

N° 370 • janvier 2005

Cette étude qualitative concerne les perceptions et les réactions des personnes âgées face à des comportements négatifs, des atteintes ou des actes de maltraitance dont elles peuvent être victimes en institution ou à leur domicile. Elle avait pour objectif d'une part de caractériser les différents aspects des maltraitances perçues et d'autre part de comprendre comment et pourquoi les personnes âgées ou leur entourage décident de porter plainte. Cette enquête qualitative s'appuie sur l'analyse de dossiers de plaintes adressées à la DGAS en 2002 et 2003 et d'entretiens semi-directifs menés par des sociologues auprès d'une quarantaine de personnes âgées qui n'avaient pas porté plainte. À partir de l'examen des motifs de plaintes et des personnes mises en cause dans les dossiers et les entretiens, une typologie des « atteintes » a été élaborée, fondée sur les perceptions des personnes âgées. Leurs réactions, qui vont de la banalisation ou de la légitimation des atteintes à des dénonciations et demandes de réparation, ont enfin été décrites et analysées.

Hélène THOMAS

Maître de conférences en Science politique, CERAP,
Université Paris XIII,

Psychanalyste, Hôpital européen Georges Pompidou

Claire SCODELLARO

Doctorante en Sociologie, EHESS

Delphine DUPRÉ-LÉVÉQUE

Docteur en Anthropologie, CPAM de Dordogne

Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative

Parmi les populations dites « vulnérables »¹, les femmes et les enfants en difficulté familiale et sociale ont fait l'objet de travaux portant sur les formes et les fréquences des violences physiques et morales dont elles sont susceptibles d'être les victimes dans la dernière décennie. En revanche, la prise de conscience collective des risques encourus par la population des personnes âgées est plus récente². Les types de violences auxquels cette population spécifique est exposée sont encore mal connus. Aucune enquête nationale n'a jusqu'à présent qualifié les formes, ni, *a fortiori*, mesuré la fréquence des violences subies par les personnes âgées vulnérables, et notamment les plus

1. Par « vulnérabilité » nous entendons l'état de fragilisation sociale, physique ou psychologique affectant les personnes, consécutif à un état de dépendance sociale forte envers autrui, liée à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale.

2. La circulaire DGAS du 5 mai 1998 impose une vigilance particulière sur les situations de maltraitance des enfants et des populations vulnérables dans les établissements sociaux et médicaux sociaux. Ce n'est qu'en 1999 que les personnes âgées seront incluses dans les populations vulnérables devant donner lieu à signalement.

dépendantes d'entre elles. Les évaluations chiffrées partielles disponibles sont celles de l'association de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, Alma (Allô Maltraitance) qui repose sur l'expérience d'écoute de bénévoles, et celles de l'Association française de protection et d'assistance aux personnes âgées (AFPAP).

Cette recherche, commandée par la Drees à une équipe de sociologues, a porté sur les définitions et perceptions du phénomène de maltraitance par les personnes âgées. Son objet était donc double : d'une part, caractériser les violences spécifiques dont les personnes âgées sont potentiellement ou effectivement victimes ; d'autre part, comprendre dans quels cas ces dernières ou leur entourage décident de porter plainte auprès des autorités sanitaires ou devant les tribunaux pour obtenir cessation ou réparation. L'étude a porté sur ce que les personnes âgées (elles-mêmes ou leur proches) considèrent comme des faits de maltraitance, qu'elles utilisent ou non ce terme. La notion de maltraitance désigne dans cette étude des comportements répétés et banalisés de brutalisation (MOSSE

1999) dans leur vie quotidienne. Les personnes qui en sont victimes déclarent qu'ils leur causent désagrément, douleur, chagrin, humiliation, honte, indignation ou colère... (ELIAS 1973). Pour étudier les formes de maltraitance telles que les subissent ou les perçoivent les personnes âgées, la méthode utilisée combine l'analyse des dossiers de plaintes adressés en 2002 et 2003 directement à la DGAS, dont une partie consistait en des remontées des Ddass et une enquête de type qualitatif par entretiens semi-directifs auprès de personnes âgées, pour lesquelles ni elles-mêmes ni leur entourage n'avaient exprimé de plainte auprès des autorités (cf. encadré).

L'étude des motifs de plainte et des personnes mises en cause dans les dossiers et les entretiens a servi de base à la construction d'une typologie des « atteintes », fondée sur les perceptions des personnes âgées recueillies au cours de l'enquête et dans les dossiers de plainte. En second lieu, sont analysés les réactions des personnes âgées interrogées face à ces comportements et les motifs qui éclairent le fait qu'elles ne se considèrent pas ou ne sont pas toujours

considérées comme victimes (LYOTARD J.F. (1983), et donc légitimes à porter plainte contre ces agissements. Enfin, sont abordées les formes de dénonciation des atteintes (BOLTANSKI L., DARRÉ Y., SHILTZ M.-A. (1984), les cheminements et le traitement des plaintes adressées aux autorités sanitaires.

Motifs de plainte et critères de définition de la maltraitance

Les auteurs incriminés dans les dossiers de plainte adressés à la DGAS (personnes ayant fait l'objet d'un signalement) et ceux mentionnés par les personnes âgées interrogées (personnes non signalées) sont d'abord étudiés. Puis les actes et comportements dénoncés dans les dossiers des personnes signalées, ainsi que ceux évoqués par les personnes interrogées et que nous avons qualifiés d'« atteintes » sont analysés.

■ Qui est incriminé dans les dossiers de signalement et de qui se plaignent les personnes interrogées ?

Dans la quarantaine de dossiers de plainte consultés, qui portent pour la plupart sur des personnes résidant en institution, toutes les catégories d'intervenants auprès des personnes âgées – occasionnels ou réguliers – sont susceptibles d'être incriminés comme auteurs de faits de maltraitance.

Les personnes citées sont aussi bien la direction et les personnels de l'établissement que les autres résidents ou les familles ainsi que le voisinage pour les personnes vivant à domicile.

Les personnes interrogées qui n'avaient pas formulé de plaintes auprès des autorités, qu'elles vivent en institution ou à domicile, évoquent le même type d'intervenants comme susceptibles de leur avoir causé atteinte par leur comportement envers elles ou envers d'autres personnes âgées (tableau 1b) : le personnel médical (aides-soignantes, infirmières, médecins kinésithérapeutes...), le personnel de service (ménage, repas...), les membres de la famille, l'entourage résidentiel (les autres résidents en institution, les voisins à domicile), les commerçants, les tuteurs...

L'ensemble des personnes en contact régulier ou occasionnel, profes-

2

E-1

Méthodologie de l'enquête

Pour étudier la perception de la maltraitance des personnes âgées par les personnes âgées elles-mêmes, nous avons enquêté auprès de deux populations de personnes âgées : une population diffuse, dont on ne savait pas a priori si elle avait déjà été maltraitée, et une population pour laquelle des maltraitances avaient été signalées. Auprès de la population diffuse, des sociologues ont mené des entretiens semi-directifs, en face à face. Une quarantaine de personnes âgées de 65 ans et plus ont ainsi été interrogées. L'échantillon est diversifié selon le sexe, l'âge, l'ancienne profession le type de résidence (domicile, maison de retraite, long séjour hospitalier) et le lieu de résidence (rural ou urbain).

