

25 mars 2021



SENIORS ET MALTRAITANCE

Lutter contre un problème de santé publique

Pourquoi pourrions-nous parler de *maltraitance grise* ?

La contention en maison de repos : une maltraitance encore tolérée ?

Penser la maltraitance sans réduire les aînés à leur *vulnérabilité*

1. Un nouvel intolérable

La maltraitance à l'encontre des seniors constitue un problème de société récent, en raison d'une « prise de conscience tardive¹ ». En effet, ce n'est qu'à partir des années 80 que celle-ci émerge comme phénomène social, voire mondial – « lié à l'expansion démographique du grand âge dans les sociétés industrialisées² ». Il a ainsi connu un mouvement comparable aux phénomènes de violence conjugale et de maltraitance infantile, dont les tournants se sont opérés une et deux décennies auparavant. Si ces violences existaient déjà avant, on va désormais les considérer comme spécifiques à certaines *populations vulnérables*.

L'évolution de nos valeurs et de nos sensibilités redéfinit **les intolérables³**. Des aspects intimes de l'ordinaire de la vie familiale vont dès lors se retrouver au centre des décisions politiques et au cœur des revendications sociales. Le banal d'hier devient l'intolérable d'aujourd'hui. Les campagnes de sensibilisation à *la violence éducative ordinaire*, la fessée par exemple, illustrent de manière emblématique le déplacement de nos « seuils de tolérance⁴ ». Car pour parvenir à la mise en place d'un arsenal législatif, « il faut des réprobations morales initiales, des

certitudes consensuelles, un lent cheminement des consciences et des affects⁵ ». Ainsi, la création par décret de l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés (Respect Seniors) en 2008 a permis d'organiser un travail de terrain déjà préexistant⁶.

La requalification en *maltraitance* de certaines violences faites à l'encontre des personnes âgées a permis de mettre un mot sur leurs souffrances et d'agencer des actions de prévention, de formation, d'accompagnement, voire de protection. Les proches, les professionnels, les associations et pouvoirs publics participent conjointement à la lutte. Autrement dit, cela nous concerne tous : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on peut la considérer comme un véritable **problème de santé publique⁷**.

Nous retiendrons la définition proposée par l'OMS qui considère la maltraitance comme :

« UN ACTE UNIQUE OU RÉPÉTÉ, OU L'ABSENCE D'ACTION APPROPRIÉE, SURVENANT AU SEIN D'UNE RELATION D'OU L'ON ATTEND PLUTÔT LA CONFIANCE, QUI EST SOURCE DE PRÉJUDICE OU DE DÉTRESSE POUR LA PERSONNE ÂGÉE⁸. »

Il est aujourd'hui admis que la violence à l'encontre des aînés ne se limite pas aux seules manifestations ostentatoires, mais est bien souvent **ordinaire**⁹ et **invisible**¹⁰ – ce sont tous ces « petits riens qui nuisent au quotidien¹¹ », mais qui peuvent avoir de profondes répercussions sur la santé des victimes : par conséquent, la négligence aussi est considérée comme une forme de maltraitance. Ces actes cachés doivent sortir de l'ombre ; c'est par la **reconnaissance** d'une situation abusive que la maltraitance acquiert une existence¹².

Toutefois, rappelons que la médiatisation de quelques faits divers contribue à détériorer l'image de nos maisons de repos ; elles que l'on éloigne de notre vue¹³ car traitant avec la fin de vie, avec la maladie et la mort, semblent ne réapparaître que lorsque survient un soupçon de violence institutionnelle. Cette dernière nous invite à réfléchir sur la place de nos aînés dans la société, mais ne doit conduire ni à l'exagération de la maltraitance en institution ni à l'omission de celle qui s'imisce au sein des maisons : « la famille est le creuset de toutes les violences¹⁴ ». La maltraitance à l'encontre des seniors a lieu dans le huis-clos de la résidence comme dans celui du domicile.

