme Charlotte... est âgée de 64 ans, veuve, elle vit seule dans un appartement sale, pauvrement meublé ; le linge est usé, troué, ses vêtements décousus et chiffonnés.

Charlotte a eu treize enfants, tous confiés à la DASS.

Analphabète, sa vie de labeur était faite de misère, de brimades et d'exploitations diverses.

Elle a été hospitalisée par les pompiers pour chute sur la voie publique : elle est épileptique.

Charlotte veut rentrer chez elle, mais elle est incapable de se lever seule, elle est incontinente. Bien sur, elle ne peut plus faire ses courses, sa cuisine et entretenir son logement. Charlotte ne parle pas, elle pleure beaucoup ; elle attend chaque jour la visite de Jules.

Jules a 80 ans, est très alerte et charmant. Il a promis au " défunt époux de Charlotte " de s'occuper d'elle : il est son curateur depuis le décès du mari.

Jules habite une maison dans un autre quartier de la ville, il a une famille qui ne veut pas entendre parler de Charlotte.

L'assistante sociale du chu rencontre Jules pour organiser le retour de Charlotte à son domicile, il prend contact avec les services de Maintien à Domicile : repas, aides-ménagères...

Notre Service Infirmier interviendra matin et soir pour les soins de Charlotte et assurer la coordination et le suivi de la prise en charge.

Méfiant, j'ai exigé d'avoir, dès avant le retour de Charlotte à son domicile, les clés de l'appartement et de l'immeuble.

D'emblée, nous nous heurtons à Jules : aucun des services prévus n'a été contacté. Lui viendra chaque jour pour le déjeuner... " *c'est bien suffisant* " ! Il laisse quelques gâteaux secs et prépare un café très clair pour le matin. Je vais à la Pharmacie chercher les médicaments.

IL exige que nous enfermions Charlotte dans son appartement : *elle risque d'aller importuner les voisins ou bien de rechuter dans la rue*. L'entretien de l'appartement peut attendre et il fera la lessive.

En venant deux fois par jour, nous "*apprivoisons*" rapidement Charlotte. Nous l'écoutons, lui parlons, lui donnons un "*semblant*" de repas matin et soir et surtout, nous l'encourageons à avoir des désirs : vêtements propres, mettre du rouge à lèvres, à oser dire à Jules qu'elle a faim.

Elle commence à sourire. Nous découvrons qu'elle attend Jules, mais qu'elle le craint : elle n'ose pas lui parler, ni bouger de sa chaise. Nous surveillons son poids (elle a perdu 1 kg en une semaine et n'en a pourtant pas à perdre).

Nous ne rencontrons plus Jules, il a repéré nos passages, nous communiquons par un cahier de transmissions ou il ne veut pas écrire.

Après quinze jours de prise en charge, Charlotte est hospitalisée pour une forte fièvre et crise d'épilepsie. J'accompagne Charlotte "aux urgences du CHU". Je rencontre l'interne et j'obtiens que le retour de Charlotte à son domicile soit organisé en concertation avec l'Assistante Sociale du CHU, les Services d'Aide à Domicile et Jules, afin de satisfaire tous les besoins de santé de Charlotte.

Nous avons suivi Charlotte à son domicile pendant six mois en maintenant une pression constante près de Jules.

Après l'hospitalisation de Charlotte, j'ai fait un courrier circonstancié au Juge chargé des "Majeurs protégés". Jules a toujours considéré comme un luxe coûteux les interventions des services de maintien à domicile, ainsi que les demandes de linge, de matériel pour incontinent etc...

Mais l'état de santé de Charlotte se dégradait et son entrée en Établissement de soins est devenu nécessaire pour elle.

LE REGARD QUE JE PORTE SUR CET EXEMPLE EST CELUI D'UNE SOIGNANTE DE TERRAIN, CONSIDERANT CHAQUE INDIVIDU QUEL QU'IL SOIT, COMME UN ETRE HUMAIN DIGNE ET RESPECTABLE, FAISANT L'OBJET DE TOUTE NOTRE ATTENTION.

La famille joue un rôle primordial, aidée par les services de maintien à domicile. De la volonté de chacun dépend le maintien à **son domicile** de la personne dépendante. Le travail en équipe, avec un but commun, assure le succès de nos prises en charge.

Il est très important de savoir que nos interventions sont remboursées, en totalité, directement par les Caisses d'assurance maladie, cela nous donne une certaine indépendance par rapport à la personne soignée et son entourage.

L'infirmière et/ou l'aide-soignante intervient pour des soins chaque jour, pour chaque personne soignée, souvent plusieurs fois par jour, pénétrant ainsi l'intimité personnelle et familiale, cela entraîne de notre part un devoir de discrétion absolue.

En général, malgré les difficultés dues à l'évolution normale de l'état de santé, la prise en charge se déroule à la satisfaction de tous, allant même jusqu'au stade ultime de la vie. Le décès du patient à son domicile entraîne toujours une gratification importante pour son entourage. Il a réalisé le souhait de la personne de mourir chez elle.

Constat de maltraitance

Comme on le constate avec l'exemple, ci-dessus, en nous référant à la satisfaction des *besoins fondamentaux de l'homme*, nous constatons des dérives insupportables infligées aux personnes, sans que celles-ci puissent réagir efficacement. La discrétion ne supprime pas notre devoir de vigilance, et la prescription médicale ne nous limite pas à la stricte application.