Le guide d'entretien se fonde sur une définition de la maltraitance envisagée comme « l'ensemble des actes, paroles ou absences d'actes commis par une personne de l'entourage (au sens large des personnes avec lesquelles il existe une relation sociale) ou une institution, provoquant des sentiments négatifs (tristesse, peur, colère, révolte, humiliation) ou des sensations négatives (gêne, douleur) et étant perçus comme illégitimes ».

Les entretiens ont visé à susciter un discours subjectif sur la vie quotidienne. La personne enquêtée était invitée à exprimer son contentement ou ses insatisfactions dans les moments d'interactions avec autrui. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien que le terme de maltraitance était mentionné par le sociologue, lorsqu'il demandait à l'enquêté d'en donner une définition et de juger s'il était, ou avait déjà été, maltraité.

Une partie de la population signalée a été enquêtée de la même manière : il s'agit de quelques personnes ayant contacté Alma pour elles-mêmes ou pour un proche avec lesquelles nous avons pu avoir ensuite un entretien. La consultation des dossiers gérés par le bureau de la Protection des personnes à la Direction générale des affaires sociales (DGAS) qui les a mis à la disposition des chercheurs a permis d'avoir un autre matériau d'analyse : celui des maltraitances signalées. Ces dossiers sont soit des signalements de maltraitance provenant de la Ddass, soit des plaintes de particuliers parvenant directement à la DGAS ou transitant par une institution sanitaire ou politique (notamment le secrétariat d'Etat aux personnes âgées). Ont ainsi été consultés près d'une quarantaine de dossiers, la grande majorité concernant des personnes en institution (maisons de retraite, foyer-logement, long séjour).

sionnel ou familial avec les personnes âgées est donc, selon leurs dires, susceptible d'être auteur d'actes suscitant chez elle des sensations ou sentiments négatifs sans qu'il y ait forcément de différence entre les personnes âgées qui ont déposé une plainte et les autres. Être victime d'un comportement perçu comme générant une sensation ou un sentiment négatif de la part d'un membre du personnel ne conduit pas nécessairement à une plainte publique, être membre de la famille n'en protège pas toujours.

■ **Quels comportements sont incriminés dans les dossiers de signalement et évoqués dans les entretiens ?**

Les actes donnant lieu à une plainte aux autorités sanitaires dans les dossiers de signalement sont sensiblement les mêmes pour les personnes vivant en institution que pour celles vivant à domicile ; d'ailleurs, nombreux sont les motifs de plainte communs (tableau 2a).

Certains motifs semblent transposables de l'institution au domicile. C'est par exemple le cas pour le déficit de personnel en institution que peuvent ressentir les personnes âgées auquel correspond l'insuffisance d'aide à domicile. D'autres motifs de plainte sont en revanche spécifiques aux institutions : contention, enfermement, dénutrition, atteintes à la dignité, inadaptation de l'établissement.

Résultat plus surprenant, les motifs de plainte sont souvent les mêmes que la plainte ait été officialisée ou non, que les violences subies et éprouvées comme telles soient physiques ou morales.

Ainsi les violences physiques, qui pourraient paraître des motifs déterminants pour exprimer une plainte, ne semblent pourtant pas toujours être dénoncées par les personnes interrogées. Dans quelques entretiens, des personnes ont raconté avoir subi des actes de maltraitance de la part de membres de leur famille ou de membres du personnel sans pour autant s'en plaindre à une autre personne et encore moins auprès d'une autorité institutionnelle.

Certains comportements perçus comme négatifs ou générant des atteintes ne donnent par ailleurs quasiment

T • 1a **plaintes aux autorités sanitaires pour maltraitance : qui est dénoncé ?**

Personnes signalées à domicile	Personnes signalées en établissement
Des médecins libéraux Des services hospitaliers Des tuteurs et curateurs	Des médecins libéraux Des services hospitaliers Des tuteurs et curateurs
Des aidants professionnels à domicile et des services sociaux (APA)	Du personnel para-médical Du personnel de service De la direction
De la famille Des voisins	D'autres résidents
Des commerçants Des agents bancaires Des courtiers en assurance	

Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.

T • 1b **de qui se plaignent les personnes âgées interrogées ?**

À domicile	En institution
Des aidants professionnels Des services sociaux Des commerçants Des agents bancaires Des courtiers en assurance	Du personnel para-médical Du personnel de service Du personnel administratif De la direction
Des voisins De leur famille	D'autres résidents
Des médecins libéraux et des services hospitaliers Des tuteurs et curateurs De leurs enfants	

Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.

T • 2a **plaintes aux autorités sanitaires pour maltraitance**

Personnes signalées	
à domicile	en établissement
Violences physiques et blessures	Violences physiques et blessures
Vols, escroqueries	Vols, escroqueries
Violences verbales : <i>injures</i> <i>langage familier ou infantilisant</i> <i>mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée</i>	Violences verbales : <i>injures</i> <i>langage familier ou infantilisant</i> <i>mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée</i>
Dénutrition, malnutrition	Dénutrition, malnutrition
Négligence dans les soins médicaux ou paramédicaux	Négligence dans les soins médicaux ou paramédicaux
Inattention à la souffrance physique ou psychique exprimée par la personne	Inattention aux problèmes de santé et à la souffrance exprimée par la personne
	Manque d'hygiène des locaux et des corps Non respect de la dignité Inadaptation de l'établissement Contention, enfermement Représailles, menaces de représailles Incompétence du personnel Manque d'hygiène des locaux et des corps

Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.

T
• 2b

de quoi se plaignent les personnes âgées en répondant au sociologue ?

À domicile	En institution
Vols, escroqueries	
Violences verbales <i>injures</i> <i>langage familier ou infantilisant</i> <i>mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée</i>	
Inattention à la souffrance physique ou psychique exprimée par la personne	
Dénutrition, malnutrition	
Problèmes de santé, perte d'autonomie, douleurs	
Manque d'aide Défaut / refus de soins Solitude, isolement Manque d'argent	Manque de personnel Défaut / refus de soins Manque d'affection Manque d'argent Manque d'hygiène des locaux et des corps Non respect de la dignité Placement forcé Inadaptation de l'établissement Contention, enfermement Représailles, menaces de représailles Incompétence du personnel Séparation du conjoint
Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.	

4 jamais lieu à des plaintes signalées : il s'agit par exemple du manque d'aide, de soins ou d'argent et de l'isolement pour les personnes vivant à domicile, du placement pour les personnes vivant en institution. En fait, aucun motif de plainte ne semble engendrer de dénonciation systématique à part les vols et les escroqueries financières importantes. Des ressentis plus intimes générant chagrin et souci, contrariété et parfois colère, ont été évoqués lors des entretiens avec les sociologues, comme la séparation vécue de façon douloureuse d'avec le conjoint, le manque d'affection ou encore le sentiment d'avoir été « placé(e) de force » en établissement, le manque d'argent, la solitude ou l'isolement à domicile. Ils n'entrent pas dans les typologies classiques des atteintes, même si l'on entend ce terme au sens large, alors qu'ils semblent influencer sur la sensation de bien être en générant des émotions souvent indicibles faute d'interlocuteurs, comme le sentiment d'inutilité et d'abandon.