Serions-nous étonnés en découvrant que l'auteur d'une telle

maltraitance appartient, dans la majorité des situations, au cercle familial (d'abord l'enfant, ensuite le conjoint et loin derrière les autres membres¹⁵) ? Des rapports familiaux difficiles ou le besoin d'argent expliquent parfois le passage à l'acte. Mais il est aussi accepté que la prise en charge d'une personne âgée dépendante puisse constituer un lourd fardeau pour celui ou celle qui supporte tout le « poids du concret¹⁶ » au quotidien. Le soin commence à dérailler¹⁷ ; la **relation d'aide** devient, petit à petit, maltraitante. Il est alors tentant d'établir un lien entre la construction de la maltraitance comme problème de santé publique et la reconnaissance progressive du statut d'aidant proche : l'octroi d'un congé et la mise en place de dispositifs d'accompagnement et de répit visent notamment à réduire le stress de l'aidant, facteur de risque de maltraitance.

À elle seule, la théorie du *fardeau de l'aidant* ne permet pas d'expliquer un phénomène aussi complexe¹⁸. Les réponses doivent être adaptées au cas par cas. Peut-être faut-il alors commencer par refuser d'incriminer l'auteur et de victimiser l'aîné, pour adopter, à l'instar d'Infor-homes (à travers son service *Ecoute Seniors*), une approche compréhensive : la maltraitance peut être vue comme « la traduction d'un lien qui dit sa souffrance de manière inappropriée¹⁹ ».

2. La maltraitance grise

La maltraitance, plus qu'une réalité objective, doit aussi être pensée comme *socialement construite*²⁰. Cela ne signifie pas que les actes maltraitants n'existent pas, mais bien que reconnaître la souffrance ne va pas toujours de soi, et résulte d'un processus où interviennent de multiples acteurs (experts, intervenants sociaux, policiers, etc.). Ce qui est intolérable pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre : pour qualifier un acte de maltraitant, le regard extérieur joue un rôle primordial²¹.

On comprend alors que la définition du cadre d'un problème de santé publique fait bien souvent l'objet de *lutttes constantes*²² ; ce qui, par ailleurs, rend incertaine toute évaluation de la prévalence²³ et complique la mise en place de dispositifs de prévention et de lutte. Il existe un chiffre noir des violences à l'encontre des aînés. Nous pourrions parler de *maltraitance grise*, car la définition de celle-ci évolue et n'est jamais parfaitement reconnue : il s'agit d'un phénomène à la fois fluide et flou.

La partie immergée...

Afin de libérer la parole, les associations brandissent des slogans tels que : *La maltraitance, parlons-en, N'hésitez pas à en parler, Ça suffit, brisons le silence !*²⁴

Soulignons toutefois que ceux-ci révèlent, paradoxalement, la persistante d'un certain tabou social. On ne s'étonnera pas alors du manque de données officielles : tel un *iceberg*, un décalage subsiste entre la maltraitance estimée et les actes recensés. Les causes sont évidemment multiples, et le budget alloué aux associations fragilise cruellement leur champ d'action. Que ce soit pour cette raison, par

crainte de représailles ou de briser les relations familiales, par méconnaissance des associations, par manque d'information pour reconnaître les actes maltraitants ou de ressources pour les dénoncer, ou encore par une réponse pénale inadaptée, le constat est sans appel :

« [...] NOUS NE PROGRESSONS PAS EN DÉPIT D'UNE REMISE EN QUESTION PERMANENTE DE NOS FAÇONS D'OPÉRER AINSI QUE LES TENTATIVES RÉGULIÈRES DE COMMUNICATION. INVARIABLEMENT DEPUIS QUELQUES ANNÉES LA COMMUNICATION RÉPÉTITIVE (NOUS PENSONS PARTICULIÈREMENT AU SPOT TÉLÉVISUEL) VERS LE GRAND PUBLIC NOUS FAIT DÉFAUT ET ENFERME NOS APPELS ENTRANTS²⁵. »

Le tutoiement, que s'autorisent certains professionnels tant à domicile qu'en institution, illustre parfaitement toutes ces « **zones d'ombre**²⁶ » où pourrait se tapir une maltraitance ordinaire et invisible. Tutoyer est sans aucun doute une marque de familiarité, mais peut-on la renvoyer à une forme d'infantilisation ? Doit-on considérer celle-ci comme un manque de professionnalisme ou, au contraire, comme faisant partie du « travail de rapprochement²⁷ » – car les soins corporels requièrent de franchir les frontières de l'intime ?