La vigilance commence par l'observation journalière du comportement de la personne et de son entourage. L'apparition de coups sur le corps, de pleurs, de cris, de mutisme, de recroquevillement, de confusion chez quelqu'un communiquant normalement, doit nous faire

rechercher la cause du changement : chute, fièvre, maladie, deuil peuvent entraîner des bouleversements chez la personne. Lorsque aucun fait ne vient corroborer cette attitude, il faut signaler au responsable du service les changements, les faits observés.

Il est bien rare qu'un fait soit isolé. En étudiant les observations de chacun, en équipe, et en regroupant les renseignements, nous multiplions l'aide que nous pouvons apporter à la personne pour la protéger d'elle-même au d'autrui.

Toutefois, une prudence extrême doit entourer notre démarche. Il n'est pas question de nous transformer en moralisateur ou en redresseur de torts. Ce n'est pas parce que des habitudes ou un mode de vie dérange le soignant (la saleté, la vétusté, par exemple...) que le besoin de la personne n'est pas satisfait, il n'est pas prioritaire pour lui. Mais, le soignant doit pouvoir accomplir son travail pleinement (hygiène, par exemple) et se faire respecter en tant que personne ayant lui aussi des besoins.

Maltraitance et points communs

L'être humain a une imagination débordante lorsqu'il s'agit d'organiser sa vie et celle d'autrui, et l'héroïsme ou le sordide le plus abject font partie de notre nature.

Depuis l'ouverture de notre service en 1982, chaque année nous découvrons quelques cas de maltraitance.

Il ne s'agit pas de coups ou de blessures caractérisés (cela arrive), les agissements des familles en l'occurrence, sont beaucoup plus subtils avec un processus beaucoup plus lent dans l'atteinte de la personne, mais tout aussi efficace quant au résultat.

Ces personnes soignées ont toutes, lorsqu'elles avaient encore leur autonomie mentale, souhaité rester vivre dans leur maison ou appartement. Progressivement, leur état de santé s'aggravant, leur habitât devient leur prison.

Consciemment ou non, certains se sont évadés mentalement.

Ils subissent tous :

- * l'agressivité verbale à propos de tout ou rien,
- * la saleté (suppression de l'Aide-Ménagère, vaisselle sale...)
- * la menace (mise en institution)
- * le chantage (privation de télé),
- * la séquestration (chambre, maison),
- * la privation (nourriture, journaux, télé...),
- * le manque de respect (manger dans une gamelle sale),
- * l'atteinte à l'état physique (nourriture avariée - immobilité au lit ou au fauteuil)

Points communs

Quelque que soit la position sociale des personnes, on retrouve souvent :

- * leur état de dépendance important,
- * leur isolement social,
- * leur incapacité à s'opposer et se défendre,
- * leur confiance donnée et bafouée,
- * la spoliation de l'argent, des biens,
- * la versatilité.

Dans ces situations, nous devons maintenir, coûte que coûte, notre prise en charge afin de manifester à la personne tout l'intérêt que nous lui portons.

Les intervenants au domicile doivent être soutenus par l'équipe et le service dont ils dépendent. Leur souffrance doit être entendue, reconnue et écoutée.

Quelles actions menées et comment procéder lorsque l'on découvre une situation préoccupante et préjudiciable à l'état de santé de la personne soignée ?

Se souvenir que nous intervenons au domicile des patients et que tout acte précipité et irréfléchi peut avoir des conséquences dramatiques pour celui-ci.

Il faut :

↳ Bien connaître la situation et recueillir des faits indiscutables et précis en s'aidant des transmissions écrites par le soignant.

↳ Agir en concertation avec les autres intervenants au domicile. En général, nous connaissons les autres services intervenants et, suivant les circonstances, une réunion est souvent programmée, afin de mettre en commun nos connaissances et d'arrêter une stratégie.

Le médecin traitant a un rôle déterminant à jouer. De son attitude dépend souvent l'issue de la situation. Comme nous, il est très mal à l'aise et certains minimisent la gravité des faits et nous laissent la responsabilité d'agir.

↳ Prévenir la personne maltraitée que nous entamons une action à sa place, qui aura des conséquences pour elle (peut-être le passage en institution, même momentanée). Avoir, si possible, son accord.

↳ Contacter le maltraitant. Son activité est découverte progressivement et nous avons, en général, déjà manifesté notre désapprobation face à ses agissements. L'avertir que nous ne tolérons plus ses actes et que nous agissons.

↳ Entamer la procédure de demande de sauvegarde en écrivant une lettre circonstanciée au Juge des Tutelles des Majeurs Protégés du Tribunal d'Instance, en sachant que plusieurs mois sont nécessaires avant d'aboutir à la décision du Juge.

↳ Souvent, la gravité de la situation entraîne une hospitalisation de la personne, alors ne pas hésiter à contacter le Service Social et le Service Médical de l'établissement, en leur donnant tous les éléments de notre dossier avec les transmissions habituelles.

↳ De toute façon, *utiliser* toute personne compétente, par exemple : en cas d'urgence demander conseil directement au médecin expert près du Tribunal, afin de soustraire rapidement un maltraité à l'influence familiale.

↳ Enfin, suivre le dossier jusqu'à la décision de justice, afin que la personne concernée retrouve sa dignité et un certain bien-être, sachant que certaines situations complexes ne se régleront pas pour une mesure de sauvegarde.

Il est toujours douloureux de découvrir des actes de malveillance et je pense qu'il y a certaines similitudes avec la maltraitance de l'enfant ; je crois qu'il ne faut pas hésiter à dénoncer ces comportements. Pour cela, il faut se former et rester vigilant.

Je vous remercie de votre attention.