Ainsi à domicile comme en établissement, les personnes incriminées et les actes évoqués comme causes d'atteintes à la personne semblent globalement de même nature dans les dossiers de plaintes adressés à la DGAS (personnes signalées) et parmi les personnes inter-

rogées dans l'enquête (personnes non signalées). Lorsque la plainte est exprimée, la gravité de l'atteinte liée au comportement n'est d'ailleurs pas nécessairement plus importante.

■ Une typologie des actes de maltraitance fondée sur les perceptions des personnes âgées interrogées.

Les motifs de plaintes exprimés dans les dossiers comme dans les entretiens ne s'inscrivent donc pas de façon évidente dans les typologies classiques des maltraitements envers les personnes âgées (DEBOUT 2002, HUGONOT 2003) qui distinguent traditionnellement : les violences physiques (meurtres, coups, viols), les violences psychologiques (langage grossier, cruauté mentale, menaces), les violences financières (rétention de pension, vols, héritage anticipé), les violences médicamenteuses (excès de neuroleptiques, privation de médicaments), les négligences actives (placement autoritaire, enfermement, contention), les négligences passives et les violation des droits et libertés du citoyen.

Les discours des personnes enquêtées et les lettres adressées à la DGAS conduisent ici à proposer une autre typologie des atteintes centrée sur les perceptions des victimes. Cette typolo-

gie se centre non sur la nature des actes mais sur les types d'atteintes dont les personnes indiquent avoir été l'objet. Elle se décompose en trois catégories : les atteintes à l'intégrité de la personne (tableau 3a), à la dignité (tableau 3b) et à l'autonomie citoyenne (tableau 3c).

Les témoignages montrent que les violences physiques, loin de se réduire aux coups, peuvent parfois prendre la forme d'une brutalité dans les gestes, d'une brusquerie ou d'une inattention qui semblent parfois anodines à l'auteur mais atteignent cependant la personne âgée.

La frontière entre violence physique et violence morale est d'ailleurs parfois difficile à identifier (comme l'illustre l'exemple 1). De même, la non prise en compte des capacités de la personne ou de ses handicaps dans la vie quotidienne par les aidants n'entre pas dans la typologie précédente, pas plus que le non respect des goûts alimentaires ou des menus (exemple 2). S'agit-il d'une négligence, d'un défaut de soin ou d'une inadaptation de l'établissement ?

Ces atteintes à l'intégrité physique se combinent souvent avec celles relatives à l'intégrité psychique que l'on peut qualifier d'atteintes à la dignité (Thomas 2002).

Elles recouvrent les paroles blessantes, humiliantes et dégradantes qui peuvent notamment être émises par des aidants ou des soignants (tableau 3b, exemple 1). Cette brutalité langagière n'est pas le propre des aidants familiaux ou professionnels de la vie quotidienne. Elle peut aussi être le fait de professionnels de santé, par exemple des médecins dans l'annonce du diagnostic (tableau 3b, exemple 2).

Y entrent aussi les atteintes à la pudeur liées notamment au manque de discrétion dans la gestion du « petit linge » ou de l'incontinence, ainsi que le sentiment d'infériorisation et d'humiliation que suscite le défaut d'hygiène ou d'égards (protections changées seulement une fois par jour, absence de nettoyage des aliments renversés) [tableau 3b, exemple 3].

Ces atteintes à la dignité s'accompagnent souvent d'un sentiment d'abandon, lequel est exprimé à travers des ressentis comme le fait de manquer d'affection, d'être éloigné des siens, d'être dépendant financièrement (tutelle, curatelle et argent de poche)

[tableau 3b exemple 4]. Il est le signe du manque d'intégration sociale vécu par les personnes âgées interrogées et de la dévalorisation qu'elles ressentent due à la vieillesse et aux handicaps.

Enfin les atteintes à l'autonomie du citoyen, dans la définition qui en est retenue ici, regroupent ici l'ensemble des comportements entravant la capacité ou réduisant la liberté de décider soi-même – autonomie n'étant pas ici l'antonyme de dépendance physique mais synonyme de la possibilité de décider et de choisir par soi-même pour soi-même (SAINT-JEAN et THOMAS 2003).

Elles vont de pair avec un sentiment de dépossession de soi ou de ses biens. Entrent dans cette rubrique la contention, l'enfermement, le placement et les soins forcés, l'interdiction de gérer soi-même ses médicaments, le port de vêtements imposés, le manque d'aide ou une aide inadaptée qui ne facilitent pas les activités, l'absence d'attention aux habitudes de vie aussi bien à domicile qu'en institution (horaires du lever, de la toilette, des repas, composition des repas), le manque d'argent, la spoliation des biens lors de l'entrée en maison de retraite et notamment de ses meubles qui symbolisent la vie passée et les efforts effectués pour les acquérir. Par conséquent, à domicile comme en établissement, cette catégorie d'atteintes recouvre tout ce qui donne à la personne le sentiment de ne pas pouvoir choisir, d'être assujettie au bon vouloir des professionnels ou d'une organisation collective, selon des règles qui échappent à sa compréhension. Ainsi les personnes âgées qui se plaignent d'atteintes à l'autonomie ont le sentiment de ne pas être traitées en adulte, que ce statut d'adulte responsable leur est refusé, d'être dépossédées d'elles-mêmes, de ne plus être sujet de droit et de libertés, mais objet passif de soins. Elles se sentent alors dépossédées de leur qualité de personne humaine ou de citoyen.

Les réactions des personnes âgées aux atteintes : de la banalisation à la revendication de cessation et de réparation

Les personnes âgées ne semblent pas très enclines à dénoncer elles-mêmes

T • 3a les atteintes à l'intégrité de la personne : comportements ayant des répercussions sur la santé physique ou le psychique

Brutalité et négligences dans la prise en charge de la personne âgée dans la vie quotidienne	« Sur ma table j'avais renversé. En voulant ramasser ma fourchette, je me suis appuyé sur la table et j'ai fait tout tomber de la table (pleurs) ... Elle m'a dit : " Ce soir je vous ressers tout ce qui est tombé" ». Hémiplégique vieillissant de 68 ans en maison de retraite depuis vingt-cinq ans. « Un soir elles sont venues à plusieurs pour le faire déshabiller. Il avait sa chemise de travail.(...) Les chemises de nuit d'ici n'ont pas de manches et il avait froid. C'était elles qui faisaient le plus de bruit et moi je pleurais ». (pleurs). exemple 1
Dénutrition liée à l'absence d'aide à la prise des repas à la non prise en compte des régimes ou des goûts de la personne âgée Ne pas écouter la personne manifestant un inconfort dans les soins en la laissant pleurer ou geindre	« Il faut pas que je mange des affaires avec de la sauce. Ils le savent : j'ai donné un certificat médical. Mais ils s'en foutent, hein !!! Savez-bien ils ont pas le temps de regarder tout ça ». exemple 2
Refus de soins ou administration de soins inadaptés Non soulagement de la douleur Manque d'hygiène	« Moi je ne lave pas les dos ni les pieds ». exemple 3
Brutalité ou inattention dans les gestes d'aide à la toilette	« Elle me piquait en me frottant le cou ». exemple 4
Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.	