Devant la difficulté de faire reconnaître (juridiquement comme socialement) certains faits de maltraitance, on admettra l'importance de s'attacher « au ressenti de la personne, aux valeurs et aux besoins de chacun²⁸ ». En considérant que le tutoiement ne constitue pas un acte de maltraitance en soi, mais qu'il peut le devenir malgré les bonnes intentions du soignant, le mieux est peut-être alors de s'en tenir aux préférences de l'aîné. Pourtant, lorsque celles-ci entrent en contradiction avec les normes prescrites (tutoyer, ce n'est pas respecter), le soignant doit trancher à ses risques et périls, faire prévaloir une consigne plutôt qu'une autre, sous la surveillance attentive des résidents, des familles, des pairs et de la hiérarchie²⁹ : « la maltraitance, comme la beauté, est dans le regard de l'observateur³⁰ ».

« **UNE DÉFINITION PLUS OPÉRATIONNELLE DE LA MALTRAITANCE VISERAIT À CESSER D'UTILISER UN MÊME MOT POUR QUALIFIER DES FAITS AUSSI DIFFÉRENTS QU'UN VIOL OU UN DÉLAI D'ATTENTE APRÈS UN APPEL PAR SONNETTE³¹.** »

L'injonction à une bienveillance irréalisable ne risque-t-elle pas alors de criminaliser à outrance ? Par ailleurs, Il subsiste toujours un décalage entre le travail réel et celui prescrit, celui pour lequel est initialement formé le personnel. Les aides-soignantes s'adaptent, bricolent, rusent, trouvent des arrangements, négocient les normes, pour *rendre faisable leur travail*. Il faudrait commencer par rappeler qu'elles ne sont peut-être « pas si mauvaises³² ».

« **ON A... EXCUSEZ-MOI L'EXPRESSION... LE CUL ENTRE DEUX SIÈGES. C'EST-À-DIRE QUE SI L'ON FORCE QUELQU'UN À SE LAVÉ PARCE QUE CELA EST NÉCESSAIRE, C'EST DE LA MALTRAITANCE ; ET SI ON NE LE FAIT PAS, C'EST UN MANQUE DE SOIN, DE LA NÉGLIGENCE. DONC AUSSI UNE FORME DE MALTRAITANCE. ON JONGLE³⁸.** »

Ces contradictions du quotidien font de la bienveillance un idéal parfois difficile à mettre en pratique hors de tout contexte. En France, lors de la tragiquement célèbre canicule de 2003, des résidents ont été brumisés en urgence à l'aide de flacons de détergeant, préalablement vidés et rincés, faute de matériel. Ce *savoir-faire discret* ne peut être planifié par des gestionnaires ; il reste donc primordial

de « tenter de comprendre la rationalité des conduites de soin en créditant les soignants d'une intelligence de la situation³³ ».

Quand survient un acte indiscutablement maltraitant, nous ne pouvons réduire celui-ci à une *erreur humaine*³⁴ : une malencontreuse gifle « serait d'abord la conséquence d'un certain nombre de facteurs organisationnels³⁵ ». L'épuisement professionnel résulte de multiples causes propres à l'institution : surcharge et rythme de travail, manque de gratification, faible latitude décisionnelle, insuffisance des ressources, etc³⁶. À l'instar des résidents, les équipes de soins en gériatrie seraient elles aussi *maltraitées*³⁷ ; et la vulnérabilité

des uns fait en quelque sorte écho à celle des autres.

On tâchera toutefois de ne pas oublier que, lorsque se manifeste un conflit entre la direction (et derrière elle les institutions) et le personnel soignant, ce sont bien les résidents qui risquent d'être « pris en otage³⁹ » ; en raison de la relation dissymétrique entre les aidants et les aidés, de la vulnérabilité (supposée ou réelle) des aînés, la violence subie n'est jamais égale⁴⁰. Si on peut l'expliquer, rien ne justifie pour autant un comportement maltraitant.

Libérer la parole

Dans tous les cas, il semble nécessaire de libérer la parole – et non pas seulement celle des aînés. Mais lorsque le personnel soignant témoigne, est-il entendu⁴¹ ? Les professionnels du **care** qui exécutent le « sale boulot⁴² », qui mettent *les mains dedans*, ont probablement une « voix différente⁴³ » à faire entendre sur la violence en institution. La sur-médiatisation des actes de maltraitance contribue à réduire au silence⁴⁴ ceux et celles qui, leur idéal du soin se heurtant

aux *limites de l'action*, préféreront cacher aux yeux de tous le sale boulot, inacceptable mais pourtant bien réel⁴⁵. Ainsi, la bientraitance relèverait, pour certains, davantage d'une *idéologie* mobilisant un « arsenal de techniques managériales » et communicationnelles afin d'assurer un service de qualité que de pratiques réelles de soins⁴⁶. Elle perpétuerait donc un modèle *top-down*, où des hautes instances prescrivent les bonnes manières de faire jusqu'en bas de l'échelle⁴⁷.