T • 3b les atteintes à la dignité de la personne : comportements ayant des répercussions sur l'estime de soi

Paroles blessantes, humiliantes et dégradantes	« Vous avez fait votre temps. » « Parler au dessus de la personne comme si elle n'était pas là ». exemple 1
Brutalité dans l'annonce du diagnostic	« J'avais maigri de trois kilos. C'était pas normal, alors le docteur m'a envoyé passer une radio, " Monsieur R., vous avez une bricole ". Il a appelé ça. C'est comme ça qu'on m'a annoncé gentiment que j'avais un cancer. Qu'est-ce que vous voulez... » Homme de 76 ans pris en charge à domicile par son épouse. exemple 2
Atteintes à la pudeur	« Gêné » d'être lavé et habillé par une très jeune femme, s'est vu répondre en manière de blague : « " Te fais pas de bile ni d'illusions, tu feras fuir les femmes " ; y'a plus rien à faire il a tout coupé c'est ça ma vie ». Homme, 87 ans, amputé d'une jambe vivant à domicile. « Parce que souvent, il y a le pistolet [pour uriner] sur la table à côté de mon déjeuner. Et ça j'aime pas ». exemple 3
Sentiment d'abandon	« Et puis, les miens me manquent. Alors on pense beaucoup. On vit dans le souvenir. Et comme j'ai 87 ans j'ai pas le choix. Enfin, jusqu'ici ça s'est bien passé, y a pas à se plaindre ». Homme en maison de retraite publique depuis dix-huit mois. « La maltraitance, ce serait d'aller chez mes enfants et qu'on me délaisse, qu'on me parle mal, qu'on me tienne à l'écart de leur vie. La question de recevoir des coups dépasse mon imagination, mais ça peut arriver. Mais c'est plutôt de vous laisser livré à vous même quand vous n'êtes pas capable de subvenir à vos besoins. C'est ça, c'est l'abandon ». Femme de 83 ans vivant seule à domicile. exemple 4
Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.	

T
•3c

les atteintes à l'autonomie citoyenne :
comportements gênant la liberté de décision pour soi

Sentiment de dépossession de soi ou de ses biens Spoliation des biens et notamment des meubles	« Ils ont bien sûr débarrassé mon appartement et ils ont mis de côté tout ce qui m'appartenait, tous les meubles, tous mes meubles sont restés chez eux. ... [elle rit] j'aurais préféré avoir mon lit... ». Femme de 86 ans en maison de retraite rurale. exemple 1
Soins forcés Interdiction de gérer soi-même ses médicaments Port de vêtements imposés	« Quand j'étais à M. (hôpital psychiatrique), parce que j'ai fait de la dépression, j'ai beaucoup souffert. Toute ma vie j'ai souffert de la dépression.. Après on m'a mis sous curatelle parce que quand on va en hôpital psy, on pense qu'on n'est plus capable de gérer nos affaires. C'est vrai que les gros gros comptes, je sais pas trop... Moi j'étais à l'école jusqu'à 13 ans ». Elle conclut en disant : « On nous maltraite pas mais on nous écoute pas ». exemple 2
Manque d'argent et d'accès au soins	« Il faut que je fasse refaire tous mes appareils dentaires. J'ai fait trois devis pour prendre le moins cher. Le curateur m'a dit "Mais ça coûte trop cher, ça" ». exemple 3
Contention, enfermement, placement forcé	« Si vous n'êtes pas contente vous pouvez toujours vous en aller ». « Un jour, il m'a dit : "Tu prépares ta valise et on va t'amener à l'hôpital à B". C'est pour ça que je suis ici... Il m'a fichue dehors. Il m'a fichue à la porte... de chez moi. C'est pour ça que je suis ici ». « Ah ! je ne sais pas, parce que soit disant que... quand on faisait partie de l'Apa, on ne pouvait plus sortir, rien du tout. Alors j'espère qu'on peut quand même descendre un petit peu pour prendre de l'air ». exemple 4
Manque d'aide ou une aide inadaptée qui empêchent de mener les activités à bien Absence d'attention aux habitudes de vie aussi bien à domicile qu'en institution (horaires du lever, de la toilette, des repas, composition des repas)	« La maltraitance, c'est d'être bousculée, houspillée ; pressée [pour me lever, m'habiller, manger], ce serait qu'on me fasse faire des choses que je ne peux pas faire ». Femmes âgées de plus de 85 ans à domicile et en établissement. exemple 5
Exemples 1 à 5 : femmes âgées de plus de 85 ans à domicile et en établissement. Source : « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux actes de maltraitance », Rapport final Drees, 2004.	

6

auprès des autorités ou d'une association les maltraitances dont elles se plaignent par ailleurs à leurs proches ou, au cours des entretiens, aux sociologues. Comment expliquer cette quasi absence de plainte-revendication ? L'étude permet de dégager à partir des données d'entretien et des dossiers de plainte cinq « réactions types » des personnes âgées confrontées à des atteintes. Ces « réactions types » sont ici présentées de façon synthétique : la résistance efficace, le retrait, la dénégation *a posteriori* accompagnée de banalisation et de légitimation des atteintes subies, le déni et la somatisation, la dénonciation publique.

■ **La résistance efficace : les réactions ayant permis de faire cesser des comportements injustifiés.**

Dans les entretiens, certaines personnes interrogées n'expriment pas de motif de plainte ou témoignent de résolution aisée des situations insatisfaisantes, le dialogue étant privilégié. Dans notre échantillon non représentatif statistiquement, cela concernait exclusivement des personnes peu ou moyennement dépendantes physiquement, vivant à domicile seules ou en couple avec des aidants professionnels et dont les enfants assuraient une présence régulière auprès d'elles³. Malgré leurs

handicaps physiques et leur dépendance envers autrui concernant les tâches de la vie quotidienne, ces dernières déclaraient avoir la liberté de choisir, de refuser, bref de dialoguer avec l'aidant pour arriver à un compromis. Elles apparaissent à cet égard comme des sujets pleinement autonomes, malgré la dépendances physique, sociale ou financière vis-à-vis de tiers.

Bien qu'ayant été confrontées à des atteintes, ces personnes ne se considèrent donc pas comme maltraitées, souvent parce qu'en se plaignant à l'auteur de ces atteintes, elles ont obtenu leur arrêt. Les entretiens témoignent de conflits qui ont donc été résolus grâce à une prise de parole des victimes. Si la démarche échoue, soit le plaignant désavoué se retire et entre dans les schémas du silence, du déni, de la légitimation des atteintes, ou de la lamentation sur soi-même, soit très exceptionnellement (3 cas sur la quarantaine observée), il donne de la voix, s'adresse à une autorité compétente et entre dans une des deux catégories suivantes (HIRSCHMAN 1995). Ces personnes, lorsqu'elles ont été victimes d'atteintes, ne légitiment en rien les actes commis et s'estiment confrontées à l'injuste et l'injustifiable. Intolérables à leur yeux, ces atteintes qu'elles n'expriment pas toujours spontanément en termes de maltraitance doivent être dénoncées et cesser. Leur situation socioéconomique relativement plus favorisée (catégorie socioculturelle, situation familiale) peut expliquer en partie cette aptitude à revendiquer ainsi que leur histoire de vie (ancien syndicaliste, dirigeant, déportés, militaire ou résistants) qui les a parfois conduit à s'engager, se mobiliser et à donner de la voix, notamment dans leur vie professionnelle antérieure.

Ainsi de cette ancienne ouvrière de 75 ans, battue par son mari dans sa jeunesse et qui a fini par porter plainte et divorcer. Travaillant à la chaîne dans une usine, elle s'est alors engagée dans des luttes syndicales, a mené des grè-

3. Celles-ci connaissent d'ailleurs une définition large de la maltraitance qui renvoyait davantage aux atteintes à l'autonomie et à la dignité (abandon, violences morales) qu'aux violences physiques.

ves. Au long de son parcours de vie, elle est devenue « apte à se défendre ». « Comme j'ai toujours dit à mes enfants, il ne faut pas subir les choses, il n'y a rien de pire que subir dans la vie ». De même pour cet homme de 91 ans vivant seul avec une aide à domicile : « En ce temps-là elle m'a maltraité. Hein ! Elle voulait me foutre sur la gueule comme on dit elle travaillait... pour... des handicapés. Alors elle criait dessus tant ou autant, ils avaient peur d'elle hein. Mais moi j'ai pas peur d'elle, hein ! Hé ! non hein ? Là-dessus, j'ai pris le téléphone, j'ai appelé M^{me} F. [la responsable de l'association]. Pour la peine, elle n'a plus eu de travail ». Les personnes âgées qui ont ainsi réagi ne portent d'ailleurs pas toujours plainte pour elles-mêmes mais parfois pour des proches ou d'autres résidents.

■ La banalisation et la légitimation des atteintes.

Dans ce cas de figure qui concerne des cas non signalés, les personnes se plaignent d'atteintes voire de maltraitements au cours de l'entretien et s'en sont parfois ouvert sur le même mode à leurs proches. Cependant elles n'ont exprimé précédemment aucune revendication ni auprès de l'auteur des faits, ni auprès d'une autorité, car elles se situent dans une attitude de dénégation (LAPLANCHE et PONTALIS 1967) ou de justification. Considérant comme « normal » et « banal » d'être maltraitées, elles ne peuvent se définir comme telles. « On a plus raison de rien. Vous dites quelque chose, on vous envoie presque balader. On n'en est pas la cause. On n'y peut rien. Regarde un peu, mince ! On est malade », dit une femme issue d'un milieu populaire et vivant en maison de retraite. Elles légitiment de différentes manières ce qu'elles subissent, avec des leitmotifs renvoyant à la fatalité et au destin du vieillissement. On peut ainsi distinguer divers arguments qui légitiment dans leur propos les comportements négatifs dont elles sont l'objet : des atteintes psychiques ou physiques, invisibles et quotidiennes (brusquerie, retard dans les soins, absence d'écoute des demandes de la personne...) sont banalisées dans les propos : « C'est partout comme

ça », « Ca a toujours été comme ça », sous-entendu : « Ca ne peut donc pas être autrement ». L'absence d'autonomie de décision consécutive à la perte d'autonomie physique est alors intériorisée comme normale : l'absence de liberté de choisir, d'alternative, de consultation sur ses désirs et habitudes est considérée comme allant de soi.

- La souffrance peut aussi être niée dans une éthique de résistance au mal (« Je suis dur au mal », « Je ne suis pas du genre à me plaindre »), ou parce que la souffrance endurée n'est rien au regard de ce que l'on a vécu par le passé (« Moi, j'en ai vu pendant la guerre et après ») ou de ce que d'autres vivent dans le monde (« Moi, j'ai fait mon temps... »).

Ainsi certaines personnes qui ont eu une jeunesse ou une vie adulte difficile et éprouvante relativisent l'importance des atteintes comparées à celles auxquelles elles ont été exposées précédemment. Elles ne voient d'ailleurs pas d'alternative à la situation actuelle soit qu'on leur ait dit qu'elles n'en avaient pas : « Si vous n'êtes pas contente, vous pouvez toujours vous en aller », a-t-on répondu à une femme de 85 ans en maison de retraite rurale, soit qu'elles se résignent, au vu du passé, à une situation peu agréable mais supportable, tel cet homme de 87 ans vivant en maison de retraite publique qui déclare résigné : « Je subis. Je comprends bien qu'ils ne peuvent pas arriver à faire pour cent personnes, chacun un petit programme pour lui. Moi, je vois mal ça. Ils font une généralité, une moyenne et puis voilà. Ils adaptent. C'est pour ça que je dis c'est comme ci c'est comme ça. Mais c'est pas comme au régiment quand même » ou cet homme de 70 ans ancien agent hospitalier qui déclare : « Enfin, avant c'était un peu plus sévère [dans les hospices] parce que les punitions tombaient plus que maintenant. Maintenant, il y a plus de punitions, disons, hein ... plus personne de consigné à la chambre en pyjama ».

- Les conduites brusques, brutales ou humiliantes des soignants peuvent alors leur sembler justifiées de manière collective ou individuelle. Telle aide-soignante est brusque parce que « c'est dans son caractère », telle autre parce qu'« elle a des soucis ». La surcharge

de travail, le manque de formation, de bonne volonté sont également invoqués, ou encore le manque d'autonomie des auteurs d'atteintes dans leur façon d'agir. Les contraintes de la vie collective, du manque de personnel sont en fait intériorisées par les plaignants.

- Les caractéristiques négatives et stigmatisantes du vieillissement sont aussi évoquées dans leurs propos. Ces victimes s'auto-dévaluent comme « vieilles et malades ». Elles ont le sentiment d'appartenir à une catégorie de population rejetée par l'entourage (professionnels), les proches (famille, amis) et par la société (représentations du vieux comme inutile, comme une charge). « On me dit que, parfois, je rabâche. On me dit : " Tu l'as déjà dit ". Quand je vois que je vais rentrer en conflit avec eux, je me tais, je ne dis rien », explique une femme vivant avec son fils. Ils jugent donc normal de ne pas toujours être écoutés et se dénie le droit de demander quoi que ce soit, et en premier lieu de revendiquer d'être bien traités. « Qu'est-ce que vous voulez la société là [les déments], c'est comme ça hein. C'est des moitiés... Je ne pourrai pas y tenir toute ma vie... ».