3. La contention, une contrainte tolérée

Les actes maltraitants en institution sont condamnables et doivent être condamnés. Toutefois, nous commençons à comprendre que bon nombre des pratiques et des comportements n'ont pour origine aucune mauvaise intention⁴⁸ ; ils occupent en effet une position que nous pourrions qualifier d'*inters-titielle*⁴⁹. Le discours moral sur la maltraitance ne permet malheureusement pas d'inclure tous les « gestes limites⁵⁰ », plus ou moins normalisés, ordinaires, invisibles, qui font partie du quotidien de l'accompagnement d'une personne âgée en résidence.

Le recours à la contrainte se distingue de la violence par un processus de négociations qui vise à dessiner une *frontière* entre l'acte légitime et l'intolérable dérapage⁵¹. Il ne sera ainsi pas surprenant d'apprendre l'existence de recommandations visant à interdire aux résidents de déambuler dans les couloirs en période de pandémie, pour que soient maintenus les gestes barrières. Mais, même en situation normale, adviennent des pratiques informelles de cadrage pour limiter l'errance des résidents. Ce « travail de contrainte⁵² » est tantôt discret, tantôt formalisé par des réglementations : c'est le cas des mesures de contention.

La *contention physique passive* se définit comme :

« L'UTILISATION DE TOUS MOYENS, MÉTHODES, MATÉRIELS OU VÊTEMENTS QUI EMPÊCHENT OU LIMITENT LES CAPACITÉS DE MOBILISATION VOLONTAIRE DE TOUT OU UNE PARTIE DU CORPS, DANS LE SEUL BUT D'OBTENIR DE LA SÉCURITÉ POUR UNE PERSONNE QUI PRÉSENTE UN COMPORTEMENT ESTIMÉ DANGEREUX OU MAL ADAPTÉ⁵³ »

La contention vise à retenir quelque chose à l'intérieur de frontières afin d'endiguer son extension. Dans notre cas, il peut donc s'agir à la fois de circonscrire une personne au sein de limites physiques ou de réfréner la manifestation d'émotions débordantes.

Ainsi, la contention sera le plus souvent motivée par les risques de chutes ou de déambulation excessive, comme par la prévention de troubles du comportement, d'agitation, voire de violence. Il y aura évidemment des différences selon le type d'institution : principal motif de contention dans les maisons de repos, le risque de chute occupe par exemple une bien moindre place en psychiatrie⁵⁴.

Le cas de la Wallonie

En Wallonie, une procédure relative aux mesures de contention est prévue dans le règlement d'ordre intérieur de l'institution ; celles-ci sont presque toujours motivées par une prescription médicale et précédées d'une information à la famille. Au sein des maisons de repos, les dispositifs de contention les plus fréquemment retrouvés sont les barrières de lits, les fauteuils avec tablette et les ceintures abdominales, mais certaines résidences déclarent aussi utiliser des attaches poignets ou encore fermer à clé les portes des chambres⁵⁵.

Par ailleurs, un peu plus de la moitié des établissements (57 %) mène une réflexion sur l'usage de la contention. La contention n'a rien d'un acte anodin et la décision ne peut devenir ni standardisée ni banalisée : elle doit être établie au cas par cas selon une évaluation collective et pluridisciplinaire. Il faut bien comprendre que les mesures de contention sont une **sécurité paradoxale**, en raison du fait qu'elles présentent des risques, des complications, des effets secondaires⁵⁶. Des barrières au lit réduisent ainsi le risque de chute tout en pouvant l'aggraver lorsque celle-ci se produit – car de tels accidents surviennent parfois.

En raison de cela, l'usage de la contention ne se fait qu'en dernier recours, après que toutes les alternatives ont été écartées. La contention des personnes âgées reste néanmoins une pratique courante, surtout chez les résidents âgés et grandement dépendants. « En moyenne, 16,4 % des résidents sont sous contention tant la journée que la nuit et 27,1 % sont sous contention la nuit uniquement », rapporte ainsi l'AviQ. Bien évidemment, l'usage de la contention peut aussi être déployé pour le maintien à domicile.

En novembre 2020, Amnesty International a publié un rapport sur *les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique*, dans lequel l'organisation fait part de son inquiétude quant à un possible « recours accru aux moyens de contention mécaniques et chimiques ». On peut supposer que lors d'une urgence sanitaire, le principe selon lequel « le consentement éclairé est un mécanisme important pour garantir la cohérence avec l'interdiction de la torture et d'autres mauvais traitements dans les établissements de santé⁵⁷ » se voit confronté à un *cas de force majeure*⁵⁸.

Quoique réglementé, l'usage de la contention reste d'application dans les maisons de repos wallonnes. D'aucuns soutiendront que ces mesures sont indispensables, tandis que d'autres proposeront des alternatives visant à transformer ces institutions. Notre objectif n'est pas de nous prononcer sur le sujet, mais plutôt de montrer en quoi la contention est aujourd'hui encore tolérée : mis à part certains abus regrettables, elle n'est pas considérée comme une forme de maltraitance envers les résidents.

Une récente étude portant sur six pays européens avance que le niveau de dépendance des résidents ou le nombre de membres du personnel importe moins que la politique nationale mise en œuvre⁵⁹. La moins bonne position de la Belgique par rapport à plusieurs de ses voisins s'expliqueraient peut-être alors par ses pratiques gérontologiques ancrées dans un *paradigme national de contention*⁶⁰.

Par conséquent, **contenir** fait partie intégrante de l'activité des soignants en maison de repos ; malgré que cela puisse aller à l'encontre des normes de bienveillance et de leur propre jugement moral⁶¹. La position des soignants se révèle ambivalente : ils peuvent mal voir et mal vivre l'usage de la contention ; ces mesures font en quelque sorte partie du *sale boulot*, et même si cela « gâche le boulot⁶² ».

Il s'agit donc d'un bel exemple du « travail de contrainte » que doit exercer le personnel en gériatrie. En effet, celui-ci tente « au mieux de conformer les corps des patients aux exigences du fonctionnement de l'institution ». Si les arguments sécuritaire et thérapeutique sont naturellement évoqués pour légitimer la contrainte, l'usage de cette dernière peut, dans les faits, apparaître comme disciplinaire⁶³. Lorsque les maisons de repos sont réduites à n'être que des lieux de fin de vie, car la politique du maintien à domicile nous y fait entrer plus âgés et plus dépendants, où les minutes sont comptées et les soins réalisés à la chaîne, le travail du *care* ressemble davantage à un « gardiennage des corps⁶⁴ ». La prise en charge industrielle des résidents suit une logique gestionnaire où l'organisation du travail laisse peu de place à l'imprévu⁶⁵. La décision est-elle alors motivée par les seuls besoins du patient ? La prise de décision résulte d'un « processus complexe » où s'entremêlent cadres légal et institutionnel, réseau (collègues, famille) et autres facteurs contextuels tels que les contraintes matérielles⁶⁶. Le confort des soignants ne peut jamais être une justification aux mesures de contention, mais leur prescription pour raisons médicales présente néanmoins l'avantage de **faciliter** l'accompagnement en rendant la contrainte formelle et légitime⁶⁷.

4. Sauver nos vieux !

Bien que les violences à l'égard des personnes âgées forment un nouvel intolérable, les actes de maltraitance restent une réalité méconnue et de grande ampleur. Il est de plus en plus admis que notre société, par le regard négatif et stigmatisant qu'elle porte à ses aînés, porte en elle les germes de la maltraitance⁶⁸. Par conséquent, les associations constituent une ressource précieuse pour de nombreux seniors en situation de vulnérabilité. Il a fallu commencer par construire la maltraitance en tant que problème de santé publique pour révéler au grand jour toutes les injustices, tous les abus et toutes les atteintes matérielles, psychologiques et physiques, qui avaient lieu dans le huis-clos des institutions et des domiciles, et ainsi changer les mentalités.

Les seniors ne sont néanmoins pas tous des vieux que l'on *traite*, bien ou mal, et en attente d'être sauvés : « il est impossible d'occulter [cette] tension fondamentale dans la posture à adopter⁶⁹ ». Il est absurde de croire que les capacités de se défendre disparaissent soudainement à l'âge de 60 ou 75 ans ! Ne serait-il pas bon de se demander en retour si la lutte contre la maltraitance ne risque pas aussi de perpétuer une forme d'*âgisme* ?