- L'infantilisation est alors acceptée comme un fait normal lié à une condition de « mineure », comme en témoigne cette femme de 77 ans sous tutelle en maison de retraite qui évoque ce type de relations avec son neveu à qui elle a vendu sa maison en viager : « Un jour, il m'a dit : " Tu prépares ta valise et on va t'amener à l'hôpital à B ". C'est pour ça que je suis ici... Il m'a fichue dehors. Il m'a fichue à la porte... de chez moi. C'est pour ça que je suis ici ». Avec le tuteur : « Il faut que je fasse refaire tous mes appareils dentaires. J'ai fait trois devis pour prendre le moins cher. Le curateur m'a dit : " Mais ça coûte trop cher, ça " ». Comme avec les soignants : « Un matin, je me suis levée tard. Je fais de la sinusite. J'avais mal à la tête, ici, ici, là. Je me suis faite engueuler parce que je suis arrivée en retard pour prendre mon petit déjeuner ». Sa réaction à tous ces « malheurs » est celle de la somatisation « Quand j'étais à M. [hôpital psychiatrique], parce que j'ai fait de la dépression, j'ai beaucoup souffert. Toute ma vie j'ai souffert de la dépres-

sion. Après on m'a mis sous curatelle parce que quand on va en hôpital psy, on pense qu'on n'est plus capable de gérer nos affaires ». Elle conclue en disant : « On nous maltraite pas mais on nous écoute pas ».

- La dénégation de la maltraitance peut aussi être une stratégie pour conserver une image positive de soi. Être maltraité est en effet considéré par certains comme une honte (TISSERON 1992), un aveu de faiblesse : être victime, c'est être faible, s'avouer dominé : « Il y en a bien une [aide-soignante] qui est un peu vivace, mais ça va. Elle se monte pour un oui ou pour un on mais elle m'a rien dit à moi. Mais elle crie à travers les gens qui mérite pas (...). Je lui ai rien dit moi », déclare un homme célibataire de 75 ans en maison de retraite. Ainsi cet homme qui se plaint tout au long de l'entretien, notamment d'avoir été brusqué, donne comme définition de la maltraitance « être brusqué » mais affirme en même temps n'avoir jamais été maltraité. Il évite de cette manière de redoubler l'atteinte à la dignité constituée par la maltraitance par celle que constitue le fait de s'avouer victime.

- La figure de l'inversion de problématique vient parfois compléter l'argumentaire de banalisation et de légitimation de la maltraitance par les aidants professionnels en établissement. Les comportements des autres résidents sont alors incriminés comme étant grossiers, désobligeants ou pénibles à l'endroit du personnel. « Le bonhomme [un autre résident] il faisait que se lever, s'en aller. Quand elles le ramenaient, il les engueulait. Il n'était pas là qu'il repartait alors... Pour moi, c'était lui qui n'était pas raisonnable », justifiant la brusquerie ou la mauvaise humeur et faisant craindre des représailles non ciblées. « Bon euh, comment va réagir le personnel [lentement] ? Bon si moi je... un exemple, si je vais agresser un membre du personnel ce n'est pas vous qui va en subir les conséquences mais ça met dans l'énerverment, dans la fatigue, ... travailler en maison, en centre hospitalier, c'est fatigant ». Ces résidents prennent alors fait et cause pour les soignants de peur d'être assimilés aux « mauvais clients » et de devenir également victimes de leur énerverment.

Elles cherchent à passer pour de « bons clients », à gagner la sympathie du personnel en étant serviables. « Des paroles blessantes ? Mais non, au contraire, on m'a dit encore il y a deux, trois jours : " Vous êtes bien gentille, vous pensez toujours à rendre service ! " Je dis : Non, il faut être gentille, on est là à 80, si on, si on se bat, ça va plus hein ça. Mais il y a des méchantes gens [des résidents], ils disent n'importe quoi (bis) ! » Par ailleurs, ces personnes se plaignent d'atteintes à la dignité perpétrées par des résidents sur des soignants, de paroles discourtoises envers les soignants et donnent une définition de la maltraitance réduite aux seules violences physiques. Ils ne peuvent donc considérer les atteintes à la dignité comme de la maltraitance.

Dans les entretiens, les personnes âgées qui ont légitimé les atteintes à l'intégrité ou à l'autonomie dont elles sont victimes *a posteriori* en admettant leur existence car intériorisant le point de vue de ceux qui les commettaient, étaient plutôt issues de classes populaires. Il en est ainsi d'un ancien ouvrier agricole de 72 ans expulsé par son ancien employeur, entré en maison de retraite au moment de sa mise à la retraite deux ans avant et qui appelle le directeur de l'établissement « le patron » : « Je m'occupe un peu de l'entretien. Le jardin, tailler les haies, je soigne les poules. Sinon, y a pas de travail ici. C'est du repos. Et je m'occupe sinon je m'ennuie. Les patrons ils me trouvent gentil. Depuis que je suis là, le parc a changé. C'est propre. C'est joli ». Il évoque des brusqueries à l'égard d'autres résidents moins « sages » : « C'est pas parce que parfois ils sont obligés de rouspéter pour une bêtise... En tout cas, ils se fâchent pas avec moi. Personne. C'est mon caractère. Je leur rends service au contraire. Je donne un coup demain. Tant que ça va pas plus mal, tant qu'on peut se remuer. C'est pas si mal que ça ».

- Enfin, les personnes ne se plaignant d'aucune atteinte à leurs proches ou devant les autorités peuvent aussi ne pas s'en rendre compte pour cause de démence ou de maladie d'Alzheimer : « Maman n'en a rien à faire, elle s'en fout. Elle a presque 92 ans. À son âge,

c'est normal de se foutre de ces choses-là. Je connais d'autres personnes âgées, c'est la même chose pour elles. Elles n'ont plus d'autonomie d'esprit, elles ne se rendent pas compte ». Dans ce cas, les maltraitances sont souvent révélées par l'entourage (spoliation de biens notamment). Celui qui porte plainte agit alors en qualité de témoin, d'observateur des maltraitances sans que la personne âgée en soit directement à l'initiative, mais plutôt l'objet.

■ Être désavoué et faire silence.

Un troisième type de réaction identifié dans les entretiens est celui selon lequel, bien que les personnes se plaignent auprès du sociologue et de leurs proches, et malgré un sentiment d'illégitimité ou de caractère anormal et injuste des atteintes subies, elles n'expriment pas de plainte rien auprès de leur auteur ou des autorités compétentes. Elles se contentent de parler et d'être écoutées par des oreilles compatissantes car, enfermées dans une attitude fataliste, elles ont effectivement le sentiment de ne pas pouvoir agir, ni se faire entendre. Elles justifient d'ailleurs leur silence par le sentiment d'être incompétentes, impuissantes à porter la plainte car elles s'estiment trop vieilles, trop isolées, malades, ignorantes ou pauvres.

Parmi elles, certaines ont déjà revendiqué leurs droits ou tenté de faire cesser ces atteintes par le passé mais se sont heurtées à un rejet, et déclarent ne plus le faire à cause de l'échec de leurs prises de parole antérieures. Elles se montrent résignées : « Elles sont comme ça. Elles disent : " Ah Monsieur, qu'est-ce que vous croyez ? j'ai pas le temps nanani nanana. " Je connais ce langage par cœur. Je dis : " Vous m'avez oublié ? " " Ah oui M. B. On n'avait pas le temps et patate patate... " ».