Il faut se rappeler que la vieillesse est une expérience que nous vivons de manière plurielle. Le grand âge ne fait parfois que prolonger certaines inégalités sociales déjà existantes⁷⁰. Celles-ci semblent occultées lorsqu'on requalifie en maltraitance les violences envers les seniors. En effet, face à de tels cas, ces derniers négocient leur *condition de victime*⁷¹ selon les ressources dont ils disposent. Les réactions sont très différentes et peuvent aller de la résistance au déni, en passant par l'intervention d'un tiers pour porter plainte⁷². D'une certaine manière, il est heureux que les associations ne soient pas la seule ressource disponible pour affronter toutes les violences de la vie vieillissante.

Nous avons montré que la définition des actes maltraitants ne va pas de soi et que leur reconnaissance relève d'un processus complexe. Lorsque la relation est perçue comme source de souffrances par la victime ou par un tiers, lorsque la parole est libérée et le tabou social levé, et surtout lorsque la personne âgée demande à être soutenue, l'accompagnement peut alors commencer. Mais là encore, la lutte contre la maltraitance rencontre, dans la pratique, de nombreux autres *défis*⁷³.

Ouvrons le débat...

- En Belgique, la maltraitance n'est pas reconnue en tant que telle comme une infraction pénale ; la vulnérabilité de la victime peut en revanche être retenue comme facteur aggravant (abus de faiblesse). Devrions-nous établir un cadre légal clair pour réduire les *zones d'ombre* des actes, gestes et comportements limites, afin de mieux lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées ?

Pour aller plus loin...

À écouter pour le plaisir de s'instruire :

Retrouvez ce podcast sur le site franceculture.fr/

- Kervran, Perrine. « Vieillesse et dépendance, la vie sous contrainte (2/4) : Une journée en Ehpad ». LSD, La Série Documentaire. *France culture*, 13 octobre 2020.

À lire pour en apprendre davantage :

- « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique ». *Amnesty International*, 2020.

Ressources utiles...

Vous voulez obtenir des informations sur la maltraitance ?

- Pour la Wallonie, consultez le site internet de Respect Seniors.
- Pour Bruxelles, consultez le site internet d'Infor-Homes.

Références bibliographiques

- 1 « Les personnes âgées dépendantes ». *Rapport de la Cour des comptes*, 2005, p. 277.
- 2 Hugonot, Robert. *La vieille maltraitée*. 2ème édition. Paris: *Dunod*, 2003, p. XVII.
- 3 Bourdelais, Patrice, et Didier Fassin. *Les constructions de l'intolérable*. Recherches. Paris: *La Découverte*, 2005.
- 4 Mennrath, Frédéric. 2019. *Violences en institution, bientraitance en situation*. Presses universitaires de Grenoble.
- 5 Vigarello, Georges. 2005. « 4. L'intolérable de la maltraitance infantile Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France ». p. 111-27 in *Les constructions de l'intolérable*, Recherches. Paris: La Découverte.
- 6 Beaulieu, Marie, Nicolas Berg, et Marie-Ève Bédard. « 4. Politiques publiques de lutte contre la maltraitance envers les aînés. Une réflexion critique illustrée à partir des dispositifs en Wallonie et au Québec ». In *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés. Pour une perspective internationale*, par Jean-Philippe Viriot Durandal, Émilie Raymond, Thibault Moulaert, et Michèle Charpentier, 57-70. Presses de l'Université du Québec, 2015.
- 7 OMS. 2011. *European report on preventing elder maltreatment*.
- 8 Définition traduite et reprise dans « Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? ». Synthèse du rapport, *KCE*, 2020.
- 9 Compagnon, Claire, et Véronique Ghadi. « La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages ». *HAS*, 2009.
- 10 Hugonot, Robert. *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris: *Dunod*, 2007.
- 11 Mialocq, Henri. 2012. *Maltraitance en EHPAD*. *Chroniques de ces petits riens qui nuisent au quotidien*. Paris: L'Harmattan.
- 12 Darnaud, Thierry. *De la maltraitance à la relation de traicance. Un autre regard sur la relation d'aide*. Comprendre les personnes. Lyon: *Chronique Sociale*, 2012, p. 50.
- 13 Legros, Patrick, et Carine Herbé. 2006. *La mort au quotidien. Contribution à une sociologie de l'imaginaire de la mort et du deuil*. Sociologie de l'imaginaire et du quotidien. ERES, 158 pages.
- 14 Citation attribuée à un rapport de 1987 du Conseil de l'Europe et reprise dans Hugonot, 2003, p. 34.
- 15 Casman, Marie-Thérèse, Didier Giet, Laurent Nisen, et Stéphanie Linchet. « Étude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie ». Rapport de recherche. *Respect Seniors*, 2011.
- 16 Gaucher, Jacques, et Gérard Ribes. 2007. « Les modes de réponse de la famille à la dépendance d'un âgé ». In *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés: le vécu des aidants*, par Philippe Pitaud, 65-86. *Pratiques du champ social*. ERES, p. 68.
- 17 KCE, 2020, p. 44.
- 18 Gracia Ibáñez, Jorge. « La violence familiale envers les personnes âgées en Espagne ». *Déviance et Société* 37, n°1 (2013): 67-88.
- 19 Cet extrait provient du *Rapport d'activités annuel (2019)*, disponible sur le site internet : <http://www.inforhomesasbl.be/>.
- 20 Penhale, Bridget, et Jonathan Parker. *Working with vulnerables adults*. Abingdon: *Routledge*, 2008.
- 21 Thomas, Hélène, Claire Scodellaro, et Delphine Dupré-Lévêque. 2005. *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative. Études et résultats*. Drees.
- 22 Gilbert, Claude, Emmanuel Henry, et Isabelle

Bourdeaux. « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, par Claude Gilbert et Emmanuel Henry, 7-33. Paris: La Découverte, 2009.

23 Hugonot, 2003, p. 15

24 Ces exemples sont pris des associations et services quebécoise *La Ligne Aide Abus Aînés*, belge *Ecoute Seniors* et française 3977.

25 Cet extrait provient du *Rapport d'activités annuel (2019)* de Respect Seniors, disponible sur le site <http://www.respectseniors.be/>.

26 Scodellaro, Claire. 2006. « La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social ». *Lien social et Politiques* 55: 77-88.

27 Molinier, Pascale. *Le travail du care*. Le genre du monde. Paris: La Dispute, 2013.

28 Voir le *Rapport d'activités annuel (2019)* de Respect Seniors.

29 Loffeier, Iris. « La "norme de sollicitude" jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents demaison de retraite ». *SociologieS*, 2015.

30 Citation traduite et reprise à Callahan J., 1998, *Elder Abuse : Some Questions for Policymakers*, *The Gerontologist*, 28, 4, 453-458 dans Gracia Ibáñez, 2013.

31 Moulia, Robert, Jean-Claude Monfort, Marie Beaulieu, Martine Simon-Marzais, Marie-Hélène Isern-Real, Bernard Poch, Marion Pépin, Jean-Claude Cadilhac, Éric Martinent, et Sophie Moulia. « Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitances ». *NPG Neurologie Psychiatrie - Gériatrie* 20, n°116 (2020): 112-23, p. 114.

32 Billaud, Solène, et Jingyue Xing. « "On n'est pas si mauvaises !" Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité ». *SociologieS*, 2016.

33 Molinier, Pascale. « Vulnérabilité et dépen-

dance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière ». In *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, par Marlène Jouan et Sandra Laugier, 433-58. Paris: Presses Universitaires de France, 2009, p. 451.

34 Molinier, 2009.

35 Gernet, Isabelle, et Florence Chekroun. « Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées ». *Travailler* 20, n°2 (2008): 41-59, p. 52.

36 Zawieja, Philippe. « L'épuisement professionnel en gériatrie, un complexe d'Écho ». *SOINS GÉRONTOLOGIE* 131 (2018).

37 Caleca, Catherine. « Soins en gériatrie : les équipes maltraitées ». *La revue francophone de gériatrie et gérontologie* 19, n°187 (2012): 274-79.

38 Propos tenus dans Kervran, Perrine. « Vieillesse et dépendance, la vie sous contrainte (2/4) : Une journée en Ehpad ». LSD, La Série Documentaire. *France culture*, 13 octobre 2020.

39 Ingwiller, Sophie, et Pascale Molinier. « "On ne vas pas prendre les patients en otage" Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gérontologie ». *Martin Média, Travailler*, 23, n°1 (2010): 59-75.

40 Amyot, Jean-Jacques. *Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris: Dunod, 2015.

41 Nous renvoyons ici au *complexe d'Écho* développé dans Zawieja, 2018.

42 Concept repris à Everett C. Hughes dans Arborio, Anne-Marie. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. 2ème édition (2001). Paris: Economica, 2012.

43 Concept repris à Carol Gilligan dans Molinier, 2013.

44 Gernet et Chekroun, 2008.

45 Dujarier, Marie-Anne. « Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie ».

- Revue internationale de psychosociologie* 8, n°19 (2002): 111-24.
- 46 Molinier, Pascale. « Apprendre des aides-soignantes ». *Gérontologie et Société* 33/ 133, n°2 (2010): 133-44, p. 11.
- 47 Lechevalier Hurard, Lucie. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociologie du travail* 55, n°3 (2013): 279-301.
- 48 Moulias et al., 2020.
- 49 Lechevalier Hurard, 2013.
- 50 Compagnon et Ghadi, 2009, p. 65.
- 51 Moreau, Delphine. « Conjurier la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie ». *Sociologie Santé* 33 (2011): 29-47.
- 52 Lechevalier Hurard, 2013.
- 53 Définition reprise au rapport de l'ANAES, 2000, dans Van de Vyvere, Anne, et C. Dumont. « Procédures et contention physique ». *Revue médicale de Bruxelles* 34, n°4 (2013): 368-75.
- 54 Campagne inter-régionale eFORAP 2016. « Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ». Rapport inter-régional. CCECQA, 2017.
- 55 Toutes les données chiffrées sur la contention proviennent du « Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour Aînés au 31 décembre 2017 ». *Aviq Santé*. 2020.
- 56 Van de Vyvere, Anne, et C. Dumont, 2013.
- 57 « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique ». *Amnesty International*, 2020.
- 58 À ce sujet, lire Aviq, 2020, p. 176.
- 59 Pivodic, Lara, Tinne Smets, Giovanni Gambassi, Marika Kylänen, H. Roeline Pasman, Sheila Payne, Katarzyna Szczerbinska, Luc Deliens, et Lieve Van den Block. « Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries ». *International Journal of Nursing Studies* 104 (2020).
- 60 Concept repris à Marie-Christine Bloch-Ory, dans Quentin, Bertrand. « "La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement !" » *Gérontologie et Société* 36/144, n° 1 (2013): 111-19.
- 61 Lechevalier Hurard, 2013.
- 62 Bigwood, Stuart, et Marie Crowe. « "It's part of the job, but it spoils the job": A phenomenological study of physical restraint ». *International Journal of Mental Health Nursing* 17 (2008): 215-22.
- 63 Lechevalier Hurard, 2013.
- 64 Rimbart, Gérard. « Concilier soin et réparation : le soutien humaniste aux personnes âgées dépendantes ». *Sociologie du travail* 50 (2008): 521-36.
- 65 Loffeier, 2015.
- 66 Dierckx de Casterlé, Bernadette, Sabine Goethals, et Chris Gastmans. « Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint ». *Nursing Ethics* 22, n°6 (2015): 642-51.
- 67 Lechevalier Hurard, 2013.
- 68 Lire par exemple Sauveur, Yannick. *Images de la vieillesse dans la France contemporaine : Ambiguïtés des discours et réalités sociales*. Dijon: Éditions Universitaires de Dijon, 2013.
- 69 Beaulieu, Berg et Bédard, 2015, p. 67.
- 70 Scodellaro, 2006.
- 71 Fassin, Didier, et Richard Rechtman. 2007. *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- 72 Thomas, Scodellaro et Dupré-Lévêque, 2005.
- 73 Belzile, Louise, Marie Beaulieu, et Nicolas Berg. « Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie ». *Intervention* 137, n°2 (2012): 57-67.



Âgo asbl

Rue de Livourne, 25- 1050 Bruxelles

Pour nous suivre :

<https://www.ago-asbl.be/> et également sur Facebook

Pour nous contacter :

Téléphone : 02/ 538 10 48

Courriel : info@ago-asbl.be

Analyse rédigée et mise en page par : Marin Buyse

Avec le soutien de :