Elles s'excusent même parfois d'avoir réagi auparavant, comme cet homme (cf. tableau 3a exemple 1 et 3b exemple 3) qui, s'étant fait humilier plusieurs fois par une aide-soignante, s'est trouvé atteint dans sa fierté masculine et son honneur d'ancien combattant : « Ils me font pas peur parce que j'ai fait l'Algérie. J'étais sous-officier du contingent ». Il a eu avec elle un

échange vif. « *Et maintenant, vous ne la voyez plus ?* » (pleurs). Si. On a dû lui en parler. On a même eu une altercation. Je lui ai même acheté des bonbons. (pleurs) ... ». Il ajoute, échaudé : « *Toutes les choses ne sont pas bonnes à dire... Oh, ici tout me plaît ! Je me mets à leur portée. Elles diraient : "Mêle-toi de ce qui te regarde". Et elles auraient bien raison. Je ne dis rien pour ne pas avoir de reproches* ». Il se décrit lui-même comme un meuble encombrant qu'on déplace à heures fixes. « *Les choses sont simples. Le matin, on m'habille, on me mets dans le salon... et le soir, quand c'est le moment de se coucher, on me ramène là [dans sa chambre]* ».

Les plaintes de ces personnes leur sont renvoyées comme étant illégitimes, et leur parole jugée sujette à caution : « *Les vieux sont toujours en train de se plaindre* », « *De toute façon il n'a plus toute sa tête* » : « *On ne peut pas faire autrement* », « *On n'a pas le temps de faire du cas par cas* », « *Vous n'avez pas à vous plaindre* ». L'auteur des atteintes ou sa tutelle hiérarchique leur a signifié qu'elles n'étaient pas autorisées ou légitimes à revendiquer, ce que certaines ont intériorisé.

C'est aussi la menace, la crainte de représailles qui peut faire « abandonner le combat » (le vocabulaire guerrier est très présent chez ceux qui expriment une plainte). Pour toutes ces personnes qui se sentent impuissantes à agir elles-mêmes, les confidents peuvent devenir des porte paroles auprès des autorités. Celles qui parviennent à porter la plainte doivent être considérées par son destinataire comme légitimes à le faire ; cela implique que ce dernier considère le plaignant en possession de tous ses moyens psychiques, ce qui n'est pas toujours le cas.

■ Le déni et la somatisation des atteintes.

Dans ce quatrième type de réaction aux atteintes, les soupirs, les rires gênés, les silences, les pleurs sans parole, comme seules réponses aux questions sur le déroulement de la vie quotidienne et sur ses émotions, sont des signes possibles d'un déni des atteintes (LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B.(1975). « *Oui (...)* J'ai demandé par-

fois [à faire la sieste] (pleurs) deux ou trois fois, je n'en pouvais plus (pleurs). Ça a été accordé deux fois ». La souffrance morale n'est pas toujours exprimée par des mots et des rires gênés peuvent alors répondre à la question : « *Avez-vous déjà été maltraité ?* », ou dissimuler l'insatisfaction. L'enquêté commet des lapsus, comme cette femme de 82 ans, placée contre son gré en maison de retraite mais qui cherche à le cacher : « *Je me déplaçais bien ici* ». La plainte sans objet ni auteur désigné explicitement s'exprime en creux dans l'entretien dans une litanie relative aux maux physiques alors que toute autre forme de douleur est déniée.

La souffrance morale n'est parfois lisible que dans les attitudes ou les expressions (« sa souffrance se lit sur son visage », écrit à la DGAS un homme dont l'épouse, quasi muette, fait l'objet d'un signalement pour maltraitance en maison de retraite), dans la dégradation de l'état de santé ou dans les pleurs qui ponctuent l'entretien avec le sociologue ou dans l'expression du désir de mourir pour ne plus être une charge pour ses enfants et pour la société. Ces effets néfastes de la maltraitance sur la santé peuvent être une conséquence directe ou indirecte des maltraitements (défauts de soins).

Les autres modes d'expression indirectes en sont parfois une humeur morose ou la dépression : « *Y'a beaucoup de monde, on ne peut pas s'occuper que de moi. Je voudrais qu'on me donne... pour mourir. J'attends la mort, je voudrais qu'elle vienne* », déclare en pleurant et s'étouffant une femme en long séjour quand la sociologue lui demande si elle estime que l'on s'occupe bien d'elle ici. Le repli sur soi ou la somatisation (MAC DOUGALL 1989) constituent d'autres formes de manifestations somatiques comme l'angoisse et l'insomnie liées aussi à l'inactivité et à l'ennui : « *J'aime pas parce que je me réveille avec de l'angoisse. Je ne veux pas en parler à la doctoresse parce qu'elle me dirait : "je ne veux pas vous plaindre. Chez les gens âgés, ça le fait, ça"* ». Les personnes, victimes d'atteintes, même si elles ne sont pas physiques, se plaignent alors d'une dégradation de leur état de santé ou de douleurs, indices et arguments souvent uti-

lisés par les familles et les professionnels pour déceler l'existence de la maltraitance. « *J'ai mal ici, dans la hanche, là... Je ne sais pas pourquoi j'ai mal là, des fois, c'est partout, partout, partout. Je suis remplie de douleur ! Il y a des jours, je dis bien, je resterais bien là mais ce n'est pas la peine, parce que c'est très mauvais de rester assise toute la journée. C'est la mort instantanée de ne pas bouger hein. Je ne sais pas si vous me croyez, vous voyez ce que je veux dire* », déclare une femme de 94 ans ancienne ouvrière en maison de retraite qui fait des travaux de couture pour le personnel.

Ce sont des hommes et des femmes très âgés vivant en institution (maison de retraite ou long séjour) qui ont manifesté le plus souvent ce type de réactions lors de l'enquête par entretiens. Contrairement aux précédents, ils donnaient alors une définition restreinte de la maltraitance (violences physiques) dont ils ne s'estimaient pas victimes, tout en se plaignant d'atteintes à leur intégrité physique et à leur dignité. Ils semblaient éprouver une honte à se plaindre, à se dire maltraités en se réfugiant dans le déni. Celles et ceux qui dans les dossiers de signalement portaient plainte pour ceux-là se trouvaient donc dans une position d'observateur ou de témoin visuel, ne pouvant s'appuyer sur aucune parole de la personne âgée, car aucune demande ou plainte n'avait été exprimée par la personne elle-même.

■ Dénoncer les atteintes aux autorités : la plainte-revendication à portée générale.

Si dans les cas précédents les atteintes n'ont pas donné lieu à plainte devant les autorités sanitaires, dans d'autres cependant, elles conduisent des tiers compatissants à se mobiliser pour défendre les victimes d'atteintes. De fait, lorsque la plainte est portée, c'est soit un membre de la famille soit un proche ou un professionnel qui intervient auprès des autorités compétentes (direction de l'institution, Ddass, élu local, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, DGAS, Police, Justice...). Cette intervention d'un tiers est fréquente dans les cas où la personne victime des atteintes n'a pas d'autorité sur son

auteur ni les compétences requises (culturelles, financières, autonomie, aptitude à revendiquer à se faire entendre et reconnaître) pour faire reconnaître la maltraitance. Au-delà du recours aux autorités, certains plaignants réclament également des réformes de type législatif ou réglementaire.

Comme nous l'avons vu précédemment, les motifs des plaintes exprimés directement à leur auteur ou portés à la connaissance des autorités sont globalement de nature peu différente de ceux

des plaintes qui ne le sont pas. Cependant, dans tous les cas, il reste plus facile pour les plaignants de se faire entendre lorsqu'il s'agit d'un acte reconnu comme délictuel (vols, coups et blessures, abus de faiblesse) ou criminel (actes inhumains et dégradants) par la loi. Une enquête administrative est en effet systématiquement demandée lorsque sont signalées des atteintes à l'intégrité physique. En revanche, les plaintes pour atteintes à la dignité et à l'autonomie reçoivent moins souvent

de réponses. Pour tenter de les faire aboutir, les plaignants ont alors tendance soit à qualifier les actes dans les termes de l'infraction (« violences », « actes de barbarie », « abus de faiblesse »...), soit à employer le vocabulaire socio-sanitaire de la maltraitance (« négligences », « défaut de soin »), afin de légitimer la plainte et d'être entendus. Les plaignants doivent donc faire preuve d'une compétence rhétorique à exprimer la plainte tant dans la narration des faits que dans l'expression du motif de la plainte, l'apport de preuves, la démonstration du caractère intolérable des atteintes subies ou de la capacité à les requalifier dans le vocabulaire médico-social de la « maltraitance », terme très peu familier aux victimes elles-mêmes. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles il est très exceptionnel que ce soit la victime elle-même qui fasse cette démarche. Les plaintes portées par les personnes âgées le sont plus généralement pour des amis ou des membres de la famille, souvent victimes d'atteintes à l'autonomie.

Les plaintes écrites par des tiers sont souvent le moyen d'obtenir l'ouverture d'une enquête. Lorsque c'est la personne âgée qui porte la plainte pour elle-même, elle est obligée d'insister sur l'ensemble de ses faiblesses dont les auteurs des atteintes se joueraient et peut alors être perçue comme faisant subir à son entourage des plaintes injustifiées et répétées. Ces courriers ne donnent d'ailleurs que rarement suite à une enquête. La maltraitance n'est souvent pas reconnue car les faits évoqués ne sont pas considérés comme suffisamment « graves », ou encore la victime est plutôt suspectée d'être « délirante », comme en atteste parfois la demande de visite psychiatrique des autorités sanitaires. Même si les personnes parviennent à porter la plainte, il faut que son destinataire reconnaisse le plaignant comme sujet de droit digne de foi et de raison afin que cette plainte soit prise en compte et traitée.

Dans les dossiers examinés, quand la plainte appuyée sur des témoignages de tiers concerne le fonctionnement d'un établissement sanitaire ou social, les autorités déclenchent à chaque fois une enquête administrative. Citons pour exemple la dénonciation des agisse-

E•1

Éléments bibliographiques

- BOLTANSKI L., DARRÉ Y., SHILTZ M.-A. : « La dénonciation », Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1984, n° 51, pp.3-40.
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, Paris, Fondation nationale de gérontologie, ministère de l'Emploi et de la solidarité, 1999 (1^{re} version 1987).
- DEBOUT M. : « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », Rapport au Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, janvier 2002, 85 p.
- DUPRE-LEVEQUE D. : « Une ethnologue en maison de retraite », Paris, EAC, 2001.
- ELIAS N. : « Esquisse d'une théorie de la civilisation », in La dynamique de l'Occident, trad. française, Paris, Calman-Levy 1975.
- Gérontologie et société, n° 92, « La maltraitance », 2000, 178 p.
- HIRSCHMAN A. O. : Défection et prise de parole, trad. Française, Paris, Fayard., 1995.
- HUGONOT R. : La vieillesse maltraitée, Paris, Dunod, (1^{ère} ed. 1998), 213 p., 2003.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. : Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF. Entrées « déni » et « dénégation », 1975.
- LYOTARD J.F. : « Le différend », Paris, Minuit, 1983.
- Mac DOUGALL J. : « Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse », Paris, trad. française, Gallimard, 1989.
- « Une maltraitance ordinaire : perceptions de la maltraitance des personnes âgées en institution et au domicile », Rapport final pour le ministre aux Personnes âgées, Drees, mars 2004, 152 p.
- MOSSÉ G. L. : « De la Grande Guerre au totalitarisme. La brutalisation des sociétés européennes », trad. Française, Hachette, coll. « Littérature », 1999.
- SAINT-JEAN O., THOMAS H. et alii : « Boire de l'alcool en institution. Un privilège témoin de maintien de la citoyenneté », in Gérontologie et société, n° 105, juin 2003, p. 151-160.
- SAINT-JEAN O. et THOMAS H. : « Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution », in Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement, Drees, Dossiers Solidarité et Santé, Documentation Française, n° 1 – janvier-mars 2003, p. 57-68.
- TISSERON S. : « La honte. Psychanalyse d'un lien social », Paris, Dunod, 1992.
- THOMAS H. : « Du lancer de nain comme canon de l'indignité. Le fondement éthique de l'État social », in Raisons politiques, n° 6, mai 2002, « Repenser l'Etat social », p. 37-52.

ments du personnel par un professionnel de santé extérieur à l'établissement concerné : « Certaines personnes (aide-soignante) n'ont aucun respect pour ces personnes âgées, les traitant mal, les

4. « Il est d'une victime de ne pas pouvoir prouver qu'elle a subi un tort. Un plaignant est quelqu'un qui a subi un dommage et dispose de moyens pour le prouver. Il devient une victime s'il perd ces moyens » (LYOTARD, p. 22).

tutoyant, bâclant leur travail auprès d'elles, les bâtiments sont sales, les personnes incontinentes changées qu'une voire deux fois par jour (...) macèrent dans leurs urines ». Ce qui est décrit dans cette lettre, comme dans beaucoup d'autres, ce sont des atteintes à l'autonomie et à la dignité, dans la vie quotidienne, telles que celles rapportées dans les entretiens ou dans des lettres de victimes. La plainte a été jugée recevable : la Ddass a effectué une enquête administrative.

Tout se passe donc comme si, pour les maltraitances vécues par des personnes vulnérables (personnes âgées, plus ou moins dépendantes), il fallait le plus souvent un garant extérieur pour rendre la plainte crédible, audible, légitimée par le regard extérieur du porteur de la plainte. La qualité de témoin fiable semble ainsi primer sur celle de victime, les victimes sont alors perçues par les destinataires des plaintes comme ne pouvant pas parler et attester du préjudice subi (LYOTARD 1983)⁴. ●

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Exclusion bancaire, insertion sociale et professionnelle, protection sociale, services de soins aux personnes âgées, solidarités familiales, travail social »

n° 3, juillet-septembre 2004

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne : avancement et perspectives »

n° 2, avril-juin 2004

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr