

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE I - Appuis théoriques et méthodes : Vieillesse, vieillissement et « maltraitements »	4
<i>A/ Vieillesse, vieillissement et vulnérabilités</i>	4
a. La construction sociale des notions de vieillesse et de vieillissement (jusqu'aux années 1960).....	4
b. Représentations de la vieillesse et du « vieillard » : une évolution des mentalités face à la dépendance et à la vulnérabilité	6
c. La place des aînés dans notre société	10
<i>B/ Société civile, politiques et « maltraitements »</i>	13
a. Qu'est que la maltraitance ?	13
b. Un état des lieux en France.....	15
c. L'engagement associatif et la société civile au cœur de la lutte contre la maltraitance	17
d. Prévenir contre la maltraitance : le concept de bienveillance	20
<i>C/ La maltraitance comme problématique pour l'histoire du temps présent</i>	23
a. Un domaine de réflexion émergent	23
b. La nature des sources exploitées	25
c. Les méthodes de recueil des données	26
PARTIE II- Etude de cas autour de l'association ALMA : analyse des résultats	27
<i>A/ Une culture de prévention de la maltraitance : ALMA France</i>	28
a. Une politique de « bienveillance » en direction des personnes âgées : le développement de l'association ALMA France et de ses antennes.....	28
b. L'association ALMA France : son intégration au sein d'un dispositif national.....	30
c. Fonctionnement et organisation d'une association unique au monde	34
d. Les statistiques au niveau national : qu'en est-il de la maltraitance ?.....	39

<i>B/ Exemple local d'une antenne téléphonique : ALMA 44</i>	42
a. Naissance d'une association de lutte contre la maltraitance en Loire Atlantique	42
b. Le centre ALMA 44 et son fonctionnement	45
c. Ce que nous apportent les données statistiques du centre ALMA 44	48
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	55
SOURCES	59
ANNEXES	62
Annexe 1 : Classification des différentes formes de maltraitances selon le Conseil de l'Europe (1992)	62
Annexe 2 : Circulaire DGAS n° 2002-280.....	63
Annexe 3 : Charte Ethique du réseau ALMA France	64
Annexe 4 : Guide d'entretien pour la coordination ALMA 44	66
Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec la coordinatrice ALMA 44	68
Annexe 6 : Inventaire chrono-thématique suite à l'entretien avec la coordinatrice ALMA 44	80

Introduction

« Tout le monde désire vivre longtemps, mais personne ne voudrait être vieux »¹ disait déjà Jonathan Swift au 18^{ème} siècle...

Aujourd'hui, les personnes âgées représentent une catégorie à part entière de la population. Selon le *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse* (2010), un individu considéré comme âgé désigne une personne « ayant dépassé l'âge de la retraite »². On utilise également les termes « aîné », « troisième et quatrième âge » pour faire référence à cette population et on s'interroge sur la place qu'elle occupe au sein de la société. Le vieillissement de la population a contraint les chercheurs à se préoccuper de cette situation qui implique des bouleversements démographiques, économiques, sociaux, médicaux, politiques, etc. On constate une évolution de la prise en charge autour de ces individus. En effet, il est nécessaire que la qualité de vie d'une personne âgée soit maintenue et cherche à être améliorée lors de son vieillissement. Ainsi, depuis ces dernières années, on a vu croître le nombre de structures de tout type concernant la prise en charge des personnes âgées : associations, accueils de nuit, foyers logements, maisons de retraite...

Il est d'usage de considérer que le vieillissement entraîne au fil des années une vulnérabilité due à la perte d'autonomie des personnes âgées, les rendant dépendants d'autrui. Partant de ce constat, j'ai décidé de m'intéresser à la question de la maltraitance du public âgé, phénomène devenu aujourd'hui un problème de santé publique. Qu'en est-il de la maltraitance et plus particulièrement de celle des personnes âgées en France ? Est-ce un tabou ou une réalité ? Ce sujet a attiré toute mon attention en tant que future professionnelle de l'intervention sociale. Je souhaite me spécialiser dans la direction d'établissements accueillant des personnes âgées. C'est seulement depuis quelques années que l'on s'autorise à parler de ce sujet. Pourtant les maltraitances ont toujours existé³. On constate que le vieillissement de la

¹ Swift, J. (1745). *Instructions aux domestiques. Pensées sur divers sujets moraux et divertissants*. Paris, A l'enseigne du pot cassé, p. 159.

² Vercauteren, R. (2010). *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*. Toulouse, Editions Ères, p. 28.

³ Cf. Lapalus, S. (2004). *Une histoire du parricide au XIX^{ème} siècle*. Paris, Tallandier. Elle évoque la dissimulation des crimes, du silence des témoins et de l'instrumentalisation de la justice. Elle évoque le terme de « parricide » dans des affaires de 1825 à 1914.

population s'amplifie, ce qui entraîne un plus grand nombre de personnes âgées dépendantes. Or cet accroissement augmente d'autant les risques de mauvais traitements, de violences et de négligences. Pour des raisons scientifiques et méthodologiques, cette étude sera centrée sur la maltraitance au sein des institutions et notamment dans les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Fort de ces constats dans ces établissements, la violence institutionnelle est devenue un champ d'investigation tant pour les professionnels de santé que pour les politiques publiques.

Il n'existe pas aujourd'hui de définition unique de la maltraitance. Ce concept reste encore une notion vague même s'il correspond à une réalité indéniable. Cette prise de conscience relève d'une volonté, depuis quelques années, d'agir vers une politique de prévention et une gestion des risques. Dans les faits, quels sont les dispositifs mis en place pour protéger les « aînés » ? Comment s'organise la répartition des rôles entre les acteurs publics et les acteurs privés dans la prise en compte de cette nouvelle question ? Comment la société civile se mobilise-t-elle pour tenter de sensibiliser chaque citoyen à ce problème de société ?

Face à ce phénomène, le concept de « bientraitance » a vu le jour. Il vise la promotion du bien-être de la personne âgée tout en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. La sensibilisation du public et des professionnels, face à ce problème de société, est une réponse et une mesure pour lutter contre la maltraitance, qui peut être avérée autant au sein des institutions qu'au domicile de la personne. En France, les recherches sur la maltraitance du Professeur Hugonot, décédé récemment, ont permis d'avoir une connaissance étayée sur le sujet. Il a œuvré pour la mise en place de l'association ALLô MALtraitance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées (ALMA France) avec la création d'antennes d'écoute pour les victimes de maltraitements sur le territoire Français. Dans le département de la Loire Atlantique, un centre d'écoute a ouvert ces portes en 2004 à Nantes. Mon étude sera centrée à la fois sur l'échelle nationale et sur l'échelle locale par le biais de l'antenne ALMA 44. Aujourd'hui, une priorité est donnée à la prévention de la maltraitance et à la gestion des risques en développant le concept de bientraitance. La création de l'ANESM en 2007 (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux) en est la preuve.

Dans ce combat contre la maltraitance, de multiples objectifs ont été fixés : enregistrer les plaintes, effectuer des signalements, contrôler les établissements et appliquer des sanctions.

Certes mais pas seulement. Le but est d’agir plus en amont. Il faut repenser les pratiques des professionnels, analyser leurs organisations et leurs moyens pour les sensibiliser efficacement et durablement. Cette recherche sera donc tournée vers l’accompagnement des professionnels dans un objectif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées vulnérables.

Le cadre théorique de cette recherche sera articulé en deux axes. Dans un premier temps, nous étudierons la maltraitance dans le champ du vieillissement à travers l’histoire. Une étude de cas autour de l’association ALMA sera présentée dans un second temps.

PARTIE I – Appuis théoriques et méthodes : Vieillesse, vieillissement et « maltraitements »

A/ Vieillesse, vieillissement et vulnérabilités

a. La construction sociale des notions de vieillesse et de vieillissement (jusqu'aux années 1960)

Une politique spécifique en direction des personnes âgées s'est développée au fil des siècles. En effet, on a assisté à une évolution et une révolution de la prise en charge des publics âgés en France.

A l'époque du Moyen-âge et ce jusqu'au 19^{ème} siècle, l'aide apportée à la population en difficulté dépend essentiellement de la charité privée, possible grâce aux dons des personnes les plus riches. Ce geste volontaire a comme objectif de « laver ses péchés » et selon Elise Feller (2005), historienne spécialisée dans la vieillesse en France, « le soulagement de la misère est une étape vers le redressement moral du malheureux comme du bienfaiteur, qui y gagne son propre salut »⁴. Les indigents sont envoyés, et pour la plupart enfermés, dans les hôpitaux, les hospices ou encore les dépôts de mendicité. L'aide est également apportée par les congrégations et les bureaux de bienfaisance (anciens bureaux de charité et actuellement CCAS⁵), néanmoins on déplore un manque de moyens financiers ainsi qu'un nombre insuffisant de bureaux sur le territoire pour subvenir aux besoins.

On peut dire que l'intervention sociale de l'Etat émerge seulement au cours du 19^{ème} siècle, avec les premières lois d'assistance envers les plus fragiles. Notamment celle du 15 juillet 1893 concernant l'assistance médicale gratuite. On parle ici d'assistance puisque la collectivité publique apporte une aide sans contrepartie, aux personnes dont les ressources sont jugées insuffisantes. Cependant, aucune priorité n'est encore donnée au sort des « vieillards miséreux ». Dans les esprits, les notions d'hospices, d'asiles et de prisons sont souvent associées et les « vieux » y vivent dans des conditions indécentes. S'entremêlent donc

⁴ Feller, E. (2005). *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960 : Du vieillard au retraité*. Editions Seli Arslan SA, p. 172.

⁵ Centre Communal d'Action Sociale.

assistance publique sous la forme de secours facultatifs et charité privée. L'assistance publique n'intervient que quand l'assistance privée ne peut le faire et seulement quand l'individu a fait la preuve qu'il ne pouvait pas faire autrement. La société décide donc de venir en aide aux « bons pauvres », c'est-à-dire, à ceux qui ne sont pas en état de travailler.

Il faut attendre le début du 20^{ème} siècle pour qu'une politique dédiée aux personnes âgées prenne forme. La première intervention est celle du 14 juillet 1905, loi organisant une assistance obligatoire tournée vers les « vieillards » sans ressource ainsi que les infirmes et les incurables. Avec cette loi, mise en application en 1907, l'Etat s'engage pleinement et reconnaît le besoin de porter assistance aux personnes âgées : c'est le principe de l'obligation. Pour en bénéficier, trois critères doivent être respectés, le « vieillard » doit être âgé d'au moins 70 ans, sans ressource et peut recevoir l'aide s'il est inscrit dans sa commune de résidence. Subséquemment en 1908, Clemenceau reviendra sur cette loi, avec une circulaire pour affirmer que la condition essentielle reste celle de la privation de ressources. Néanmoins, les deux guerres mondiales et les événements politiques associés, viendront mettre un frein à la réalisation pratique de cette tentative. Cette loi en vigueur jusqu'en 1953, laissera place à la réforme du 29 novembre de la même année, concernant la création de l'aide sociale. Désormais, on ne parlera plus « d'assistance et de vieillards » mais bien d'aide sociale et des personnes âgées. C'est la naissance d'une nouvelle politique de protection sociale financée par l'Etat ainsi que les collectivités locales, avec la garantie d'un minimum de ressources pour les plus âgés ayant perdu la faculté de travailler.

En un siècle, on assiste également à une expansion des régimes de retraite. Ils apparaissent à partir de 1853 pour les fonctionnaires civils. Les sociétés de secours mutuels se développent mais ne permettent pas un revenu de remplacement en cas de maladies ou de vieillesse. Il faut attendre le 5 avril 1910 pour qu'un système de retraite minimum à plus grande échelle se mette en place, mais toujours tourné vers ceux qui pourraient « tomber » dans l'indigence. Ce sont les retraites ouvrières et paysannes qui fonctionnent sur le principe de la cotisation du patron et de l'ouvrier. Puis le 30 avril 1930 c'est la naissance des « assurances sociales vieillesse » basées sur la capitalisation. Par étapes, les régimes de retraite se généralisent à tous les salariés puis à l'ensemble de la population active à partir de 1945, année de création de la Sécurité Sociale. Le but est de mettre en place « un système général de prévoyance

obligatoire s'appliquant à toutes les catégories de la population »⁶, c'est un système par répartition. A partir des années 50, c'est l'extension du droit à la retraite et le développement des régimes complémentaires.

Le 30 juin 1956, un fond national de solidarité (FNS) est créé. Cette allocation a pour objectif de « promouvoir une politique générale de protection des personnes âgées, par l'amélioration des pensions retraites, rentes et allocations vieillesse »⁷. Toutefois, c'est en 1960, avec la création de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque, qu'un nouveau tournant dans le champ de la politique de la vieillesse apparaît. Le rapport de cette commission, plus connu sous le nom du « Rapport Laroque » (1962), préconise une conception centrée sur le maintien à domicile avec la notion d'autonomie et l'intégration de la personne dans son milieu de vie mettant en avant la participation à la vie sociale. Cet état des lieux vise clairement à mettre en œuvre une politique d'insertion des personnes âgées dans notre société.

b. Représentations de la vieillesse et du « vieillard » : une évolution des mentalités face à la dépendance et à la vulnérabilité

En France, au cours de ces derniers siècles, on a assisté à une évolution des représentations concernant les concepts de vieillesse et de vieillissement. On peut dire que jusqu'à la fin du 17^{ème} siècle, les Français ont une image ambivalente de la vieillesse, entre respect et « charge » pour la famille et la société plus généralement. En effet, au Moyen-âge, la société se préoccupe peu du sort des « vieillards indigents », bien souvent pris en charge par les familles ou l'Eglise. Dans le monde du travail, on note bien une hiérarchie entre les hommes, mais celle-ci se fonde sur la force physique et non sur l'âge. Ce sont les familles qui décident de la prise en charge ou non de leurs « vieux ». Certains sont donc délaissés et d'après Philippe Albou (1999), « Il existe une vieillesse pauvre [...] qui va progressivement être confondue avec toutes les formes traditionnelles de la pauvreté »⁸. Dans son ouvrage *Histoire de la vieillesse*, Bois (1994) a observé que les notions de pauvreté et de misère vont, au fur et à mesure, se retrouver associées à l'image de la vieillesse.

⁶ *Ibid.* p. 199.

⁷ *Ibid.* p. 201.

⁸ Albou, P. (1999). *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Paris, Glyphe & Biotem éditions, p. 84.

Il faudra attendre le 18^{ème} siècle, pour qu'un premier changement de mentalité s'opère, comme l'explique Patrice Bourdelais dans son ouvrage *L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population* de 1994⁹. A partir de la Révolution Française, la nécessité de développer une politique en direction des plus pauvres se fait ressentir, cela doit devenir une question de l'Etat et non plus seulement de l'Eglise. L'article 21 de la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen du 24 juin 1793 en est la preuve : « Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler »¹⁰. Une conception nouvelle apparaît avec des aspects positifs comme la sagesse et l'expérience : d'après Jean-Pierre Bois (1994), c'est le « siècle de la naissance des vieillards »¹¹. On commence à entrevoir un discours plus indulgent à l'égard des « vieux ». La conception du vieillissement et de la mort change, puisque la vieillesse est dorénavant considérée comme un phénomène social. C'est la découverte d'un groupe d'individus ayant des particularités et des besoins spécifiques, l'entrée du « vieillard » dans ce groupe est à l'époque fixée aux alentours de la soixantaine.

Au travers des différents domaines tels que la littérature, le théâtre ou encore la peinture, on remarque que la vieillesse est honorée. On voit apparaître des changements au sein même des relations familiales, les grands-parents prennent désormais une nouvelle place dans la vie des familles. La vieillesse est perçue comme la dernière phase de la vie et non plus comme une rupture brutale. L'ancien y joue un rôle éducatif de par sa sagesse et son âge de raison. La société commence à lui accorder de l'importance et celui-ci « devient aimable, apprécié de ses petits-enfants pour son rôle d'éducateur et de sage, dont la mémoire du passé permet de relativiser le présent »¹². La famille occupe une place majeure dans la conception d'une vieillesse réussie. D'un point de vue démographique, on commence à observer une croissance de l'espérance de vie et on assiste à une augmentation du nombre de personnes âgées.

⁹ Bourdelais, P. (1994). *L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population*. Paris, Editions Odile Jacob.

¹⁰ <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-du-24-juin-1793.5084.html> ; consulté le 30 mai 2014.

¹¹ Bois, J.-P. (1994). *Histoire de la vieillesse*. Paris, Presses universitaires de France, p. 62.

¹² Bourdelais, P., *op.cit.* p. 36.

Cependant avec l'exode rural, un grand nombre de vieillards va se retrouver dans des situations précaires. Au tournant du 19^{ème} siècle, la vieillesse est désormais perçue comme un problème social. On se dirige à nouveau vers une vision négative de celle-ci. Un phénomène amplifié par la bourgeoisie qui, en moralisant les ouvriers, transmet une image peu glorieuse de la vieillesse. Parallèlement, on constate une augmentation de l'espérance de vie et dans un même temps, un recul de la natalité, « c'est la multiplication des vieillards »¹³. En effet, dans cette première partie du 19^{ème} siècle, on peut considérer que la « démographie Française est en crise »¹⁴. Puis au 20^{ème} siècle, le vieillissement de la population¹⁵ ne va pas améliorer la représentation que se fait la société de la vieillesse. La population évolue, avec une diminution du nombre « de jeunes » de moins de 20 ans, une augmentation de la proportion des vieillards, tandis que la classe des adultes stagne.

Les travaux menés du côté de la médecine au 19^{ème} siècle, et notamment ceux des cliniciens Charcot et Pinel, mettent l'accent sur les maladies liées à l'âge. L'objectif étant de développer des connaissances concernant les maladies pouvant être contractées par les « vieillards » à cette époque. Charcot va d'ailleurs établir une classification reprenant les différents troubles dont souffrent les anciens, à partir d'observations de cette population dans les hôpitaux.

Puis au début du 20^{ème} siècle, un nouveau savoir médical est créé : la « gériatrie »¹⁶. Il présage de profondes évolutions. Cette nouvelle discipline médicale va contribuer à modifier l'image des personnes âgées, néanmoins son développement reste assez lent étant donné qu'une plus grande importance est accordée au domaine de l'enfance. A cette époque, chaque personne d'âge avancé dépend de ses enfants, des ressources tirées de son patrimoine ou de l'assistance. Subséquemment, on bascule de façon progressive d'une politique d'assistance vers la diffusion des retraites entraînant une nouvelle vision de la notion de vieillesse, notamment après la Seconde guerre mondiale « pour que la vieillesse devienne véritablement le temps de la retraite et que les “vieillards” se transforment en “retraités” »¹⁷.

¹³ Bois, J.-P., *op.cit.* p. 82.

¹⁴ Feller, E., *op.cit.* p. 25.

¹⁵ Expression utilisée pour la première fois en 1928 par Alfred Sauvy.

¹⁶ Terme d'Ignaz Nascher apparu en 1909.

¹⁷ Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, A. Colin, p. 12.

Cette évolution des mentalités a d'ailleurs donné naissance à de nouveaux termes et expressions pour tenter de poser des frontières, comme nous l'explique Pascal Pochet¹⁸. C'est d'abord la notion de « troisième âge » (de 60 à 80 ans) qui a vu le jour, décrite selon une image dynamique, positive et active de la retraite. Ce terme s'est étendu dans les années 1970 via les clubs et les voyages réservés au « troisième âge ». Vincent Caradec parle « d'une nouvelle jeunesse »¹⁹. Cette vision émerge des années 1960 à 1975 suite à la mise en place en France d'une politique spécifique à la question de la vieillesse, influencée par le rapport Laroque qui centre sa réflexion autour de l'insertion des personnes âgées dans la société. Cela « a contribué à définir une nouvelle manière d'être âgé, celle du troisième âge »²⁰.

Cependant elle a aussi entraîné un rejet des plus âgés encore dans la catégorie du « quatrième âge » (plus de 80 ans) qui a émergé durant les années 1980 à 1990. Créée pour parler des personnes âgées « dépendantes », cette nouvelle catégorie va être au cœur des politiques sociales de l'époque. Le terme « dépendant » s'est développé dans les années 70 suite aux réflexions de médecins gériatres pour remplacer les notions de handicap et d'invalidité jugés trop négatives. Ces mêmes médecins vont décider de construire des outils dans l'objectif de mesurer et d'évaluer cette « dépendance » (comme la grille AGGIR²¹). L'image renvoyée est celle de la grande dépendance et fait apparaître le besoin d'aide lié à la perte d'autonomie.

Une dernière classe a enfin été créée, celle des « seniors » qui intègre les personnes âgées à partir de 50 et plus. Ce terme est né au début des années 90 et vient du marketing contrairement aux deux catégories précédentes, qui elles se sont développées par le biais des politiques de la vieillesse. Bien entendu, la délimitation entre les différentes catégories varie d'un individu à l'autre, tout comme les signes du vieillissement qui diffèrent d'une personne à l'autre. Le vieillissement peut désormais être pensé comme « un processus qui débute à la naissance de l'individu et s'achève à sa mort »²². Il marque l'évolution de l'individu tout au

¹⁸ Pochet, P. (1997). *Les personnes âgées*. Paris, Ed. La Découverte.

¹⁹ *Ibid.* p. 19.

²⁰ *Ibid.* p. 19.

²¹ « La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens », <http://www.ehpadhospiconseil.fr/maison-retraite/la-grille-aggir>, consulté le 30 mai 2014.

²² Vercauteren, R., *op.cit.* p. 248.

long de son existence, contrairement à la notion de vieillesse qui elle, désigne un instant spécifique et un état temporaire de la vie.

c. La place des aînés dans notre société

Le vieillissement est un processus progressif caractérisé par une période de crises et de changements. Il est évident qu'une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain. La vieillesse peut être un moment de grande fragilité, liée à la conscience que l'individu vieillissant a de lui-même, ainsi qu'au regard que les autres posent sur lui. Mais également à la perte des capacités cognitives et motrices qui entraînent dans de nombreux cas, une baisse du niveau d'autonomie au quotidien. Le tout accompagné d'une plus grande vulnérabilité affective, une impression de perdre toute utilité sociale, avec l'idée d'être une charge pour la société. C'est à travers la gérontologie que sont étudiés « les maladies des troisième et quatrième âges, les mécanismes intimes du vieillissement et la place des personnes âgées dans notre société »²³. L'arrivée de la vieillesse et de la retraite entraîne généralement chez un grand nombre de personnes de l'ennui, une impression de vide social, la perte d'amis de travail, du temps libre... A l'approche de cette période de la vie, il est normal de se poser de nombreuses questions, mais pour un grand nombre de personnes, ce qui compte c'est de « bien vieillir », c'est-à-dire, sauvegarder ses capacités pour ne pas compromettre son autonomie.

La question de la dépendance est beaucoup étudiée en France depuis ces dernières années et les politiques publiques ont décidé de privilégier le maintien à domicile plutôt que le placement en institution, qui est notamment plus coûteux et déstabilisant pour les personnes « fragiles ». La dépendance désigne la « situation d'une personne qui dépend d'autrui en raison d'une déficience, d'une incapacité et/ou d'un désavantage »²⁴. C'est en 1962, avec le Rapport Laroque que l'accent est mis sur l'intérêt du maintien à domicile. A la suite de cet état des lieux, de nombreuses lois sont apparues. On peut citer la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 prévoyant la disparition des hospices au profit de structures d'accueil plus humanisées permettant de répondre aux besoins des personnes

²³ De Jaeger, C. (2008). *La gérontologie*. Paris, PUF, p. 3.

²⁴ Barrès, R., Henrich, A.-M. & Rivaud, D. (2010). *Le nouveau dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale*. Vanves, Foucher, p. 164.

âgées : « c'est la fin des mouvoirs »²⁵. Cette loi a été réformée en 2002 et vise la rénovation de l'action sociale et médico-sociale pour un meilleur fonctionnement du secteur gérontologique notamment. En 1997, pour lutter contre la dépendance, est créée la prestation spécifique dépendance (PSD), remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette contribution vient soutenir financièrement le maintien à domicile de personnes dépendantes ayant besoin d'aide à domicile, de portage de repas, d'une participation à la vie sociale... L'essentiel est de constater que depuis les années 2000, les politiques dirigées vers les personnes âgées se sont caractérisées par une effervescence législative et réglementaire concernant ce domaine.

C'est d'ailleurs depuis les années 2000 que l'on parle de venir en aide à la population dite « vulnérable ». Cette nouvelle terminologie relate d'une réalité historique²⁶. En effet entre le 19^{ème} et le 20^{ème} siècle on employait les termes « d'indigents et de pauvres ». A partir de 1940-50 est utilisé le vocable « d'économiquement faible » puis celui de public « précaire » dans les années 80 pour arriver en 1990 à parler « d'exclus ». Le domaine des sciences humaines et sociales s'est ensuite approprié le concept de « vulnérabilité » déjà employé par les pays Anglo-Saxon (« vulnerability »), tandis que du côté de la médecine, et plus particulièrement la gérontologie s'est développé le terme de fragilité pour évoquer les difficultés d'ordre physique. Mais c'est finalement la terminologie « vulnérabilité » qui a été répandue à travers les discours politiques ainsi que les médias. Cette notion reste tout de même éclatée. Selon Axelle Brodiez, historienne et chercheuse au CNRS²⁷, la vulnérabilité peut « désigner aussi bien un état qu'un processus, un individu qu'un groupe social, une situation conjoncturelle que structurelle, le terme permet d'appréhender des réalités mouvantes au fil des lieux et des périodes, mais aussi des autorités qui s'emparent de la réalité qu'il recouvre, ou des publics qui s'en servent comme stratégie de mobilisation »²⁸. Aujourd'hui on parle de double vulnérabilité qui serait à la fois sociale et sanitaire. Pour l'Etat, cette alliance permet de légitimer l'action à l'égard de ce public, mais également de faire évoluer les choses. Cette notion entre désormais dans le domaine juridique pour tenter de

²⁵ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. (2006). *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris, Bayard, p. 239.

²⁶ Brodiez, A. (2013). *Combattre la pauvreté : vulnérabilité sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*. Paris, CRNS éditions, p. 22.

²⁷ Centre National de Recherche Scientifique.

²⁸ Brodiez, A. *op.cit.* p. 28.

protéger au mieux les personnes âgées dites vulnérables : « la personne âgée vulnérable est donc celle qui, pour diverses raisons liées à son avancée en âge, est d'une fragilité particulière par rapport à la moyenne des humains et qui peut potentiellement être atteinte faute de pouvoir se défendre correctement »²⁹. On ne peut être que sensible aujourd'hui à ce nouveau terme employé pour décrire de nombreuses situations et qui évoque malgré tout, de manière sous-jacente, la notion de victime : « la vulnérabilité avec l'idée de risques qu'elle véhicule – risque de mort, risque de blessure -, renvoie à la notion de victime. La victime est en principe celle qui subit et qui souffre effectivement soit des agissements d'autrui, soit d'événements néfastes »³⁰.

Du point de vue des professionnels travaillant dans ce secteur, il paraît donc indispensable de développer une pratique bien-traitante, plaçant la personne âgée et son bien-être au centre de la réflexion. Un moyen d'équilibrer savoir-faire et savoir-être dans un souci de respect de l'expérience et de l'autonomie. L'urgence est d'avoir les moyens de faire un travail d'accompagnement du vieillissement sous toutes ses formes et pas seulement un travail de « prise en charge », plus ou moins financé selon le niveau de dépendance.

À ce jour et selon le site de l'observatoire des retraités, on constate que les plus de quatre-vingt ans représentent 5% de la population totale en France³¹. Néanmoins, ce chiffre pourrait croître au fil du temps puisque dans les années 2050, on estime que cette population représentera alors près de 10% de la population totale. Parallèlement à l'amplification du phénomène de vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Cette évolution démographique implique des changements économiques, sociaux, médicaux... et de nombreuses problématiques ont émergé de ces bouleversements, dont celle relative au phénomène de maltraitance envers les personnes âgées qui sera développé dans le deuxième axe de cette partie.

²⁹ *Ibid.* p. 29.

³⁰ Lacour, C. (2007). *Vieillesse et vulnérabilité*. Aix-en-Provence, Presse universitaire d'Aix-Marseille, p. 29.

³¹ <http://www.observatoire-retraites.org/index.php?id=275> ; consulté le 05/02/2013.

B/ Société civile, politiques et « maltraitements »

a. Qu'est que la maltraitements ?

Les notions de « maltraitements » commencent à s'imposer dans le paysage social et médico-social en France seulement à partir des années 1980. Aux Etats Unis, en Angleterre ou encore au Canada des réflexions sont déjà en cours depuis quelques années. En 1962, un pédiatre américain, Kempé met en évidence le « syndrome d'enfant battu »³², mais à cette époque, seuls étaient évoqués les symptômes physiques. En 1977, au Québec, une loi a été adoptée concernant la jeunesse pour mettre l'accent sur les situations de « négligences »³³. En France, des travaux vont être menés sur l'enfance maltraimée, on peut notamment citer ceux du pédopsychiatre, Stanislaw TOMKIEWICZ. Il a mis en lumière le concept de « violence institutionnelle » dans le champ de l'enfance en danger, d'après lui, toute institution engendre de la violence. Puis en 1987, le Conseil de l'Europe créer une commission « violence au sein de la famille »³⁴. Elle se divise en trois sous groupes dont l'un s'intéresse plus particulièrement aux personnes âgées. On ne parlera pas encore de « maltraitements », mais plutôt de « violences et négligences »³⁵. Le terme de maltraitements est donc récent et apparaît pour la première fois dans la loi du 10 juillet 1989 concernant la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et la protection de l'enfance. A la suite de cette loi, un Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraimée va être créé (renommé Enfance en Danger depuis la loi du 5 mars 2007). Il donnera lieu à un numéro national d'écoute, le 119 mis en place en mars 1997 et qui deviendra numéro d'urgence en 2003³⁶.

En 1990, le Conseil de l'Europe énonce une définition de la maltraitements : « Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité

³² Barreyre, J.-P., & Bouquet, B., *op.cit.* p. 349.

³³ Attitude de celui qui manque de soin, d'attention, de vigilance.
<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/negligenca/> ; consulté le 11 juin 2014.

³⁴ <http://www.alma-france.org/Historique.html> ; consulté le 7 juin 2014.

³⁵ Cf. Termes anglais : violence, neglect and abuses.

³⁶ <http://www.allo119.gouv.fr/presentation> ; consulté le 20 juin 2014.

financière »³⁷. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également donnée sa propre définition en 2002³⁸ : « La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime »³⁹. Cette définition semble plus appropriée puisqu'elle élargit le champ des « agresseurs ».

En 1992, ce même Conseil de l'Europe présente une classification détaillée des maltraitements selon leurs types⁴⁰. On y trouve les violences physiques, les violences psychiques ou morales, suivi des violences médicales ou médicamenteuses. Viennent ensuite les négligences actives, les négligences passives ainsi que la privation ou violation des droits et pour terminer les violences matérielles ou financières. C'est également en 1992 que le terme de maltraitance est introduit dans quelques dictionnaires de la langue Française, comme le Petit Larousse illustré qui fait référence à de « mauvais traitements »⁴¹, une définition qui reste sommaire. On peut noter qu'en 1994, pour répondre aux problèmes liés au phénomène de maltraitance dans le champ des personnes âgées, un réseau national d'écoute est pensé et les premières antennes seront mises en place dès l'année suivante.

Le 30 octobre 2002, l'OMS publie une étude intitulée « Rapport mondial sur la violence et la santé » où un chapitre entier est consacré aux maltraitements des personnes âgées.

Le concept de maltraitance va d'abord attirer les préoccupations dans le champ de l'enfance en « danger », parallèlement, les violences faites aux femmes vont être reconnues grâce aux mouvements des féministes. Les violences à l'encontre des femmes vont être dénoncées et combattues dans le cadre de la lutte pour le droit des femmes à partir des années 70. Ce phénomène va progressivement englober les personnes fragiles et vulnérables telles que les personnes âgées et les personnes handicapées. Il y a quelques années de nombreux termes étaient employés pour évoquer cette problématique comme les mots négligences,

³⁷ Vercauteren, R., *op.cit.* p. 157.

³⁸ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. *op.cit.* p. 472.

³⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/index.html> ; site de l'Organisation Mondiale de la Santé, consulté le 4 mai 2013.

⁴⁰ Vercauteren, R., *op.cit.* pp. 157-158, en annexe 1.

⁴¹ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B., *op.cit.* p. 349.

violences, sévices, mauvais traitements, etc. On va alors parler de facteurs de risques pouvant engendrer des actes de maltraitements qui peuvent être internes ou externes à l'individu. Ce concept de « risque » était lié, il y a quelques années, à la vision de l'avenir : « étroitement lié aux pratiques émergentes de l'assurance, de même qu'à l'intervention, dans le dernier tiers du XVII^e siècle, du calcul des probabilités »⁴². Depuis, cette notion a évolué, c'est désormais « l'être humain qui transforme socialement ces dangers en risques afin de pouvoir les appréhender, que ce soit pour s'en protéger ou pour en tirer parti de multiples façons »⁴³.

Aujourd'hui encore, cette notion de maltraitance reste difficile à définir puisqu'elle est discutée et évolue en permanence. De plus, elle fait appel à la subjectivité de chacun, que l'on soit du côté de la personne maltraitée ou maltraitante. La maltraitance peut être le fait d'un geste volontaire ou involontaire, répété ou non, tout comme la personne qui apporte son aide n'a pas forcément l'impression d'être maltraitante.

La maltraitance est un problème de santé publique que l'on rencontre aussi bien dans les institutions telles que les hôpitaux, les EHPAD⁴⁴, les foyers logements, qu'au sein du domicile de la personne en difficulté.

b. Un état des lieux en France

Dans notre pays, c'est le Professeur Robert Hugonot⁴⁵, décédé récemment, qui est considéré comme le précurseur de la prise en compte de la maltraitance envers les personnes âgées. Né en 1921, il devient médecin gériatre et chef de service de gérontologie clinique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Egalement professeur, c'est le co-fondateur du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble et le fondateur du réseau d'écoute ALMA (Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées). A la fin des années 1980, il commence à s'intéresser à la question des maltraitements et découvre que la France n'a produit aucun travail dans ce domaine. Il cherche alors à s'appuyer sur les travaux

⁴² Niget, D. & Petitclerc, M. (2012). *Pour une histoire du risque : Québec, France, Belgique*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 9.

⁴³ *Ibid.* p. 13.

⁴⁴ C'est-à-dire, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, qui depuis 2001 a progressivement remplacé le terme de maison de retraite.

⁴⁵ Hugonot, R. (1998). *La vieillesse maltraitée*. Paris, Dunod et Hugonot, R. (1990). *Violences contre les vieux*. Paris, Erès.

effectués dans les pays voisins comme le Canada, l'Angleterre et la Norvège. Il va notamment se servir des recherches d'Ida Hyde, médecin gériatologue en Norvège ayant mis en évidence l'importance de la proximité entre les écoutants des centres d'appels et les appelants⁴⁶. Robert Hugonot va ainsi rendre visible le phénomène de maltraitance en France et se verra chargé de mettre en place un système d'écoute nationale avec des antennes locales.

A la suite des premières données recueillies par les écoutants des antennes téléphoniques, il propose en 1998 une classification des maltraitances divisée en sept catégories. En premier lieu on trouve les violences physiques avec les coups et blessures visibles sur le corps de la personne ainsi que les viols. Suivi des violences psychologiques qui peuvent se manifester sous de multiples formes, comme les menaces verbales, les insultes, les cris, la pression, le chantage, l'infantilisation, etc. Ensuite viennent les violences financières avec notamment le vol de bijoux, d'argent, le détournement de pension et bien d'autres encore. Il y a également la violation des droits du citoyen qui peut se traduire par le fait d'imposer un choix politique lors d'une élection à travers le bulletin de vote de la personne. Les violences médicamenteuses sont quant à elles repérables par un manque de soins, l'abus de neuroleptiques ou encore la non prise en compte de la douleur. On recense aussi dans cette classification les négligences actives comme le ligotage, l'abus de contention, les privations volontaires, l'enfermement dans la chambre... Et enfin les négligences passives qui s'observent par un manque d'aide lors des tâches essentielles de la vie quotidienne telles que les repas ou les douches.

Cependant, malgré cette classification pouvant servir de repère, un diagnostic de maltraitance reste difficile à établir, les professionnels s'interrogent toujours sur les fondements de leurs doutes. Dans certains cas et notamment pour les violences physiques, il n'est pas rare d'observer sur le corps des personnes âgées des hématomes. Néanmoins ces blessures sont parfois justifiées par le patient lui-même comme étant liées à une chute et ne relevant pas d'une maltraitance par autrui. Comment faire la différence entre les deux ? Selon Hyde, I. (1992), présidente du groupe européen qui a travaillé sur la question de la maltraitance des personnes âgées, « Il faut noter que déterminer la différence entre les actions acceptables et abusives est une question de conscience, cela implique qu'en dernière analyse

⁴⁶ <http://www.alma-france.org/Historique.html> ; consulté le 7 juin 2014.

de la définition et le diagnostic dépendront d'un jugement de valeur nécessairement subjectif et propre à chaque chercheur et professionnel »⁴⁷.

La maltraitance trouve généralement sa source dans la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette dépendance à l'autre implique une relation asymétrique entre l'individu recevant le soutien et la personne lui venant en aide. Cette vulnérabilité expose les aidants naturels autant que les professionnels à des actes de maltraitance, que ce soit à domicile ou dans une institution. Néanmoins, il est d'usage de considérer que la maltraitance est « multifactorielle »⁴⁸ et est due à l'interdépendance de nombreux facteurs tels que le contexte, la situation familiale, la dynamique institutionnelle, l'état de santé de la personne souffrante, l'épuisement, etc. Sujet tabou il y a encore quelques années, ce phénomène commence doucement à sortir de l'ombre.

c. L'engagement associatif et la société civile au cœur de la lutte contre la maltraitance

ALLô MALtraiteance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées, plus connue sous le sigle ALMA⁴⁹ est une association non gouvernementale constituant un réseau d'écoute. Selon la loi de 1901, l'association est établie comme étant « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager les bénéfices »⁵⁰. Par cette loi, l'Etat reconnaît la place des associations et leur importance dans notre pays. Du point de vue légal, une association « est indépendante des pouvoirs publics ; elle est autonome dans son administration, elle n'est cependant pas souveraine car régie par des dispositions légales »⁵¹. La plupart du temps, une association est créée du fait de l'absence de connaissances et de solutions face à un problème particulier. En France, le secteur social et médico-social a d'abord été investi par des associations de tous types. Ces dernières ont fait émerger des problématiques sociales, comme la pauvreté, qui ont été reprises plus tard par l'Etat.

⁴⁷ Darnaud, T. (2012). *De la maltraitance à la relation de traïtance, un autre regard sur la relation d'aide*. Lyon, Chronique sociale, p. 23.

⁴⁸ Caudron, J.-M., Charlot, V., & Guffens, C. (2011). *La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables*. Territorial Editions, p. 33.

⁴⁹ <http://www.alma-france.org/> ; site officiel de l'association ALMA France, consulté le 4 mai 2013.

⁵⁰ Laville, J.-L., & Sainsaulieu, R. (2013). *L'association : sociologie et économie*. Paris, Pluriel, p. 7.

⁵¹ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. *op.cit.* p. 82.

Aujourd'hui on peut remarquer une coexistence entre l'espace public et privé : « Si les politiques publiques influent sur les associations, l'inverse est loin d'être exclu »⁵².

« L'association est une forme d'action collective »⁵³ qui permet à un individu de s'associer librement avec autrui tout en définissant leur raison d'être et d'agir ainsi qu'en prouvant l'utilité sociale de leur association. L'objectif est de « s'organiser sur la base d'un accord mutuel »⁵⁴. Au départ, les associations étaient issues de la philanthropie religieuses ou laïques. C'est en coopérant avec l'Etat que la plupart d'entre elles ont trouvé une légitimité au niveau de leurs actions. Le partenariat avec l'Etat a également permis de trouver des moyens pour développer leurs projets. Vers les années 1930, « la courbe des créations d'associations épouse alors celle du développement des dispositifs publics qui ne cesseront de se diversifier »⁵⁵. Le rôle des associations a été reconnu tardivement en France mais depuis les années 60 leur nombre se multiplie à grande vitesse. Cela s'explique par le fait que les associations sont de plus en plus spécialisées : elles ciblent une problématique spécifique avec un public particulier. De plus, on peut noter que « les associations sont de plus en plus des groupements indépendants, qui, même reliés les uns aux autres, conservent une autonomie de décision de plus en plus notable [...] les niveaux locaux s'autonomisent et sont moins télégués par le niveau national »⁵⁶.

« Par la pratique associative, les hommes apprennent à faire société sans faire appel à l'Etat. Ainsi émerge peu à peu une société civile distincte de la sphère économique et du pouvoir de l'Etat »⁵⁷. Cette notion de « société civile » est assez récente, elle a émergé dans les années 1960-1970 en France. « Aujourd'hui, on assiste de fait, dans l'opinion publique, à une relative dévalorisation du politique et au contraire à une exaltation de la dite société civile et de l'associatif »⁵⁸.

⁵² Laville, J.-L., & Sainsaulieu, R. *op.cit.* p. 87.

⁵³ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. *op.cit.* p. 82.

⁵⁴ *Ibid.* p. 82.

⁵⁵ *Ibid.* p. 83.

⁵⁶ Ion, J. (2012). *S'engager dans une société d'individus*. Paris, A. Colin, p. 21.

⁵⁷ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. *op.cit.* p. 83.

⁵⁸ Ion, J. *op.cit.* p. 24.

Jacques Ion⁵⁹, sociologue, a pu constater que les jeunes étaient de moins en moins nombreux à se mobiliser dans les associations et que le nombre de femmes était en augmentation. La durée de l'engagement des individus, au sein d'une association, a tendance à diminuer, néanmoins le multi-engagement est fréquent. « L'engagement caractérise les croyances, les opinions d'un individu, qui les défend personnellement, les assume et les revendique publiquement »⁶⁰. A l'heure actuelle, la grande difficulté est de trouver des individus souhaitant s'engager dans les instances dirigeantes des associations car cela demande plus d'investissement et de plus grandes responsabilités. C'est ainsi que l'on remarque que l'engagement des « seniors » est très marqué dans la sphère associative du fait de leurs disponibilités et de leurs expériences qui les conduisent souvent à occuper une place au sein des instances dirigeantes des associations.

Le secteur du social et du médico-social est dépourvu d'associations loi 1901 qui sont gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. On trouve des établissements privés à but non lucratif comme ceux de la mutualité française. Apparaissent de plus en plus dans ce secteur des structures privées à but lucratif qui se rapprochent des activités du secteur marchand.

Quant à l'association ALMA, elle est constituée majoritairement de bénévoles. Elle est devenue en 2005 la fédération ALMA France, cela ne change en rien sa forme légale, c'est-à-dire que c'est toujours une association de loi 1901. Cependant, elle regroupe désormais plusieurs associations, avec des personnes volontaires qui s'associent autour d'un projet commun.

⁵⁹ Voir ouvrage : Ion, J. (2012). *S'engager dans une société d'individus*. Paris, A. Colin.

⁶⁰ Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. *op.cit.* p. 223.

d. Prévenir contre la maltraitance : le concept de bientraitance

Le terme de « bientraitance » est apparu dans les années 1990 au sein du Comité de pilotage ministériel de l'opération « pouponnières » dont le but était d'humaniser l'accueil des très jeunes enfants. Néanmoins, c'est au début des années 2000 que ce terme s'est imposé en rapport avec le public âgé lors du plan « Opération bientraitance » du gouvernement Français en 2009, destiné aux établissements de soins et d'accueil de personnes âgées. Aujourd'hui de nombreuses revues s'intéressent à la lutte contre la maltraitance par le biais du concept de bientraitance, on peut notamment citer les revues *Gérontologie et société* ainsi que *Doc' Animation en gérontologie*.

La notion de bientraitance résulte d'une fusion entre plusieurs concepts. Tout d'abord on trouve la « bienfaisance », terme datant de la fin des années 1970. S'ajoute la « bienveillance », notion essentielle dans la prise en charge des usagers par les professionnels qui relate une intention de bonté envers l'autre. Se mêle également le concept en psychanalyse de la « mère suffisamment bonne » mis en évidence par Winnicott qui traduit la capacité d'adaptation et d'ajustement de la mère vis-à-vis de son enfant. Viennent ensuite les notions « d'empathie » et la « posture de négociation », développées par Carl Rogers dans ces recherches sur « les enseignements en matière de communication ». Le concept de bientraitance fait également référence au terme « sollicitude » employé par Paul Ricœur ayant pour objectif un rétablissement de l'équilibre dans une relation inégale. On trouve aussi la philosophie du « Care » qui renvoie à l'importance d'un accompagnement personnalisé et de proximité vis-à-vis d'une personne. « L'éthique du Care se réalise dans une attention aux autres qui vaut comme une réponse appropriée à des êtres dépendants dont le statut de sujet doit être pensé à travers la nécessité de la survie, du maintien de la vie ou du mieux-vivre »⁶¹. Pour terminer, on peut citer la « reconnaissance » qui fait partie intégrante de la bientraitance puisqu'elle permet de mettre la personne vulnérable en valeur grâce à un regard positif.

Au sein de la relation de « traitance », c'est à dire une relation de confiance instaurée entre plusieurs personnes, le concept de bientraitance est primordial. Il a pour but de promouvoir le respect et le bien être des personnes âgées. Depuis le début, ce néologisme questionne sur son sens et sa portée. Souvent opposée de façon maladroite au concept de

⁶¹ Brugère, F. (2014). *L'éthique du « Care »*. Paris, Presses universitaires de France.

maltraitance, la bientraitance vient tout juste de trouver sa place dans les dictionnaires (2010) : « fait de bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc. ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes » selon le Larousse⁶². Néanmoins, la définition donnée reste limitée et traduit seulement l'inverse du terme maltraitance.

Pour sortir de la maltraitance et favoriser la bientraitance, l'aidant informel tout comme le professionnel, doit faire un travail sur lui-même pour reconnaître la difficulté que représente l'accompagnement quotidien de personnes vulnérables. Certes depuis ces dix dernières années on a assisté à un changement de mentalités et à une adaptation des pratiques des professionnels. Mais l'énorme charge de travail que représente l'accompagnement conduit encore trop souvent à un épuisement physique et/ou psychique. L'aidant naturel veut faire au mieux, cependant il doit aussi conjuguer son travail avec sa vie et ses soucis personnels. Quant aux professionnels dans les institutions, ils manquent souvent de temps faute de personnels en nombre suffisant, et se doivent de respecter les règles institutionnelles.

Depuis la loi du 2 janvier 2002, qui prévoit de replacer les usagers au centre des préoccupations par l'affirmation de leurs droits et la promotion de leur respect, les établissements sociaux et médico-sociaux ont eu l'obligation de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de vie en institution et de gestion des risques avec notamment l'intégration du risque « maltraitance ». D'après le dictionnaire en ligne Larousse, un risque est un « danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé »⁶³. Dans l'objectif de développer une culture de bientraitance au sein des structures accueillant un public vulnérable, l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) a été créée en 2007. Elle accompagne les établissements dans une démarche d'évaluation interne puis externe à l'aide de recommandations de bonnes pratiques pour prévenir et réduire les risques. Cette agence guide et incite les structures à mettre en place des pratiques visant la bientraitance :

- Mettre en place un livret d'accueil ;
- Travailler sur le respect des droits, de l'intimité et de la dignité des personnes vulnérables accueillies dans l'établissement à l'aide de chartes ;

⁶² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bientraitance/186881?q=bientraitance#10928332> ; consulté le 31 mai 2013.

⁶³ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>, définition du risque ; consulté le 1 juin 2014.

- Mettre en place des temps d'analyse de la pratique pour les différents professionnels animés par un psychologue ;
- Développer l'accompagnement personnalisé en lien avec le projet de vie des personnes accueillies dans l'objectif de maintenir l'autonomie ;
- Fonder son intervention sur un projet d'établissement visant à suivre une ligne de conduite en lien avec les valeurs guidant les pratiques professionnelles ;
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur (travail en partenariat, activités intergénérationnelles, etc.) ;
- Informer les usagers sur les personnes qualifiées à contacter en cas de problème ;
- Former de façon continue les différents professionnels de l'établissement pour permettre un travail de qualité ;
- Etc.

Pour développer le concept de « bienveillance » il est nécessaire d'informer et de sensibiliser les aidants à l'accompagnement au quotidien des personnes « fragiles » ainsi que de former les professionnels à cette nouvelle notion : appréhender le concept, reconnaître les maltraitances et renforcer les capacités d'analyse et d'intervention des professionnels. Il existe des formations à la méthode de « validation de Naomie Fiel »⁶⁴ et à « l'Humanité »⁶⁵ qui ont pour objectif d'acquérir une méthode relationnelle pour accompagner au mieux un public âgé en perte d'autonomie psychique. Des contrôles et des mesures sont préconisés au sein des établissements mais cela ne suffit pas, une importance doit être accordée au soutien des aidants naturels et professionnels. On entend par là une écoute possible grâce à la mise en place de groupes de parole pour partager des situations difficiles.

⁶⁴ Formation utile pour les personnes âgées atteintes de troubles de la désorientation (type Alzheimer ou maladies apparentées). Son objectif est de maintenir la communication et de traduire le besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendu. Elle utilise des techniques de communication verbales et non verbales. Elle permet d'accompagner l'expression des émotions pour traduire les risques de contention et de repli sur soi.

⁶⁵ Méthode de la communication par le toucher, le regard et la parole. Notion de verticalité au cœur de cette attitude, c'est le vivre debout et le mourir debout. Voir l'individu en tant qu'Homme.

C/ La maltraitance comme problématique pour l'histoire du temps présent

Je vais m'appuyer sur le concept « d'histoire du temps présent », également nommé « histoire immédiate » dans l'objectif de reconstituer l'histoire plus ou moins proche de l'émergence d'une nouvelle question sociale, celle de la maltraitance à partir d'un contexte situé et en évolution. En 1994, Jean-François Soulet parlait d'histoire immédiate pour définir « l'ensemble de la partie terminale de l'histoire contemporaine, englobant aussi bien celle dite du *temps présent* que celle des trente dernières années ; une histoire, qui a pour caractéristique principale d'avoir été vécue par l'historien ou ses principaux témoins »⁶⁶. Selon Florence Descamps, historienne, « cette histoire du temps présent, expression finalement adoptée et préférée à “histoire très contemporaine“, “histoire actuelle“, “histoire récente“ ou “histoire immédiate“, se définit par deux caractéristiques spécifiquement et très intimement liées : la présence forte, vivante et en action du passé dans le présent sous la forme de mémoire (et cette mémoire est “chaude“), et la présence “de chair et de sang“ des témoins-acteurs »⁶⁷.

a. Un domaine de réflexion émergent

J'ai choisi de centrer mes recherches sur l'association nationale ALMA qui s'est déployée sous forme d'antennes locales sur tout le territoire français durant ces 20 dernières années. J'ai fait le choix de me baser sur cette association car c'est la première à s'être lancée dans la prise en compte et la reconnaissance des maltraitances envers des personnes âgées en France. Je souhaite plus précisément connaître l'histoire d'ALMA France et de l'antenne ALMA 44, leurs rôles dans la prise en compte de l'émergence de cette "nouvelle" question sociale.

La question des maltraitances en France s'est d'abord posée à travers le public des enfants en danger au début des années 1980. Ce n'est que vers la fin des années 80 et le début des années 90 qu'on a pris l'ampleur de ce phénomène pour les personnes âgées. Une impulsion au niveau du Conseil de l'Europe et en France grâce à la personne du professeur Hugonot a permis de rendre visible ce problème de société. Néanmoins les recherches scientifiques sur

⁶⁶ Soulet, J.-F. (1994). *L'histoire immédiate*. Paris, Presses Universitaires de France, p. 4.

⁶⁷ Descamps, F., Monnier, F. & Schnapper, D. (2001). *L'historien, l'archiviste et le magnétophone : de la constitution de la source orale à son exploitation*. Paris, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, comité pour l'histoire économique et financière de la France, p. 137.

le sujet sont peu nombreuses et la prise en compte de la maltraitance dans les institutions est très récente et encore insuffisante.

Se posent alors de multiples interrogations pour mieux comprendre les enjeux des acteurs publics et privés aujourd'hui, telles que : Comment est née cette question ? En mobilisant quelles représentations ? Comment se sont mis en place les premiers dispositifs d'aide envers ce public vulnérable ? Quelles sont ces personnes qui se mobilisent pour faire avancer cette question ? Toutes ces questions m'ont permis de définir une question de départ : **Pourquoi la création d'ALMA et dans quel contexte ? Quels rôles pour cette association de professionnels et de bénévoles dans l'émergence et les orientations actuelles de la question sociale et de santé publique de la maltraitance envers les personnes âgées depuis les années 90 ?** L'objectif de ce mémoire de recherche est de confronter cette question de départ aux références théoriques observées lors de l'exploration bibliographique de la première partie.

Je décide d'affiner ma recherche et de me centrer sur une étude de cas. Pour cela, je définis ma problématique de la façon suivante : **Comment une association, ALMA, dans un contexte situé, participe à une prise de conscience collective de la « maltraitance » des personnes âgées vivant en institution ; selon quelle chronologie et avec quelles limites ? Quels impacts ont produit cette mobilisation dans le temps et dans l'espace sur les représentations, les pratiques et les politiques sociales en faveur des personnes âgées ?** Cette problématique cible un phénomène précis en lien avec un ancrage disciplinaire et une association en particulier, ALMA et les bénévoles et professionnels qui y travaillent. De plus, cette question semble plutôt pertinente, en effet c'est un sujet d'actualité et un problème de société en lien avec mon projet professionnel.

J'émet alors deux hypothèses :

- L'association ALMA semble avoir pris une place centrale en France dans la prise en compte de la maltraitance des personnes âgées.
- On peut penser que les antennes départementales correspondent à une réalité locale spécifique à chaque territoire et non pas à une simple déclinaison de l'association nationale.

b. La nature des sources exploitées

Les recherches en sciences humaines et sociales permettent l'étude de l'homme en société. J'ai donc décidé dans un premier temps d'ancrer mon sujet au cœur de la discipline historique afin d'étudier son évolution diachronique. C'est ainsi que j'ai décidé de faire appel à des sources écrites et orales pour tenter de décrire, comprendre, analyser et enfin expliquer la prise en compte de cette nouvelle question de la maltraitance.

Pour commencer mes « recherches de terrain », j'ai fait appel aux sources écrites. En effet, l'association ALMA possède des archives privées sur lesquelles j'ai pu m'appuyer, à savoir, les rapports d'activités produits par ALMA France depuis 2008 et 2009 pour ALMA 44. En effet, ALMA 44 ne dispose que des rapports d'activités produits depuis l'arrivée de la nouvelle coordinatrice départementale en 2009. Et ALMA France ne m'ayant transmis que les rapports d'activités écrits depuis 2008, année de création du numéro national de lutte contre la maltraitance. L'objectif étant d'observer l'évolution de la prise en compte de la nouvelle question de la maltraitance des personnes âgées.

J'ai poursuivi mes recherches en utilisant les sources orales pour compléter et approfondir mon sujet. L'histoire orale fait référence à des sources orales et des témoignages oraux qui sont récoltés puis exploités par l'historien : « si l'on se place d'abord à l'échelle individuelle du témoin, la démarche des archives orales est une occasion privilégiée de se réapproprier sa propre histoire et de lui (re)découvrir un sens »⁶⁸. Florence Descamps nous dit que « La source orale serait avant tout intéressante là où la source écrite manque, là où cette dernière est défaillante ou bien se fait inaccessible »⁶⁹. C'est le chercheur lui-même qui crée les sources orales et comme toutes sources, elles doivent pouvoir être analysées et critiquées. Durant de longues années, ce type de sources a provoqué de la méfiance chez certains historiens davantage habitués aux sources écrites. Les pionniers en la matière sont les pays Anglo-saxons qui ont utilisé et développé les sources orales. Pour ce faire, j'ai utilisé la technique de l'entretien oral pour apporter des compléments et des éclairages quant aux sources écrites. Pour cela, j'ai sollicité la coordinatrice de l'Antenne ALMA de Loire Atlantique. De manière moins formelle, je me suis également appuyée sur des échanges avec différents professionnels

⁶⁸ Descamps, F., Monnier, F. & Schnapper, D. op.cit. p. 739.

⁶⁹ *Ibid.* p. 561.

du milieu médico-social ainsi que sur des contacts avec des représentants de l'association au niveau national.

c. Les méthodes de recueil des données⁷⁰

Pour mener mon entretien, j'ai d'utilisé la méthode qualitative avec la passation d'un entretien semi-directif. Cette technique est courante en sciences sociales et elle me semble appropriée dans le cadre de cette recherche. Elle permet de creuser le sujet en profondeur, de restituer des conduites professionnelles par la connaissance de leur point de vue, de leur vécu et également de comprendre le sens que les interviewés donnent à leur action. Ici on pose des questions à partir des thèmes référencés dans le guide d'entretien élaboré en amont. La technique de l'entretien suppose l'instauration d'une relation de confiance avec l'interviewé et une écoute attentive pour recueillir sa parole. Tandis que la personne interrogée mobilise ses connaissances, essaie de se faire comprendre, l'enquêteur doit faire preuve d'empathie et savoir utiliser les relances. L'entretien semi-directif présente de nombreux avantages. Il laisse assez de liberté au sujet interrogé pour lui permettre d'évoquer des notions auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé, les questions posées restant ouvertes. Ce dernier peut éventuellement intervenir pour recadrer l'entretien.

La personne choisie a été informée de la démarche et de l'entretien à l'avance pour permettre une mobilisation des connaissances et une remémoration concernant les éléments du sujet. Quelques jours avant l'entretien et suite à sa demande, je lui ai transmis une trame des différentes thématiques que je désirais aborder durant l'entretien. Ce dernier a eu lieu sur le lieu de travail de cette personne, dans un environnement familial qui permet de faciliter la mise en confiance. Pour ce faire, j'ai utilisé comme support un guide d'entretien⁷¹. Quelque soit le type d'entretien mené, il convient de préparer à l'avance une grille d'entretien faisant apparaître les grands thèmes à aborder. Bien entendu, cette grille n'est présente que dans l'objectif de guider le chercheur pendant l'entretien. C'est ce qui sert de fil conducteur lors de la rencontre et qui permet de relancer le sujet.

⁷⁰ Voir les ouvrages suivants : Descamps, F., Monnier, F. & Schnapper, D. (2001). *L'historien, l'archiviste et le magnétophone : de la constitution de la source orale à son exploitation*. Paris, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, comité pour l'histoire économique et financière de la France. Et Descamps, F. (2006). *Les sources orales et l'histoire : récits de vie, entretiens, témoignages oraux*. Rosny-Sous-Bois, Bréal.

⁷¹ Voir annexe 4.

PARTIE II- Etude de cas autour de l'association ALMA : analyse des résultats

L'association ALMA, ALLô MALtraiteance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées, est un groupe national d'écoute téléphonique et d'assistance aux personnes âgées en situation de maltraitance. Cette entité a été créée le 2 mai 1994 par Robert Hugonot, professeur en gérontologie. La mise en place des premières plateformes d'écoute a eu lieu un an plus tard, en 1995. C'est une forme d'expérimentation soutenue entre autres par la Sécurité Sociale et certaines caisses de retraite. Aujourd'hui cette association est présidée par Robert Moulias, professeur en médecine, président de l'association internationale de gérontologie pour la région Europe et c'est également le coordonnateur du groupe de recherche et de réflexion « Ethique et vieillesse ».

L'idée de départ était d'ouvrir des antennes d'écoute pour venir en aide aux personnes vulnérables, mais aussi de développer une connaissance sur la maltraitance. Composée de six centres d'écoute en 1995, l'association se développe et en 2006 en dénombre 32, dont un se situe depuis 2004 dans le département de la Loire Atlantique et plus particulièrement à Nantes. Chaque antenne recrute une dizaine de bénévoles, pour la majorité ce sont des retraités, formés par ALMA pour pouvoir répondre aux appels. Chaque bénévole dispose d'un téléphone répondeur-enregistreur et est encadré par un « conseiller », la plupart du temps professionnel ou ancien professionnel de l'action médicale, sociale ou médico-sociale gérontologique. On retrouve dans chaque centre d'appel un comité de pilotage qui se réunit une fois par trimestre.

L'association est présente pour informer et soutenir les aidants, sensibiliser et former les professionnels mais également effectuer un travail de prévention et de déculpabilisation. ALMA représente à ce jour la source statistique la plus développée sur le phénomène des maltraitements et cette association est considérée comme une référence lorsqu'on évoque cette problématique.

A/ Une culture de prévention de la maltraitance : ALMA France

a. Une politique de « bientraitance » en direction des personnes âgées : le développement de l'association ALMA France et de ses antennes

Œuvrant depuis 1995, l'association ALMA France tente à l'époque de faire connaître le phénomène de maltraitance encore peu connu sur notre territoire. C'est seulement depuis le début des années 2000, que le gouvernement travaille à l'élaboration de nombreuses lois et plans d'action pour lutter contre la maltraitance. Rappelons l'importance accordée à la loi du 2 janvier 2002 concernant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, le 3 mai 2002 une circulaire de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS)⁷² relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance dirigée vers les adultes vulnérables, dont font partie les personnes âgées, prévoit la mise en œuvre de dispositifs départementaux ainsi que le développement d'antennes d'appels téléphoniques comme ALMA. Sont formés des comités dans chaque département, assistés par une cellule interinstitutionnelle de traitements et de suivis des signalements, pour lutter contre ce phénomène de maltraitance.

Cette même année, un comité national de vigilance est créé dans le cadre de l'arrêté du 16 novembre 2002. Il « a pour mission d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Il peut être consulté par le ministre chargé des personnes âgées sur toute question relative à la maltraitance des personnes âgées »⁷³.

L'année 2004 marque la création du numéro SOLIDARITE Vieillesse en Ile de France. Le 0 810 600 209 est lancé le 21 janvier 2004 et géré par l'association AFBAH⁷⁴ œuvrant à un niveau régional. Néanmoins, dès le mois de mars de cette même année, le gouvernement parle déjà de la volonté de créer un numéro national maltraitance à 4 chiffres. Un audit est lancé en France.

⁷² Caudron, J.-M., Charlot, V., & Guffens, C., *op.cit.* p. 87, en annexe 2.

⁷³ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000600250> ; consulté le 12 juin 2014.

⁷⁴ Association Francilienne – puis Française à partir de 2008 - pour la Bientraitance des Aînés et/ou Handicapés.

Le 22 mars 2007, une instruction ministérielle annonce un plan national de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Il a été complété par une lettre de mission du 10 mai 2007 relative à la création du « numéro national d'écoute pour garantir une égalité d'accès au bénéfice de toutes les personnes vulnérables, un dispositif national qui doit s'appuyer sur l'ensemble des partenaires, un pilotage national pour une mise en œuvre début 2008 »⁷⁵. Ce numéro, le 3977, a été lancé le 5 février 2008.

On peut également citer parmi les mesures mises en place par ce plan, l'instauration d'une démarche qualité dynamique dans les établissements avec des recommandations de bonnes pratiques, la sensibilisation et la formation permanente des professionnels à la bientraitance, ou encore, une facilitation des signalements avec notamment un protocole de signalement, etc.

Depuis 2008, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) met à disposition un guide⁷⁶ de bonnes pratiques avec des recommandations et repères concernant la bientraitance. L'objectif étant d'éclairer les pratiques professionnelles quotidiennes et de préciser les grandes orientations que doivent suivre les structures. De plus, ce guide s'adresse également aux associations d'usagers, aux usagers eux-mêmes ainsi qu'à leur entourage.

Une nouvelle impulsion est donnée le 12 juillet 2011⁷⁷ par la publication d'une circulaire de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Elle affirme le renforcement de la lutte contre la maltraitance et le développement de la bientraitance au sein des établissements et services médico-sociaux. Les objectifs de cette circulaire sont définis de la manière suivante : « Définition des orientations prioritaires de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance envers les personnes vulnérables relevant du champ d'action des services déconcentrés de la cohésion sociale : modalités de signalement des faits de

⁷⁵ Rapport d'activité ALMA-HABEO, année 2011, p. 3.

⁷⁶ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf ; consulté le 18 mai 2013.

⁷⁷ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/08/cir_33642.pdf, CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 ; consulté le 25 mai 2014.

maltraitance, renforcement des contrôles et amélioration des pratiques professionnelles dans les établissements et services sociaux, développement de la connaissance du phénomène »⁷⁸.

L'implication de l'Etat et sa volonté de venir en soutien à ce public vulnérable a su faire évoluer l'action des associations de lutte contre la maltraitance comme nous allons le voir dans la suite de cette recherche.

On peut constater qu'au départ, de 1995 à 2002, l'association ALMA était peu relayée. Puis au début des années 2000, la gérontologie va prendre de l'importance et la question du vieillissement sera au cœur des débats, notamment avec la perte d'autonomie, l'isolement et la grande dépendance. L'Etat va s'emparer de ces questions et développer la politique du maintien à domicile (le recours à l'institution quand ce maintien n'est plus possible). La loi du 2 janvier 2002 réaffirme la place centrale que l'on doit donner à « l'utilisateur ». La problématique de la maltraitance, soulignée par le professeur Hugonot, va également apparaître au sein des politiques publiques cette même année. Une effervescence de textes législatifs en faveur des personnes âgées est apparue depuis cette fameuse loi. L'impact des médias, sur certaines thématiques comme la maladie d'Alzheimer, la canule en 2003 ou encore les maltraitances au sein des institutions, a-t-il été vecteur de changement ? A-t-il participé à une prise de conscience ?

b. L'association ALMA France : son intégration au sein d'un dispositif national

ALMA est l'association pionnière en France dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées qui agit de manière locale par le biais d'antennes départementales.

En 2008, un changement a lieu et l'association va prendre de l'ampleur. Orchestré par le ministre de l'époque chargé de la Santé, des Solidarités, de la Sécurité sociale, des Personnes âgées, des Personnes handicapées et de la Famille, un numéro national d'écoute : le 3977 est lancé. Ce dispositif repose sur un partenariat entre deux associations luttant contre la maltraitance : AFBAH et ALMA France avec des rôles respectifs :

- 1^{ère} partie : le dispositif d'écoute national 3977 pris en charge par AFBAH ;

⁷⁸ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/08/cir_33642.pdf, CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 ; consulté le 25 mai 2014.

- 2^{ème} partie : les antennes ALMA qui traitent les dossiers au niveau local (transfert des appels par AFBAH et appels directs sur le numéro local).

En effet, par ce biais, les deux entités se sont regroupées dans l'objectif d'améliorer l'écoute pour suivre les situations du premier appel jusqu'à la résolution du problème.

L'AFBAH, née en 2002, est le fruit d'une réflexion du comité de coordination du plan régional de santé concernant les personnes âgées d'Ile de France. En 2001, elle décide de créer un dispositif de prise en charge de la maltraitance sur son territoire. A ses débuts, cette association cherche à développer un logiciel permettant d'effectuer un suivi des dossiers de maltraitance... Dès 2004, elle va être en charge du numéro Solidarité Vieillesse en Ile de France. Depuis en 2008, le dispositif va prendre de l'ampleur nationale puisque l'association est désormais en charge du 3977 mis en place par Valérie Létard, Secrétaire d'Etat à la Solidarité à ce moment.

Entre 2010 et 2011, l'AFBAH a changé de nom devenant ainsi HABEO, j'agis contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. Cinq nouvelles lettres pour réaffirmer les missions et les valeurs de cette association : Handicap – Age – Bientraitance – Ecoute – Orientation.

Désormais, ces deux associations œuvrent ensemble pour lutter contre la maltraitance au sein du dispositif d'écoute national. « Il a fallu faire fonctionner de concert deux associations de buts voisins, mais de cultures différentes sur un même projet »⁷⁹. Celles-ci assurent les missions suivantes⁸⁰ :

- Les missions confiées à HABEO dans le cadre de ce dispositif :
- o Gérer l'organisation de la plate-forme téléphonique en Ile de France ;
- o Former, animer, coordonner l'équipe d'écouter professionnels salariés pour garantir une bonne écoute et des écrits de synthèse de qualité ;
- o Garantir des échanges constants entre HABEO et les centres ALMA ;
- o Gérer et faire évoluer les dispositifs de téléphonie et d'informatique.
- o Gérer et assurer la diffusion des documents de communication du dispositif ;

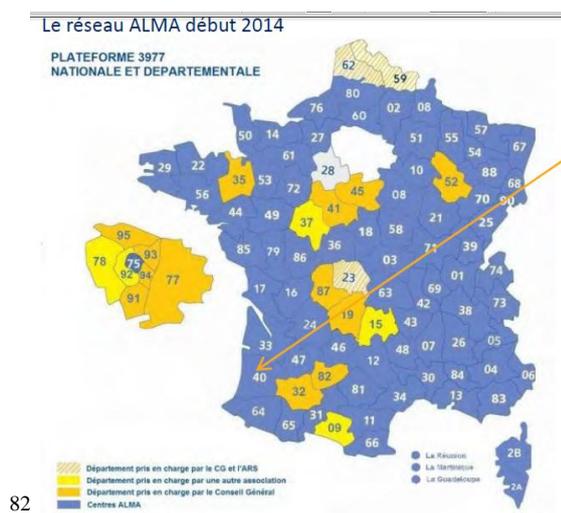
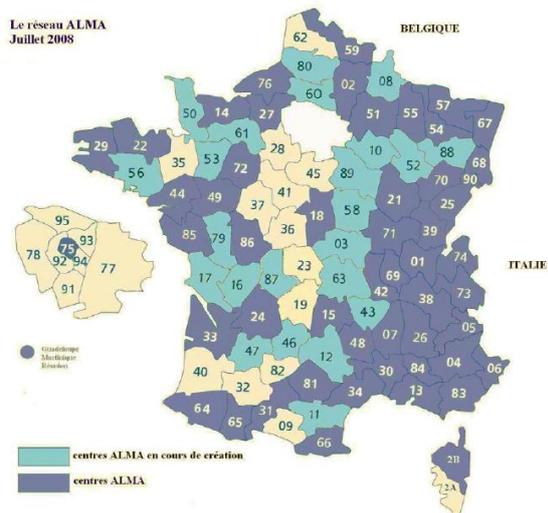
⁷⁹ Rapport d'activité ALMA France, année 2008, p 11.

⁸⁰ Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p 4-6.

- Procéder à des analyses statistiques au niveau national.
- Les missions d'ALMA France au sein du dispositif :
- Assurer la gestion des centres de proximité ;
- Développer les centres d'écoute et mettre en place de nouvelles antennes de manière à ce que chaque département du territoire français soit couvert par des équipes formées ;
- Garantir l'éthique du sein de chaque centre et assurer les formations de tous les bénévoles et salariés ;
- Favoriser les collaborations à différents niveaux : régionaux ou interrégionaux ;
- Préparer et homogénéiser la présentation des statistiques régionales ;
- Soutenir et accompagner les centres départementaux (mise à disposition d'experts, résolution de problèmes, appui pour les formations...) ;
- Favoriser les échanges entre la plateforme HABEO et les centres ALMA.
- Missions des centres de proximité ALMA
- Recevoir les appels téléphoniques entrants, soit par la ligne directe du centre, soit par la plateforme du 3977. Assurer une écoute et un suivi de chaque situation jusqu'à la résolution du problème ;
- Assurer des permanences régulières sur des créneaux horaires définis ;
- Saisir les données sur le logiciel de manière régulière ;
- Développer un partenariat avec les services publics locaux, les établissements, structures et associations du département, liés aux publics pris en charge ;
- Accepter et respecter les règles d'éthique d'ALMA France ;
- Faire part de toute difficulté à ALMA France.

Depuis que l'association ALMA France fait partie intégrante du dispositif national de lutte contre la maltraitance son développement sur le territoire a été accéléré. En effet, en 2008, le réseau ALMA recouvrait 55 départements contre 77 départements à l'heure actuelle. Cela a profondément augmenté la charge de travail pour les bénévoles autant que pour les salariés. Cependant « il est satisfaisant de noter que les centres ALMA, quinze ans après la création des premiers, conservent une activité exclusivement centrée sur leurs missions d'origine »⁸¹.

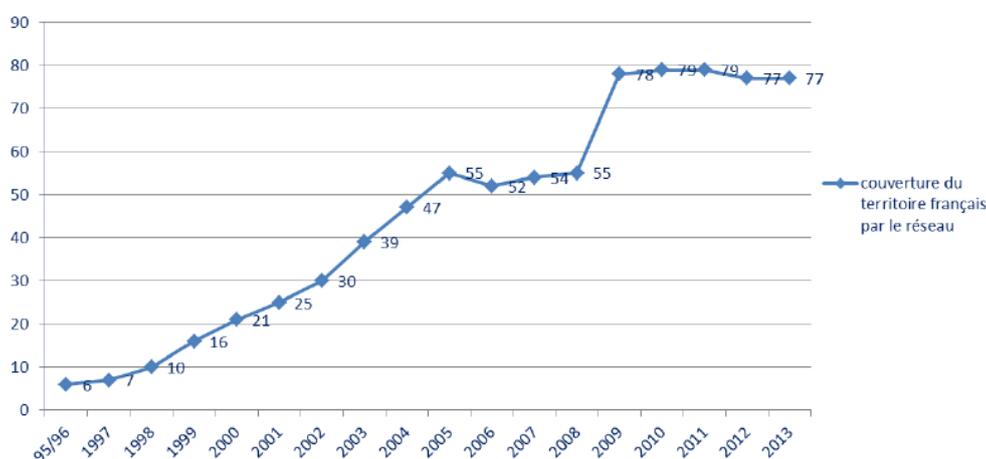
⁸¹ Rapport d'activité ALMA France, année 2010, p. 11.



82

83

couverture du territoire français par le réseau ALMA



Les deux associations ont profité de la communication et des sensibilisations effectuées auprès du grand public par le ministère chargé du lancement du numéro national d'écoute. Cela a notamment permis de faire augmenter le nombre d'appels directs auprès des antennes départementales de 50%. De plus ces centres se sont vus valorisés et une augmentation de la subvention de l'Etat a été appréciée. Pour obtenir un meilleur accompagnement, ils ont pu recruter des salariés et notamment des coordinatrices départementales. Tous ces changements ont entraîné une réorganisation importante au sein d'ALMA France. D'ailleurs, cette nouvelle collaboration avec AFBAH a nécessité une formation spécifique liée au partage d'un nouveau logiciel commun.

⁸² Rapport d'activité ALMA France, année 2008, p. 7.

⁸³ Rapport d'activité ALMA France, année 2013, p. 14.

En 2012, émerge une réflexion sur la mise en place d'une confédération ALMA France/HABEO. L'objectif est de réunir ces deux associations au sein d'un même groupement pour bénéficier d'une gouvernance unique tout en laissant la possibilité à chaque entité de garder son autonomie. Ce n'est qu'en février 2014 que ce projet aboutit avec la création de la fédération « 3977 contre la maltraitance ». Néanmoins, tous ces changements demandent du temps et plongent les centres départementaux dans le flou : « Là, actuellement, le réseau national est aussi en train de se restructurer, enfin je pense que vous êtes au courant. HABEO et ALMA forment désormais une seule et même association. Donc ça c'est le devant de la scène, l'arrière de la scène c'est que du coup il faut refondre l'organisation [...] Là, il faut que l'information se consolide au niveau national et qu'elle redescende au niveau de tous les centres. On est dans l'incertitude, enfin on n'a pas encore l'information »⁸⁴.

Que va apporter cette fusion aux antennes locales ? Quels impacts cela va-t-il produire sur le fonctionnement, l'organisation et le financement d'ALMA ?

c. Fonctionnement et organisation d'une association unique au monde

ALMA France comprend une petite équipe constituée d'une dizaine de salariés dont une directrice, une directrice adjointe et une formatrice. Pour pouvoir répondre à toutes ses missions, l'équipe est également composée de coordinatrices et d'une comptable. Ils sont soutenus par des bénévoles assurant des fonctions multiples (administrateurs, consultants, chargés de missions, etc.). Quant aux centres départementaux ALMA, ils requièrent la présence d'administrateurs bénévoles, d'un comité de pilotage réunissant les autorités locales, des bénévoles formés à l'écoute ainsi que des référents professionnels bénévoles. Les bénévoles représentent « des centaines de professionnels retraités et actifs »⁸⁵. Dans certaines antennes on trouve parfois une coordinatrice salariée à temps partiel, voire une formatrice. Les référents sont pluridisciplinaires et sont multi professionnels c'est à dire qu'ils peuvent être aussi bien retraités, qu'actifs ou étudiants.

Contrairement à la structuration de l'équipe d'ALMA France, celle de la plateforme HABEO se compose de 10 salariés écoutants dont 9 sont psychologues. Ils sont tous employés à temps partiel. On compte également une directrice, une chargée de projet, une

⁸⁴ Entretien du 25 juin 2014 avec la coordinatrice d'ALMA 44, voir annexe 5.

⁸⁵ <http://www.alma-france.org/Des-femmes-et-des-hommes.html> ; consulté le 14 juin 2014.

coordinatrice, qui sont présentes à temps complet, ainsi qu'une assistante chargée de formation à 60%.

Au sein de la plateforme HABEO, l'écoute est assurée par des salariés formés aux techniques d'entretiens puisqu'ils sont pour la plupart psychologues. L'association assure auprès de ces salariés une formation à l'écoute en téléphonie sociale, à la gérontologie et bien sûr à la maltraitance. Ils apprennent aussi à gérer les situations d'agressivité et les techniques pour rassurer l'appelant. Au niveau des centres locaux, l'accompagnement téléphonique est assuré uniquement par les bénévoles qui ont un rôle d'écoute et doivent rassembler toutes les informations nécessaires au suivi d'un dossier. Lors de la première écoute, aucun conseil n'est donné du fait de la grande complexité des situations : « le conseil ou le signalement sont le résultat d'un travail d'analyse en équipe pluridisciplinaire et non des réflexes d'une personne seule »⁸⁶. Les centres départementaux assurent généralement une écoute une à deux demi-journées par semaine. « Ces permanences sont consacrées uniquement aux appels entrants, pris en charge par les écoutants. Les analyses pluridisciplinaires (réunions d'équipe) et les prises en charges des conseillers/référents sont effectuées en dehors de ces horaires »⁸⁷.

De plus, quatre commissions ont été constituées depuis 2009 et sont animées par les coordinatrices salariées ALMA France : formation, handicap, développement et accompagnement du réseau, communication. Ces commissions sont, depuis 2011, ouvertes à HABEO et permettent d'améliorer l'accompagnement auprès des centres départementaux et donc d'offrir une meilleure écoute avec un suivi adapté.

L'action engagée suite aux appels téléphoniques dépend de la nature de l'appel et, différents types de dossiers sont alors créés⁸⁸ :

- **Information/Orientation** : demande de renseignements d'ordre général ou de documents. Orientation vers des structures adéquates (y compris les centres départementaux). Pas de rappel, pas d'intervention du centre départemental.

⁸⁶ Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p. 26.

⁸⁷ Rapport d'activité ALMA France, année 2012, partie 2, p. 4.

⁸⁸ Rapport d'activité ALMA – HABEO, années 2011, p. 9.

- **Témoignage** : évocation d'une situation de maltraitance pour laquelle une intervention n'est pas possible ou pas demandée. Souvent anonyme. Pas de rappel, pas d'intervention de l'antenne départementale.
- **Signalement** : concerne une situation de maltraitance qui appelle une intervention des acteurs de terrain et un suivi pour un adulte âgé de plus de 60 ans ou un adulte handicapé d'au moins 18 ans. Rappel de l'antenne départementale et prise en charge. 59% de ces situations donnent lieu à un suivi de proximité en lien avec les antennes départementales.
- **Accompagnement de situation** : Suivi d'une situation, qui, sans être un cas de maltraitance, demande un accompagnement. Peut s'appliquer aux particuliers comme aux professionnels. Rappel de l'antenne départementale et prise en charge.

Les informations sont renseignées dans le logiciel, soit par les acteurs de la plateforme nationale, soit par le personnel des centres départementaux. Ils ont la possibilité d'y insérer des éléments de suivi des dossiers mais également de créer de nouveaux dossiers. Lorsqu'une personne appelle et qu'un dossier a déjà été créé, l'appel est considéré en tant que création de suivi et non comme une création de dossier. A savoir qu'en 2009, suite à la demande d'ALMA, le logiciel a été revu et amélioré pour apporter plus de concordances entre les situations vécues et les renseignements à collecter.

La création d'un dossier est nécessaire dans les situations suivantes⁸⁹ :

- Dès qu'il existe une problématique de maltraitance et que l'appelant souhaite constituer son dossier en direct ;
- Lorsque les écoutants n'ont pas pu répondre aux demandes d'information de la personne ;
- Quand les écoutants ont guidé les appelants vers d'autres structures ;
- Lorsque l'appelant souhaite tout de même présenter sa situation au numéro national.

Au niveau de la plateforme nationale du 3977, en 2011, 25 564 appels ont été reçus du lundi au dimanche dont 4 457 le week-end. La majorité des appels est effectuée sur semaine entre 9h00 et 19h00. Ce centre comptabilise 15 133 appels répondus au total et le taux de réponse moyen sur les horaires d'ouverture est de 83%. Les écoutants salariés sont encadrés

⁸⁹ Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p. 11.

par une coordinatrice psychologue qui a également en charge la liaison avec les centres départementaux. Le réseau ALMA quant à lui comptabilise 5 471 appels directs sur les numéros départementaux en rapport avec la problématique maltraitance⁹⁰. L'ensemble des acteurs du dispositif ont été amenés à créer 6 365 dossiers et 15 504 suivis. A savoir que 5 590 dossiers ont nécessité une prise en charge départementale par les centres ALMA. Ce dispositif présente de nombreux avantages puisqu'il garantit la confidentialité de la situation avec une neutralité dans les conseils donnés par les professionnels et les bénévoles de ces deux associations. Il promet également une absence de représailles, de sanctions et de jugement de valeur.

C'est à partir de 2008 que les actions de sensibilisations et de formations se sont multipliées en interne pour les bénévoles, les nouveaux coordinateurs et les formateurs. Un travail en externe s'est également développé au sein des équipes dans les institutions (EHPAD, hôpitaux, cliniques), dans les équipes œuvrant au domicile ou encore pour les décideurs. En 2011, leurs interventions se sont élargies, notamment grâce à une meilleure communication, aux écoles et instituts, aux établissements pour personnes en situation de handicap et à la Police.

En ce qui concerne le financement d'ALMA France et de ses centres, il vient majoritairement de la DGCS⁹¹ pour réaliser les missions d'écoute et de traitement des situations pour lesquelles l'association a été missionnée. Le reste est attribué par des caisses de retraite et d'assurance et provient également des recettes des formations proposées en externe. Il est question, dès 2008, de rechercher d'autres financeurs mais cela reste difficile. A noter qu'en 2009 la subvention de la DGCS représentait 89% du poste « subvention ».

« En 2011, la Direction Générale de la Cohésion Sociale a octroyé une subvention de fonctionnement de 380 000 € à ALMA France, qui bénéficie également des 221 500 € accordés fin 2010, dans le cadre d'un avenant, pour la mise en place d'un programme de formations externes. Depuis la création de la plate-forme nationale en 2008, les caisses de retraite ont progressivement diminué leurs subventions au bénéfice d'ALMA France. Ce phénomène accentue la dépendance financière de la fédération à la DGCS. En 2011, seule la

⁹⁰ Les appels hors maltraitements du type demande d'informations, renseignements sur les formations, etc. ne sont pas répertoriés.

⁹¹ Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Mutualité Française a apporté son soutien dans le cadre de la création d'un outil de formation, un DVD sur la maltraitance et le handicap auditif »⁹².

ALMA France continue à se déployer dans les différents départements et ces démarches demandent beaucoup de temps et d'investissement. Tout d'abord, la création d'un centre ALMA nécessite de constituer une association loi 1901. A la suite de cette étape, des rencontres sur les méthodologies de travail sont essentielles. Avant le lancement d'un centre, une « formation d'ouverture »⁹³ est réalisée. C'est ALMA France elle-même qui assure la formation de ses bénévoles et salariés en proposant des formations initiales mais également une formation continue qui permet de se perfectionner au fil des évolutions. « ALMA France a engagé une réflexion approfondie sur l'éthique depuis plusieurs années dans le cadre du Conseil Scientifique. Notre « charte » éthique ALMA a été approuvée à l'Assemblée Générale du 14 mars 2005, retravaillée en 2007 par le groupe « réflexion éthique »⁹⁴. Depuis 2005, le fonctionnement de chaque antenne départementale repose sur cette charte »⁹⁵.

En 2009 l'association s'est étendue avec la création de cinq nouveaux centres et de 17 extensions de centres dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. C'est d'ailleurs depuis 2004 seulement que les centres ALMA gèrent les appels des personnes en situation de handicap. Chaque centre a dû s'adapter, développer son réseau, trouver des bénévoles avec des compétences dans ce domaine et surtout former les équipes au secteur du handicap. « Le tabou est encore plus tenace qu'en gérontologie »⁹⁶. En 2009, « le traitement des maltraitances envers les personnes en situation de handicap s'est développé de façon rapide, mais sans heurt. Il représente 20% de notre activité »⁹⁷. On peut noter qu'en 2010 il n'y pas eu de nouvelle création de centre. Cela est en partie dû au lancement des Agences Régionales de Santé (ARS) qui a bloqué l'achèvement des projets de création de centre en cours. La prise de décision locale a été retardée. On peut constater ici l'impact des décisions du secteur public sur le monde associatif.

⁹² Rapport d'activité ALMA France, année 2011, p. 9.

⁹³ Rapport d'activité ALMA France, année 2011, p. 9.

⁹⁴ Rapport d'activité ALMA France, année 2009, p. 37.

⁹⁵ Charte Ethique ALMA, <http://www.alma-france.org/Ethique-d-ALMA.html> ; consulté le 12 février 2014. Voir annexe 3.

⁹⁶ Rapport d'activité ALMA France, année 2009, p. 10.

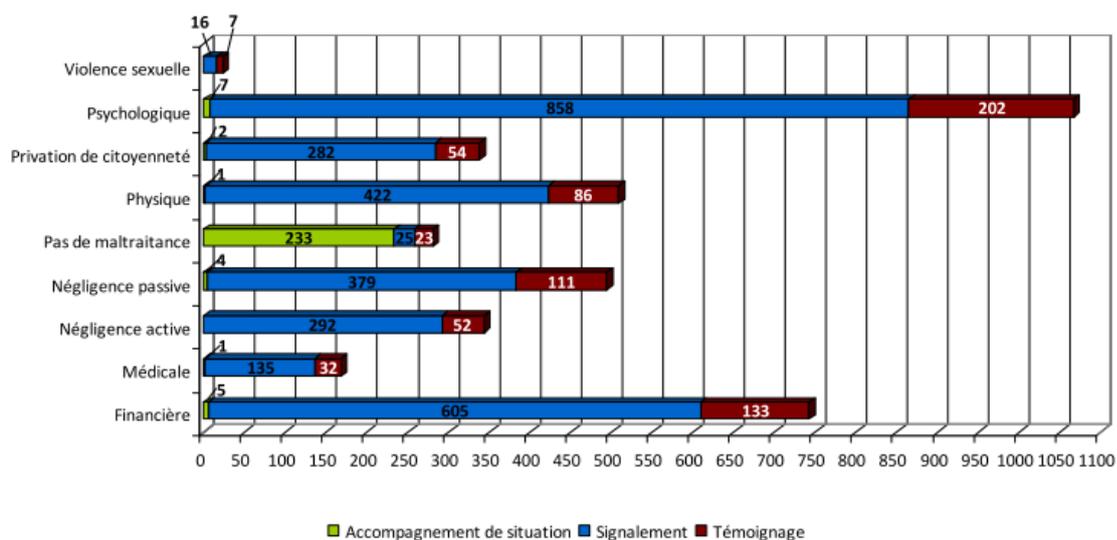
⁹⁷ Rapport d'activité ALMA France, année 2009, p. 9.

Le point faible d'ALMA reste la communication même si des efforts ont été observés au cours des dernières années. Dans l'objectif de faciliter cette communication, les centres départementaux sont invités à s'organiser en région, « au sein de chaque région administrative, les centres ALMA départementaux rapproches leurs activités : réunion de travail et de réflexion communes, formations initiales locales, échanges de pratiques, participation aux événements régionaux, création d'évènements... »⁹⁸.

d. Les statistiques au niveau national : qu'en est-il de la maltraitance ?

Tout d'abord il est important d'insister sur le fait qu'il faut être prudent quant aux données statistiques récoltées car elles ne concernent que ces deux associations. De plus, la maltraitance étant encore un phénomène tabou, de nombreuses personnes gardent le silence par peur, jugement, honte, etc.

La forme de maltraitance la plus représentée concerne les violences psychologiques et vient ensuite les abus financiers. On constate également que les négligences représentent une part importante, qu'elles soient passives ou actives. Néanmoins, il faut être vigilant car dans la majorité des situations, les formes de maltraitements sont souvent associées entre elles.

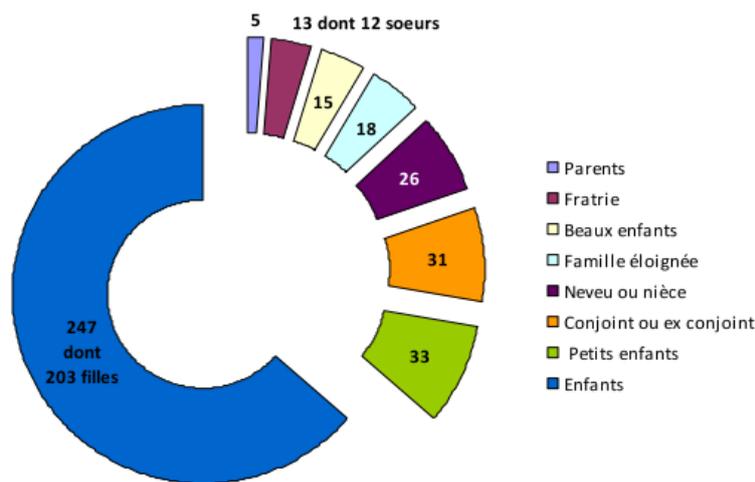


Graphique représentant les différents types de dossiers par maltraitance principale signalée en 2011⁹⁹

⁹⁸ Rapport d'activité ALMA France, année 2001, p. 9.

⁹⁹ Rapport d'activité ALMA France-HABEO, année 2011, p. 12.

Selon les statistiques établies au sein du rapport d'activité ALMA France-HABEO de l'année 2011, 74.8% des situations de maltraitance envers les personnes âgées, que ce soit pour des signalements ou pour des témoignages, ont lieu au domicile. Néanmoins, ces propos sont à nuancer, « il serait trop simple de conclure qu'il y a proportionnellement plus de maltraitance au domicile qu'en institution. Les chiffres sont à pondérer du fait que la grande majorité (90 %) des personnes âgées y compris déficientes, voire dépendantes vivent au domicile »¹⁰⁰.



Types d'appelants familiaux en 2011¹⁰¹

En institution, une part non négligeable des appels provient des particuliers, et notamment des familles (enfants, conjoints, petits enfants, etc.). Néanmoins, la majorité des appels vient des professionnels du social et de santé qui attendent en général une écoute neutre et bienveillante. « La victime appelle, mais moins souvent : elle est très souvent incapable de s'exprimer. Quand elle le peut, elle n'a pas toujours une possibilité aisée de s'exprimer en toute sécurité. Elle peut avoir honte ou peur des représailles et ce de façon tout à fait justifiée »¹⁰².

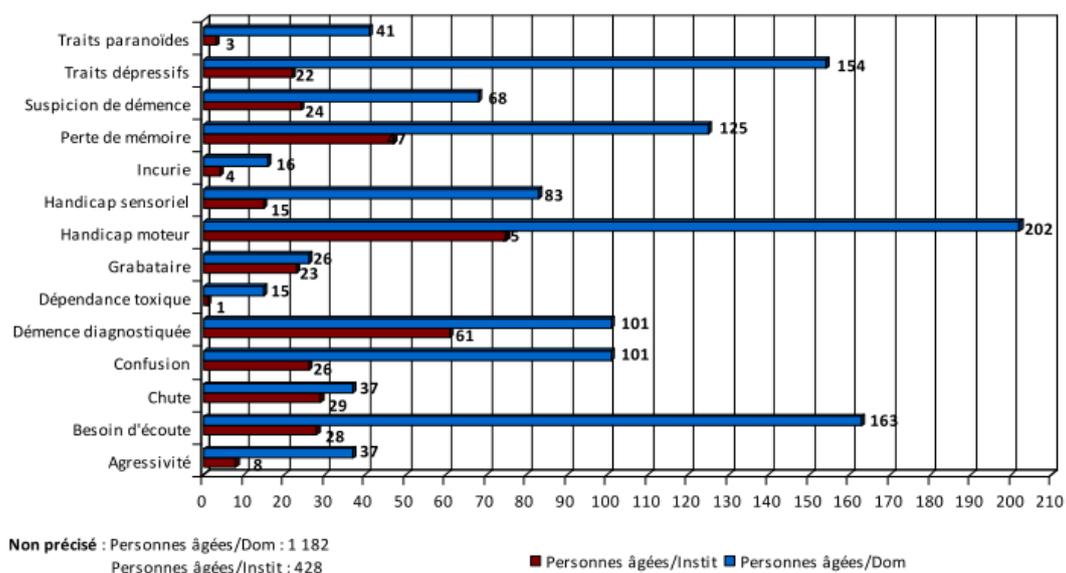
Au sein des institutions, la grande majorité des maltraitances concernent les personnes âgées entre 76 à 90 ans. Puis suivent les personnes de plus de 90 ans, puis celle de 61 à 75 ans. Les causes peuvent s'expliquer de différentes manières : la dépendance qui augmente

¹⁰⁰ Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p. 29.

¹⁰¹ Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2001, p. 35.

¹⁰² Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p. 34.

avec l'âge, la part importante de la population entre 76 et 90 ans, et l'appel à l'institution qui intervient plus tard (vers 80 ans pour les maisons de retraite).

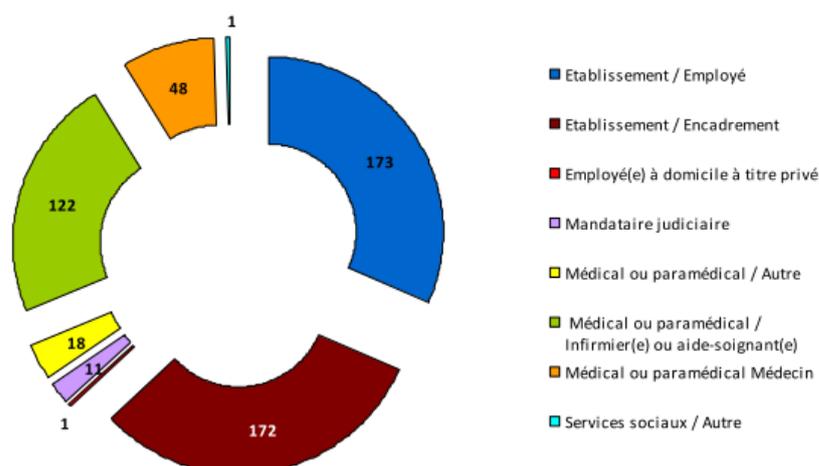


Les facteurs de risque par lieu où s'exerce la maltraitance en 2011¹⁰³

On peut ici repérer les facteurs de risque pouvant entraîner des maltraitances. Dans les institutions pour personnes âgées les situations de maltraitance découlent principalement du fait qu'une personne soit touchée par un handicap moteur, et/ou pour qui on a diagnostiqué une démence et/ou ceux qui ont des pertes de mémoire.

¹⁰³ Rapport d'activité ALMA-HABEO, année 2011, p. 47.

Relations de l'auteur présumé avec la victime : Personnes âgées en institution : Qui maltraite chez les professionnels ?



Parmi les professionnels au sein des institutions, l'auteur présumé des maltraitance en 2011

« Ces chiffres traduisent un dysfonctionnement global de l'établissement comme principal facteur de maltraitances. L'importance du chiffre des « employés » et de l'encadrement confirme la fréquence des dysfonctionnements institutionnels dans la maltraitance. Si l'encadrement n'est lui-même pas formé, le personnel de base ne peut avoir de recours sur place pour répondre à ses questionnement »¹⁰⁴. Cela convoque le recours à la formation qui semble indispensable pour tous professionnels, y compris pour les non soignants.

B/ Exemple local d'une antenne téléphonique : ALMA 44

a. Naissance d'une association de lutte contre la maltraitance en Loire Atlantique

Le 19 octobre 2000 à 9h00 le département de Loire Atlantique est témoin du lancement de « la première antenne téléphonique de l'Ouest pour lutter contre les maltraitances et dépressions des personnes âgées » : ANTEA, antenne téléphonique pour l'écoute de nos aînés. L'objectif recherché est de rompre le silence sur la maltraitance des aînés, « cette démarche d'antenne s'inscrit dans une politique de soutien aux personnes âgées, tant à domicile qu'en hébergement collectif ».

¹⁰⁴Rapport d'activité ALMA – HABEO, année 2011, p. 42.

L'idée de créer une telle association date du « congrès de gérontologie » organisé par le CODERPA¹⁰⁵ en juin 1998 sur ce thème. C'est l'Association de Gestion des Moyens (AGM) du Coderpa de Loire Atlantique qui gère ANTEA. Un numéro d'écoute local a été déployé, le 02 40 71 04 05, il est ouvert deux demi-journées par semaine. L'association a pour mission de prévenir les situations de maltraitance, de dépression et de suicide des personnes âgées : « Elle offre à la personne âgée ou son entourage, un moyen supplémentaire pour tenter de se soustraire à la maltraitance sous toutes ses formes, pour sortir de l'isolement, se prémunir contre la dépression... qui peut parfois conduire au suicide ».

Ce système permet une écoute attentive par les bénévoles, garants de l'anonymat des personnes et de la confidentialité des dossiers. Tous les bénévoles sont encadrés par une équipe de référents qui, en cas de situations difficiles ou nécessitant une intervention, s'assurent que le dossier aboutissent.

L'association a bénéficié d'un soutien financier du Conseil Général du 44, de la caisse de retraite d'assurance maladie et des groupes Médéric et Humanis-Agirs qui sont des caisses de retraite complémentaires.

La création du centre ALMA 44

Après trois années de fonctionnement, ANTEA passe le relais à deux associations. L'une déjà présente sur le territoire, SOS Amitié, pour l'écoute large des différents problèmes de solitude et d'isolement. Et l'autre, ALMA France qui crée une antenne locale pour le volet maltraitance : ALMA 44¹⁰⁶. Le lancement de l'association a lieu le 22 mars 2004 par l'adoption des statuts. Voici les organismes représentés au sein du Conseil d'Administration à cette date :

- Le Conseil Général de Loire Atlantique ;
- La Mairie de Nantes ;
- Le centre hospitalier universitaire ;

¹⁰⁵ Comité départemental des retraités et personnes âgées de Loire Atlantique. Lieu de dialogue, d'information, de réflexion et de proposition au sein duquel les représentants des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'application départementale des mesures de toute nature les concernant - www.loire-atlantique.fr/jcms/services/personnes-agees-retraite/coderpa-de-loire-atlantique-fr-t1_25252 ; consulté le 27 avril 2014.

¹⁰⁶ Repérage, la revue du Coderpa 44, noc/dec 2000, n°286.

- La mutualité retraite ;
- L'association Alzheimer Loire Atlantique ;
- L'ADAVI : l'association départementale d'aide aux victimes d'infractions. Elle gère toutes les formes d'infractions dont les violences ;
- L'union départementale des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ;
- SOS Amitié ;
- L'association départementale des résidences pour personnes âgées.

On peut remarquer qu'au sein de ce conseil d'administration, les associations sont surreprésentées. Les autorités publiques du département sont également présentes, ce qui paraît cohérent puisqu'ils participent au financement de l'association.

Une conférence a été organisée autour de la maltraitance des personnes âgées pour rassembler, informer et sensibiliser la population, les professionnels et les partenaires au niveau du territoire de la Loire-Atlantique. Le président d'ALMA France de l'époque, Robert Hugonot, était d'ailleurs présent pour animer cette conférence.

Ce centre possède alors son propre numéro d'appel, le 02 40 710 710, et dispose d'une collaboration avec HABEO au sein du dispositif 3977. En plus des bénévoles présents sur le site et « compte tenu de la complexité des situations de maltraitance, de la qualité requise de l'écoute et du travail de mise en réseau avec l'ensemble des partenaires sociaux impliqués dans la recherche de solutions adéquates, l'association ALMA 44 a estimé indispensable de professionnaliser son action, conçue au départ, en 2004, exclusivement à partir d'une équipe de bénévoles écoutants ». Cela a donc donné lieu en octobre 2007 au recrutement d'une coordinatrice à mi-temps, cadre d'action sociale anciennement employé par la CRAMIF¹⁰⁷. Suite à son départ à la retraite, cette personne a été remplacée par Mademoiselle Chrystelle THEBAULT, psychologue clinicienne, qui a pris ses fonctions sur la base d'un 40% au sein d'ALMA 44 a compté du 21 septembre 2009.

¹⁰⁷ Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France.

b. Le centre ALMA 44 et son fonctionnement

En 2013, la région des Pays de la Loire dispose de 5 centres départementaux ALMA pour cinq départements. La subvention DGCS s'élève à 7 000 € pour chacun des centres puisqu'ils prennent tous en charge les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

A chaque nouvelles création de centre, un travail de développement s'effectue en plusieurs étapes. D'abord une rencontre avec les autorités du département est nécessaire pour présenter le projet de création d'antenne. Son objectif est d'obtenir du soutien et la meilleure collaboration possible. Ensuite, des réunions s'organisent pour élaborer le projet de création du centre. Il faut alors mobiliser les acteurs du département, rechercher des bénévoles, préparer une conférence au niveau du département pour mobiliser et sensibiliser le grand public et organiser une assemblée générale constitutive.

La DGSC, principal financeur des antennes ALMA, octroie à chaque nouveau lancement d'une antenne locale, 8 000€ si l'association vient en aide au public âgée et au public handicapé. Puis, chaque année, lors de la reconduction des antennes, la DGCS finance à hauteur de 7 000€ les antennes départementales qui s'occupent à la fois des âgées et des personnes en situation de handicap. Ce financement a été réaffirmé dans la circulaire du 12 juillet 2011 de la DGCS visant le renforcement de la lutte contre la maltraitance. Elle insiste également sur le fait que toutes les antennes déjà présentes devront étendre leur offre aux personnes en situation de handicap et que toute création de nouveau centre impliquera une prise en charge de ces deux publics. « ALMA 44 s'est ouverte à l'écoute du public en situation de handicap en 2008. C'était une décision ALMA France, et chaque antenne s'est appropriée cette nouvelle mission. Aujourd'hui tous les centres sont ouverts aux deux publics »¹⁰⁸ affirme madame THEBAULT, coordinatrice ALMA 44.

Cependant les moyens accordés aux centres sont insuffisants pour assurer la pérennité de ces antennes locales, « chaque centre doit trouver ses propres financements pour

¹⁰⁸ Entretien du 25 juin 2014 avec la coordinatrice d'ALMA 44, voir annexe 5.

fonctionner [...] on voit bien que les subventions ne sont pas suffisantes. Donc c'est aussi notre réalité »¹⁰⁹. Pourtant, c'est une demande gouvernementale.

A la fin de l'année 2012, l'équipe de l'antenne de Loire Atlantique était composée de quatre écoutants et neufs conseillers référents avec 3 juristes, 1 directeur d'EHPAD, 2 médecins psychiatres, 1 conseillère en économie sociale et familiale, 1 psychologue et 1 cadre de santé. Vient s'ajouter un agent administratif. « L'action bénévole comprend donc les temps d'écoute lors des permanences, les temps d'analyse et de traitement des situations par l'identification et la mise en place du réseau partenariale, les temps de réunions (bureau, Conseil d'Administration, équipe des bénévoles écoutants...réunion interrégionale entre les centres ALMA), les temps d'intégration des données statistiques (logiciel AFBAH), les temps de gestion administrative, les temps de formation des bénévoles.... Cette action bénévole est complétée par ailleurs par l'activité salariale de la coordinatrice dont le rôle est de fédérer le travail des bénévoles et le tissu partenarial, d'analyser et de traiter les situations de maltraitance, de faire connaître l'association au plus grand nombre, d'intervenir sur des actions d'information, de sensibilisation et de formation auprès des professionnels »¹¹⁰.

Néanmoins, l'entretien effectué avec la coordinatrice d'ALMA 44 montre à quel point il est difficile de maintenir les actions de l'association. Le manque de subventions ne lui permet pas d'être présente en temps suffisant au sein des locaux pour développer de la formation, des actions de sensibilisation, etc. « je suis sur la communication, je suis sur la rencontre avec les partenaires, l'effectif fait que je suis aussi sur l'écoute, je suis sur l'évaluation des situations, l'analyse, le lien avec l'ensemble des partenaires. S'il y a des concertations à organiser c'est mon rôle de faire le lien avec le Conseil Général... Et tout ça prend vraiment beaucoup de temps [...] Je travaille en moyenne 40% en plus de mon temps de salarié en tant que bénévole, c'est ma part sociale on va dire, sauf que, juridiquement on n'est pas dans les clous et ce n'est pas à moi de revoir les moyens que donne l'association pour gérer la mission. J'ai levé le pied depuis février 2014, j'ai aussi mes limites. »¹¹¹.

¹⁰⁹ Entretien du 25 juin 2014 avec la coordinatrice d'ALMA 44, voir annexe 5.

¹¹⁰ Rapport d'activité ALMA 44, année 2012, p. 13

¹¹¹ Entretien du 25 juin 2014 avec la coordinatrice d'ALMA 44, voir annexe 5.

De plus, on constate que le maintien des bénévoles est difficile et actuellement, il n'y a plus que deux retraités pour assurer l'écoute ; « nous avons des bénévoles, en fait, on a une problématique d'effectif donc moi (coordinatrice ALMA 44) j'assure les écoutes avec un bénévole le lundi et le mercredi, j'essaie de laisser la permanence aux deux bénévoles qui peuvent prendre le relais »¹¹². Ces deux bénévoles sont issus des secteurs sanitaire et médico-sociale, un bénévole était cadre de santé et l'autre psychologue.

Quant aux référents/conseillers d'ALMA 44, qui sont normalement présents pour assurer le traitement des dossiers, pour des raisons géographiques et liées à leurs activités professionnelles ces bénévoles ne peuvent pas se déplacer sur l'antenne, ce qui engendre du travail supplémentaire pour la coordinatrice. « Quand j'ai besoin d'éclairer une situation via un conseiller référent qui n'est pas en capacité de se déplacer au regard de son temps de travail professionnel et de la distance géographique, je suis obligée de faire des synthèses de situations et de poser la problématique qui va concerner leur regard. Par contre, j'ai la chance d'avoir des référents qui sont très réactifs, donc je communique avec eux par téléphone ou par mail et j'ai des réponses rapides. Ils ne peuvent pas se déplacer sur l'antenne pour consulter le dossier et le prendre en main ».

Le centre ALMA 44 dispose également depuis le début de l'année 2008 d'un comité de pilotage des situations complexes. Il s'occupe d'apporter un éclairage sur les situations les plus compliquées ainsi que de trouver des solutions adaptées. Sa composition en 2012 est la suivante :

- Madame LORY, responsable du CLIC Nantes Entour'âge ;
- Madame HUBERT, responsable du CLIC Seniors Indre - Saint Herblain ;
- Madame GUEMAS-AUBRET, Directrice de la Maison de Retraite LE BOIS FLEURY à Nort-sur-Erdre ;
- Docteur LEVEQUE, médecin coordinateur des pôles Personnes âgées/Personnes handicapées D.G.A.S ;
- Madame GIRARD, assistante sociale de l'Equipe Mobile Gériatrique du C.H.U. ;
- Monsieur VALLEE / Madame AGUILLOUX, cadres sociaux de l'A.D.A.R. ;
- Madame MAUVAIS, assistante sociale du Pôle Adultes de la M.D.P.H. ;
- Madame LAPALUS et Maître TRUONG, avocats au Barreau de Nantes.

¹¹² Entretien du 25 juin 2014 avec la coordinatrice d'ALMA 44, voir annexe 5.



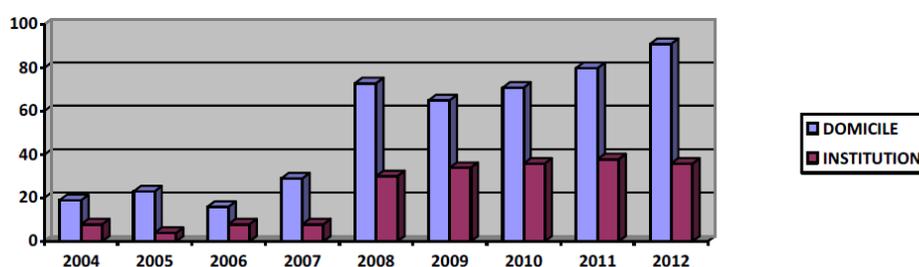
Ce comité s'est réuni cinq fois au cours de l'année 2012 pour étudier 17 situations complexes de maltraitance, à la fois pour des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

c. Ce que nous apportent les données statistiques du centre ALMA 44

Pour ALMA 44, « les appels, qu'ils soient reçus ou donnés comprennent toute communication téléphonique, courrier, mail »¹¹³. Par ce calcul en 2011, l'association a reçu 1690 appels, chiffre en constante augmentation ses dernières années (26% de plus qu'en 2010). D'une année sur l'autre, les chiffres sont assez similaires. Sur ces appels, 43% concernaient des signalements en rapport avec des situations de maltraitements (pour le reste il s'agit d'information, de conseil, d'orientation, d'aide aux démarches administratives...). Sur l'année 2011, les bénévoles et les professionnels ont procédé à l'ouverture et au suivi de 118 dossiers de maltraitements. Face à tous ces appels, ALMA 44 a constaté une diminution du nombre d'appel en provenance des personnes âgées elles-mêmes et des familles, contre une augmentation des appels effectués par des professionnels.

Chaque année, et ce depuis 2008, la part des signalements de maltraitance transmis par le numéro national d'écoute le 3977 sont en diminution puisqu'ils ne représentent plus que 35% des signalements en 2011 contre 48% en 2009.

EVOLUTION DU PHENOMENE EN LOIRE ATLANTIQUE DE 2004 A AUJOURD'HUI



« L'antenne ALMA 44 a ouvert ses permanences téléphoniques en mars 2004 ; le nombre d'appels et de création de dossiers relatifs à la maltraitance faite envers le public adulte âgé ou en situation de handicap n'a cessé de s'accroître. Cet accroissement du nombre de situations est lié, d'une part, au recrutement d'une coordinatrice, fin 2007, qui s'inscrit dans le souhait

¹¹³ Rapport d'activité ALMA 44, année 2011, p. 1.

d'une professionnalisation de l'action bénévole – et d'autre part, à une meilleure communication d'ALMA sur le département »¹¹⁴.

En ce qui concerne les appels donnés, l'association en comptabilise 1555 en 2011, soit 26% de plus qu'en 2010. Tout en sachant que ces chiffres sont en augmentation en 2012. Parmi ces 1555 appels donnés sur l'année 2011, 66% (soit 1033 appels) sont des appels en direction des partenaires sociaux, médico-sociaux, médicaux, juridiques, administrations, autres témoins pour l'évaluation, l'analyse et la résolution d'une situation de maltraitance. Le restant est relatif à des demandes administratives, d'information, de sensibilisation et de formation.

Lors du suivi des dossiers de maltraitance en institution, les principaux partenaires saisis sont les suivants¹¹⁵ :

- Direction d'établissement (directeur, cadres, gestionnaires, CA...) : 44 appels
- Conseil Général : 39 appels
- Familles, amis, témoins (professionnels) : 32 appels
- Agence Régionale de Santé : 31 appels
- Médecins généralistes et spécialisés : 12 appels
- CLIC : 9 appels
- M.D.P.H. : 6 appels
- Gendarmerie, Police Nationale : 3 appels
- Services sociaux : 2 appels
- Services d'aide à domicile : 2 appels

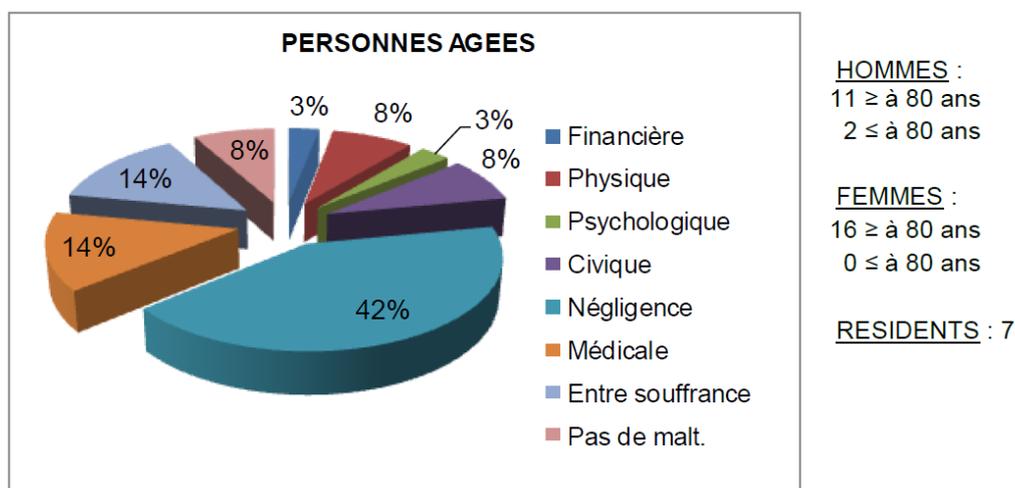
Sur l'ensemble des 118 situations rencontrées en 2011, « 34 d'entre elles ont fait l'objet d'un signalement auprès du Conseil Général, 24 auprès de l'Agence Régionale de Santé et 13 auprès du procureur de la République »¹¹⁶. Les signalements ont été effectués soit directement par la personne ayant contacté l'association, soit par le biais du réseau partenarial, soit par ALMA 44 après évaluation et analyse de la situation. Selon les données statistiques de l'antenne ALMA Loire Atlantique, 32% des situations se déroulent au sein des

¹¹⁴ Rapport d'activité ALMA 44, année 2012, p. 6.

¹¹⁵ Rapport d'activité ALMA 44, année 2012, p. 5.

¹¹⁶ Rapport d'activité ALMA 44, année 2011, p. 8.

établissements, ce qui représente 38 ouvertures de dossiers. La majorité de ces situations se déroule au sein d'EHPAD privés (63%¹¹⁷).



Types de maltraitance¹¹⁸

En institution on constate que le premier type de maltraitance est la négligence. Les handicaps moteurs et l'atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou autres pathologies apparentées sont les facteurs de risque les plus représentés. De plus, les statistiques de l'association montrent que les acteurs des maltraitements identifiés sont en grande majorité les professionnels, viennent ensuite les enfants, conjoints et autres membres de la famille. Les situations qui impliquent les professionnels, ou plus largement l'institution, sont depuis ces deux dernières années considérablement mises en avant. Sont notamment signalés le manque d'écoute et de communication au sein des équipes de professionnels, les problèmes de coordination dans la prise en charge, des problèmes de gestion du personnel, le manque de formation ainsi que la personnalité de certains professionnels.

Résultats des actions menées et perspectives.

Pour ce qui en est de l'information, la sensibilisation et la formation, « la coordinatrice de l'association est régulièrement sollicitée pour intervenir auprès de professionnels ou d'élèves stagiaires souhaitant être sensibilisés aux problèmes de la maltraitance à domicile ou en

¹¹⁷ Parmi les E.H.P.A.D. privées, 88% sont gérées par une association à but non lucratif, 12% par une structure à but lucratif.

¹¹⁸ Rapport d'activité ALMA 44, année 2011, p. 2.

institution »¹¹⁹. De nombreuses interventions sont réalisées auprès de différents organismes de formation (infirmières, aides soignants, CESF...), de la police, des professionnels du secteur médico-social et d'aide à domicile. Les membres d'ALMA 44 participent également à des forums le plus souvent organisés par des partenaires.

Dans les années à venir, ALMA 44 souhaite ouvrir un troisième temps de permanence. Cet objectif ne sera réalisable qu'à deux conditions : avoir une stabilité et une pérennisation de l'équipe d'écouter pour assurer un roulement adéquate des permanences et obtenir un soutien financier permettant une augmentation du temps de travail de la coordinatrice du centre.

En ce qui concerne la communication, ALMA 44 cherche à développer et diffuser des outils de communication, notamment une plaquette sur les formations proposées par l'association. De plus, le centre va engager un travail pour se faire davantage connaître dans le nord du département et continuer à communiquer auprès des structures et associations qui œuvrent dans le champ du handicap.

La recherche de subvention est nécessaire pour maintenir à minima le fonctionnement actuel, voire financer du temps supplémentaire pour le poste de coordinatrice du centre. A ce titre l'association envisage d'élargir les demandes de subventions vers les caisses de retraite, les fondations, les banques... Il leur paraît essentiel de recruter un bénévole administratif qui puisse gérer toutes ces demandes de subvention auprès de l'ensemble des communes de Loire Atlantique. Ce qui pourrait également aider ALMA 44 serait de développer leurs actions de formation et de sensibilisation.

¹¹⁹ Rapport d'activité ALMA 44, année 2012, p. 13.

Conclusion

Ce mémoire fait état de l'avancée de mes recherches sur l'évolution de la prise en compte du phénomène de maltraitance en France depuis ces dernières années. Pour pallier ce problème, le concept de bientraitance a été mobilisé au sein des différentes institutions. Il doit permettre d'orienter et d'aider les professionnels du secteur social et médico-social dans leurs démarches quotidiennes. Cependant, on peut s'interroger sur l'impact de ce concept de bientraitance dans la pratique de chacun.

Depuis les années 1990, le phénomène de maltraitance a pris de l'ampleur dans le secteur des personnes âgées. On doit cette avancée au Professeur Hugonot qui s'est investi pour faire connaître et reconnaître ce phénomène. C'est avec la mise en place de l'association ALMA France et de ses centres départementaux, dès 1994, que le Professeur cherche à lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Dès lors, cette association participe à une prise de conscience collective de la maltraitance des personnes âgées vivant en institution.

Au début des années 2000, les politiques publiques s'emparent des problématiques liées à la population considérée comme « vulnérable ». En 2002, le secteur de la gérontologie est questionné dans la loi du 2 janvier 2002 visant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale dans l'objectif d'obtenir un meilleur fonctionnement. Les préoccupations liées au vieillissement et à la vieillesse viennent ainsi s'inscrire dans l'agenda politique et administratif du gouvernement. Quelques mois plus tard la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS) s'engage dans la prévention et la lutte contre la maltraitance dirigée vers les adultes vulnérables. L'association ALMA va ainsi être mise en avant, le gouvernement reconnaît son utilité et lui délègue le soin de prévoir des dispositifs adéquats pour combattre la maltraitance. Le comité national de vigilance, créé cette même année, a pour rôle d'aider à définir une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

Le vieillissement et le grand âge sont mis en avant sur la scène politique, les institutions vont être à plusieurs reprises pointées du doigt notamment lors de la canicule de 2003. La société civile devient-elle plus sensible à la qualité de vie et aux droits des personnes accueillies dans les établissements ? La forte médiatisation autour de la maladie d'Alzheimer au cours de ces dernières années a sûrement aidé à rendre visible l'engagement associatif dans le secteur médico-social.

L'association ALMA, encore peu relayée à cette époque, va prendre une plus grande ampleur et se développer suite à une instruction ministérielle du 22 mars 2007 visant à développer la bientraitance et lutter contre la maltraitance. Ce qui se traduira en 2008 par la mise en œuvre d'un numéro national d'écoute des situations de maltraitements. Ce dispositif impliquant l'association marque une fois de plus la volonté du gouvernement de s'emparer du problème. De ce fait, on peut penser qu'il impose à l'association un cadre d'action et une délimitation de ses missions.

Les établissements médico-sociaux ont désormais une « ligne de conduite » à suivre. Ils doivent se plier à une démarche qualité en suivant des recommandations de bonnes pratiques développées par l'ANESM. Ces recommandations sont censées aider et guider les structures dans une démarche de bientraitance. Seulement, ces établissements se retrouvent avec de plus en plus de textes législatifs et de règlements administratifs à respecter, ce qui amplifie la charge de travail des professionnels. Mais tous ces changements ne contribuent-ils pas à engendrer des situations de maltraitance ? ALMA met d'ailleurs en avant l'augmentation des dysfonctionnements institutionnels, depuis ces dernières années, pouvant impliquer des situations de maltraitance. Les budgets sont réduits et le rythme de travail de agents est soutenu : on cherche l'efficacité. Le secteur gérontologique est sous pression.

De plus, si le terme de bientraitance est mis en avant des les textes de loi, dans les règlements, dans les chartes et dans le discours au sein des institutions, il est plus modestement employé par l'association ALMA. En effet, au travers des rapports d'activité et de l'entretien effectué avec la coordinatrice ALMA 44, ce terme n'est quasiment pas cité. Est-ce pour modérer le discours politique ? Pour ne pas minimiser les situations de maltraitance et mettre l'accent sur la prévention ? Qu'y a-t-il réellement derrière cette appellation ?

La société civile, en se rassemblant autour d'une même cause, celle des maltraitements envers les personnes âgées, a largement contribué à une prise de conscience dans le secteur gérontologique avec la création d'ALMA. On peut tout de même noter que l'intervention du gouvernement a permis à cette association de se développer et de bénéficier de financements de l'Etat qui lui reconnaît une légitimité à agir. Ce groupement compte sur une majorité de bénévoles pour fonctionner, mais depuis quelques années, il s'est aperçu qu'il était nécessaire de faire appel à des salariés qualifiés pour pérenniser la survie et le développement des centres départementaux.

A la suite de ces constats, on peut affirmer que l'association ALMA a joué un rôle pionnier en France dans la prise en compte de la maltraitance des personnes âgées. Néanmoins, elle n'est pas la seule. En effet l'association HABEO, avec qui ALMA a fusionné dernièrement, a également contribué à mettre en lumière ce phénomène et à lutter contre les maltraitances. Ma première hypothèse étant ainsi validée. Quand à ma seconde hypothèse elle n'est que partiellement validée. Les centres ALMA correspondent bien à une réalité locale spécifique puisque chaque antenne qui se déploie, répond à une demande identifiée sur le territoire. Elle implique des acteurs du département et nécessite l'instauration de partenariats propres au territoire. De plus, chaque centre est autonome. Toutefois, c'est ALMA France qui confie des missions aux centres départementaux, impose l'engagement à sa « charte éthique » et impulse les démarches à suivre.

La récente fusion entre les associations ALMA et HABEO, désormais réunies au sein d'une même Fédération : « 3977 contre la maltraitance », marque une nouvelle évolution dans le champ de la lutte contre la maltraitance. Tous les bénévoles et salariés de cette association arriveront-ils à déployer des centres de proximité ALMA au sein de chaque département ? Arriveront-ils à couvrir tout le territoire national ? Cette fédération sera-t-elle reconnue d'utilité publique et comme partenaire des politiques publiques décentralisées ? Dans cette nouvelle dynamique, comment ces associations permettront-elles de faire évoluer les pratiques ? Quels moyens se donneront-elles pour développer leur réseau avec les différents acteurs privés et publics ?

Bibliographie¹²⁰

Outils :

- Barrès, R., Henrich, A.-M. & Rivaud, D. (2010). *Le nouveau dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale*. Vanves, Foucher.
- Barreyre, J.-P., & Bouquet, B. (2006). *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris, Bayard.
- Brugère, F. (2014). *L'éthique du « Care »*. Paris, Presses universitaires de France.
- Cardon, P., & Desanti, R. (2010). *Initiation à l'enquête sociologique*. Editions ASH.
- Descamps, F. (2006). *Les sources orales et l'histoire : récits de vie, entretiens, témoignages oraux*. Rosny-sous-bois, Bréal.
- Descamps, F., Monnier, F. & Schnapper, D. (2001). *L'historien, l'archiviste et le magnétophone : de la constitution de la source orale à son exploitation*. Paris, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, comité pour l'histoire économique et financière de la France.
- Dufaud, G., Mazurel, H., & Offenstadt, N. (2009). *Les mots de l'historien*. Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- Ion, J. (2012). *S'engager dans une société d'individus*. Paris, A. Colin.
- Laville, J.-L., & Sainsaulieu, R. (2013). *L'association : sociologie et économie*. Paris, Pluriel.
- Niget, D. & Petitclerc, M. (2012). *Pour une histoire du risque : Québec, France, Belgique*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Quivy, R., & Van Campenhout, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod.
- Soulet, J.-F. (1994). *L'histoire immédiate*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Vercauteren, R. (2010). *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*. Toulouse, Editions Ères.

¹²⁰ Cf. Normes APA.

La vieillesse et le vieillissement :

- Albou, P. (1999). *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Paris, Glyphe & Biotem éditions.
- Bois, J.-P. (1994). *Histoire de la vieillesse*. Paris, Presses universitaires de France.
- Bourdelais, P. (1994). *L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population*. Paris, Editions Odile Jacob.
- Brodiez, A. (2013). *Combattre la pauvreté : vulnérabilité sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*. Paris, CRNS éditions.
- Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, A. Colin.
- De Jaeger, C. (2008). *La gérontologie*. Paris, PUF.
- Feller, E. (2005). *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960 : Du vieillard au retraité*. Editions Seli Arslan SA.
- Jégu, J., Laforcade, M., & Rayssiguier, Y. (2012). *Politiques sociales et de santé, Comprendre et agir*. Edition Presses de l'EHESP.
- Lacour, C. (2007). *Vieillesse et vulnérabilité*. Aix-en-Provence, Presse universitaire d'Aix-Marseille.
- Löchen, V. (2010). *Comprendre les politiques d'actions sociales*. Paris, Dunod.
- Pochet, P. (1997). *Les personnes âgées*. Paris, Ed. la Découverte.

Histoire de la maltraitance :

- Bouquet, B. (1993, novembre-décembre). Approche historique du concept de Maltraitance. *Vie sociale*, n°11-12, pp. 7-15.
- Parent, A.-S. (2010, Juin). Promouvoir la bientraitance des personnes âgées à travers l'union européenne : objectif de la charte européenne des droits des personnes âgées ayant besoin d'assistance et de soins longue durée développée dans le cadre du projet EUSTaCEA avec le soutien du programme DAPHNE III . *Gérontologie et société*, n°133 , pp. 103-114.
- Scodellaro, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social. *Lien social et Politiques*, n°55 , pp. 77-88.

La maltraitance des personnes âgées :

- Amyot, J.-J. (2010). *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris, Dunod.
- André, M. (2012). *Nouvelles pratiques de la bientraitance avec soi et avec l'autre : Application aux domaines sanitaire et médico-social*. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières.
- Benois, M.-F. (2008). La bientraitance. *Doc' animation en gérontologie*, n°21, pp. 33-83.
- Busby, F. (2000, Juillet). La maltraitance et les personnes âgées. *adsp* n°31.
- Casagrande, A. (2012). *Ce que la maltraitance nous enseigne, difficile bientraitance*. Paris, Dunod.
- Caudron, J.-M., Charlot, V., & Guffens, C. (2011). *La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables*. Territorial Editions.
- Darnaud, T. (2012). *De la maltraitance à la relation de traitement, un autre regard sur la relation d'aide*. Lyon, Chronique sociale.
- Devigne, M. (2010, Juin). Produire la bientraitance. *Gérontologie et société*, n°133, pp. 145-157.
- Dubreu, P. (2004). Quand ceci explique cela. In Y. Gineste (Eds.), *Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 103-132). Edition Animagine.
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2004). La violence en institution pour personnes âgées : du constat aux solutions. In Y. Gineste (Eds.), *Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 15-68). Edition Animagine.
- Hugonot, R. (1990). *Violences contre les vieux*. Paris, Erès.
- Hugonot, R. (1998). *La vieillesse maltraitée*. Paris, Dunod.
- Laprie, B., & Miñana, B. (2010). *Engager une politique de bientraitance*. Esf éditeur.
- Laroque, G. (2010, Juin). Bientraitance, maltraitance, qu'en est-il en France? *Gérontologie et société*, n°133, pp. 63-68.

- Longneaux, J.-M. (2010, Juin). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et société*, n°133 , pp. 33-41.
- Martin, J.-P. (2004). Maltraitance des personnes âgées, de la préhistoire à nos jours ou comment rien n'a changé ou presque... In Y. Gineste (Eds.), *Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 161-176). Edition Animagine.
- Moulias, R., & Al. (2010, Juin). Edito. "La bientraitance" : qu'est ce que c'est ? *Gérontologie et société*, n°133 , pp. 10-21.

Agir avec l'Association ALMA :

- Beck, H. (2007, 3^{ème} trimestre). De la plainte à la maltraitance, à propos de l'expérience Alma Paris. *Gérontologie*, n°143, pp. 2-10.
- Hugonot, R. (2004). Le réseau Alma : Allô Maltraitance. In Y. Gineste (Eds.), *Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 203-214). Edition Animagine.
- Michel, C. (2010). De la maltraitance à la bientraitance. *Doc' animation en gérontologie*, n°25, pp 36-37.
- Moulias, R., & Al. (2010, Juin). Une méthodologie de traitement des situations de maltraitances. *Gérontologie et société*, n°133 , pp. 89-102.

Sources

Sources imprimées :

- Bas, P. (2007). *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Rapport du Gouvernement Français.

Sources privées ALMA :

- Rapport d'activité ALMA France, année 2008.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2009.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2010.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2011.
- Rapport d'activité ALMA - HABEO, année 2011.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2012, partie 1.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2012, partie 2.
- Rapport d'activité ALMA France, année 2013.
- Rapport d'activité ALMA 44, année 2009.
- Rapport d'activité ALMA 44, année 2010.
- Rapport d'activité ALMA 44, année 2011.
- Rapport d'activité ALMA 44, année 2012.
- Introduction au rapport d'activité ALMA 44, année 2009.
- Repérage, la revue du Coderpa 44, noc/dec 2000, n°286.

Sources orales :

- Entretien du 25 juin 2015 avec la coordinatrice ALMA 44.

Sitographie :

- <http://www.allo119.gouv.fr/presentation> ; consulté le 20 juin 2014.

- <http://www.alma-france.org/> ; site officiel de l'association ALMA France, consulté le 4 mai 2013.
- <http://www.alma-france.org/Des-femmes-et-des-hommes.html> ; consulté le 14 juin 2014.
- <http://www.alma-france.org/Ethique-d-ALMA.html> ; consulté le 12 février 2014.
- <http://www.alma-france.org/Historique.html> ; consulté le 7 juin 2014.
- http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf ; consulté le 18 mai 2013.
- <http://www.bienveillance.fr/afbah-ses-objectifs-et-la-mise-en-place-du-3977/#more-660>, mise en place AFBAH ; consulté le 18 mai 2014.
- http://www.cg59.fr/observatoire-des-maltraitances/Personnes_agees.html ; consulté le 4 mai 2013.
- http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/08/cir_33642.pdf, CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011, consulté le 25 mai 2014.
- <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-du-24-juin-1793.5084.html> ; consulté le 30 mai 2014.
- <http://www.ehpadhospiconseil.fr/maison-retraite/la-grille-aggir>, consulté le 30 mai 2014.
- http://www.habeo.org/telecharger/Convention_AFBAH_ALMA.pdf ; consulté le 18 mai 2014.
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/186881?q=bienveillance#10928332> ; consulté le 31 mai 2013.
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>, définition du risque ; consulté le 1 juin 2014.
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000600250> ; consulté le 12 juin 2014.
- <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/negligence/> ; consulté le 11 juin 2014.

- <http://www.observatoire-retraites.org/index.php?id=275> ; consulté le 4 mai 2013.
- http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf ; consulté le 18 mai 2013.
- http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf ; consulté le 18 mai 2013.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/index.html> ; site de l'Organisation Mondiale de la Santé, consulté le 4 mai 2013.

Annexes

Annexe 1 : Classification des différentes formes de maltraitements selon le Conseil de l'Europe (1992).

Violences physiques	Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie).
Violences psychiques ou morales	Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
Violences matérielles et financières	Vols, exigences de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
Violences médicales ou médicamenteuses	Manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur, privation de repas...
Négligences actives	Toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.
Négligences passives	Négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.
Privation ou violation de droits	Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

La circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées

Paulette Guinchard-Kunstler a bouclé sa fonction de secrétaire d'État aux personnes âgées par une circulaire importante pour lutter contre la maltraitance.

« La maltraitance envers les adultes vulnérables, personnes handicapées ou personnes âgées, qu'elle ait lieu dans la famille ou au sein d'une institution, est une réalité complexe qui reste difficile à appréhender, tant dans son ampleur que dans la nature des violences qui la caractérisent.

Les pouvoirs publics, relayés par le secteur associatif, ont déjà pris de nombreuses initiatives pour prévenir et lutter contre les maltraitements envers les personnes vulnérables.

À cet égard, la loi du 2 janvier 2002 rénovant les institutions sociales et médico-sociales précise le droit des usagers, renforce les fonctions de contrôle et de surveillance ainsi que la protection des salariés (article L. 313-24 du Code de l'action sociale et des familles), et instaure un régime d'incapacités professionnelles. Par ailleurs, la direction générale de l'action sociale (DGAS) a lancé, le 1^{er} janvier 2002, un programme pluriannuel d'inspection des risques de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Dans le prolongement de ces initiatives, un groupe de travail présidé par M. le professeur Debout (Michel), membre du Conseil économique et social, a été chargé par la secrétaire d'État aux personnes âgées de formuler des propositions visant à mesurer l'ampleur du phénomène de maltraitance envers les personnes âgées, à améliorer l'information et la sensibilisation de tous les professionnels, à faciliter les conditions d'accueil et de prise en charge en établissement de santé des personnes âgées ayant subi des violences, et enfin, à définir les conditions de mise en place d'un véritable réseau national d'écoute et de signalement des maltraitements envers les personnes vulnérables.

Le rapport du groupe de travail souligne que la réponse aux phénomènes de maltraitance doit d'abord être une réponse de proximité et doit concerner l'ensemble des personnes adultes vulnérables, quels que soient leur âge et leur niveau de handicap.

Dans cette perspective, la présente circulaire vous recommande de mettre en œuvre une politique locale de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et, notamment, les personnes âgées, autour de deux axes :

- mettre en place des dispositifs départementaux coordonnés de lutte, de prévention et de traitement des maltraitements envers les personnes vulnérables et notamment les personnes âgées,*
- développer et soutenir la création et le développement d'antennes d'appel et de recueil téléphonique des signalements afin d'aboutir, d'ici à 2005, à un maillage du territoire national. »*

Annexe 3 : Charte Ethique du réseau ALMA France

ALMA dans le respect des lois, règlements et chartes en vigueur s'engage à :

1. une écoute de qualité
2. Respect de la vie privée et la dignité de toute personne
3. Accès adapté à l'information dans le respect de la confidentialité
4. Réflexion interdisciplinaire avant toute action
5. Conflit d'intérêt
6. Utilisation concertée des informations dans l'intérêt de toute personne
7. Action adaptée à la situation signalée
8. Attitude impartiale de tout intervenant ALMA

Il en découle :

1. ALMA accomplit toujours sa mission avec objectivité et indépendance.
2. ALMA propose ses services d'écoute, d'orientation et de conseil, voire de médiation, à titre gratuit.
3. ALMA ne se substitue à aucun service administratif, social, médical ou juridique. Tout en acceptant le principe du partenariat, les centres ALMA n'ont pas vocation d'accomplir des missions extérieures à l'objet de l'association.

MISE EN ŒUVRE DE L'ETHIQUE ALMA

1) une écoute de qualité L'écoute approfondie étant primordiale, ALMA s'engage à une double écoute, afin de mieux appréhender les situations qui lui sont soumises.

Dans le souci de maintenir la confidentialité des appels, mais aussi pour assurer la sécurité des intervenants, l'anonymat dans le fonctionnement des centres ALMA représente un principe fondamental. Il ne pourra être levé qu'exceptionnellement et lorsque la situation de la victime le rend nécessaire, voire imposé par la Loi. Les intervenants appelés à parler en public pour des conférences ou interventions de sensibilisation, le font en tant que membres de l'association qui gèrent le centre.

2) Respect de la vie privée et la dignité de toute personne Les informations consignées dans les dossiers constitués à l'occasion des appels, sous le sceau de la confidentialité et de la discrétion, sont protégées par l'exigence du secret. Elles ne font l'objet de communications que dans le cadre prévu par la Loi.

3) Accès adapté à l'information dans le respect de la confidentialité Les informations consignées dans les dossiers ne doivent à aucun moment être communiquées en dehors de ce qui est nécessaire au traitement de chaque situation.

4) Réflexion interdisciplinaire avant toute action ALMA aborde les situations en analysant l'ensemble des éléments de l'environnement humain, économique et matériel des personnes impliquées... ALMA s'engage à aborder les situations qui lui sont soumises de façon pluridisciplinaire et multi-professionnelle, en s'appuyant notamment sur les domaines " juridique, médical, médico-social et social".

5) Conflit d'intérêt En cas de conflit d'intérêt, le centre ALMA transmet le dossier à ALMA France qui prendra la décision la mieux adaptée à la situation.

6) Utilisation concertée des informations dans l'intérêt de toute personne ALMA n'intervient que sur un appel (appel téléphonique, courrier, courriel, fax) et s'entoure de toutes les précautions nécessaires à sa compréhension. Dans le cas de transmission d'une situation adressée par un autre organisme, ALMA doit s'assurer de l'accord de l'appelant initial à cette transmission.

7) Action adaptée à la situation signalée L'équipe pluridisciplinaire d'ALMA, procède aux recherches d'informations destinées à obtenir les renseignements permettant de prendre les décisions adaptées à chaque situation. La décision de signalement sous la signature du responsable ne sera réalisée qu'après avoir été convaincu du bien-fondé d'un signalement pour suspicion de maltraitance.

8) Attitude impartiale de tout intervenant ALMA Les intervenants s'obligent à ne pas substituer leur conception de la vie à celle des personnes en cause.

Rapport-Gratuit.com

Guide d'entretien : coordinatrice ALMA 44

Thématique 1 : Parcours professionnel

- Quel est votre parcours de formation ?
- Pourquoi avoir choisi de travailler au sein de cette association ?
- Quel est votre rôle en tant que coordinatrice de l'antenne ALMA 44 ?
- Quel regard aviez-vous sur la téléphonie sociale avant votre arrivée dans l'association ? A-t-il changé depuis ?

Thématique 2 : Dynamiques territoriales

- Quels sont vos liens avec les autres antennes de la région ? du territoire Français ?
- A quel niveau s'effectue la collaboration avec les autres antennes ?
- Quels sont vos rapports avec ALMA France ?
- Pourquoi y a-t-il un besoin de proximité ?
- Quel est l'impact des campagnes nationales ?

Thématique 3 : ALMA 44, le fonctionnement

- Quel est le fonctionnement global de l'association ? (gestion des appels, gestion des dossiers, rôles des professionnels, rôles des bénévoles...)
- Quel est le projet associatif actuel (missions) ? Qui l'élabore : chaque antenne ? Directives ALMA France ? ALMA France ?
- Quel est le projet politique ?
- Le fonctionnement, les missions et les objectifs de l'antenne sont propres au territoire de la Loire Atlantique ?
- Comment participez-vous à la lutte contre la maltraitance auprès des établissements et des professionnels ? (informations, sensibilisation, formations...)
- Quelles sont les limites des antennes départementales et plus précisément celle du 44 ?
- Quel rôle joue la pluriprofessionnalité dans au sein de l'association ?
- Quelle est la composition du Bureau ? Du Conseil d'administration ? Des bénévoles ? (Age, genre, profession, les personnes sont-elles engagées dans d'autres associations, y a-t-il des élus...)
- Comment communiquez-vous avec les professionnels du secteur gérontologique, Comment se déroulent les échanges ?

- Comment s'organise les partenariats entre le secteur public et votre association ?
- L'antenne rencontre-t-elle des difficultés ?
- Quelles sont les perspectives ?
- Comment l'association est-elle financée ? Qui sont les financeurs ?
- Comment s'organise la communication ?

Thématique 4 : évolutions et changements depuis ces dernières années

- Pourquoi avoir choisi d'élargir l'activité aux personnes en situation de handicap ?
Comment arrivez-vous à articuler les deux ?
- Quels changements la fusion avec l'association HABEO a-t-elle engendrés ?
- Quel est votre point de vue sur cette fusion ?
- Avez-vous observé des changements de mentalité envers la problématique de maltraitance ces dernières années ?

Entretien du 25 juin 2014 – Bureau ALMA 44, 11h15-12h30

Avant de lancer l'enregistrement, nous avons discuté sur le chemin conduisant à son bureau. Nous avons évoqué mes études et mon mémoire ainsi que l'association ALMA Anjou.

Enquêteur : J'ai également pris contact avec madame SAPIO et madame LE GLATIN, qui m'ont transmis des rapports d'activité d'ALMA France, donc avec ce que vous m'aviez envoyé cela m'a permis de récolter pas mal d'archives.

Mme THEBAULT : Oui, parce que moi je ne peux vous donner que ce qui se fait au niveau de notre département puisque je n'ai pas eu tous les rapports d'ALMA France. Donc, moi, j'ai pris mon poste en 2009 et cette même année, on a eu un « beug » internet et on a perdu toutes les données d'ALMA 44. Après j'ai constitué des archives, depuis j'ai des éléments mais je n'ai pas tous les éléments. ALMA France m'envoie des documents mais vu la configuration que l'on a, c'est-à-dire avec peu de bénévoles, des conseillers-ressource, qui ont par ailleurs des postes à responsabilités et qui sont en activité ; c'est compliqué. Il me faudrait au moins une journée pour tout trier et je n'ai pas le temps. Ma priorité reste la gestion des dossiers. Mais, si vous avez eu des informations par madame LE GLATIN c'est aussi bien (silence).

On peut peut-être commencer par votre parcours professionnel, quelles études et formations avez-vous effectuées et comment en êtes-vous arrivée à travailler au sein de cette association ?

J'ai un parcours assez atypique, je suis psychologue clinicienne de formation. J'ai commencé mon parcours en psychiatrie, j'y suis restée quatre ans et j'ai travaillé deux ans au Tribunal de grande instance de Paris. Je travaillais dans le cadre de l'individualisation des peines, c'était des enquêtes de personnalité par rapport aux personnes détenues et qui passaient en comparution immédiate. C'était des évaluations de personnalité par rapport à des risques de récidives. J'ai donc fait ça deux ans mais c'était un travail qui restait assez routinier. Les deux ans où j'ai fait ça, c'était parallèlement à l'hôpital psychiatrique, j'avais un grand besoin de travailler, je travaillais tout le temps. Et puis à l'hôpital psychiatrique où j'étais il y avait un mode de fonctionnement assez pervers lié à la personnalité du directeur de l'époque qui était psychiatre et je suis partie de cet établissement. Ensuite, j'ai fait une reconversion à 360 degrés puisque j'ai saisi une opportunité qui m'avait été proposée : faire des bilans de compétences. Je me suis lancée dans cette discipline, plutôt du côté des ressources humaines et dans la thématique du travail. J'ai eu un gros coup de cœur pour ce travail qui correspondait plus à mon besoin de pragmatisme. Pour comparer, en psychiatrie les choses sont très longues à mettre en place, avec un directeur qui faisait barrage à toutes les actions proposées et qui mettait en grande difficulté les professionnels en poste par rapport au public accueilli. Je suis donc restée une bonne dizaine d'années dans ce domaine, puis en 2005 j'ai monté ma propre structure d'insertion et d'orientation professionnelle. Dans ce cadre, j'ai mis en place un partenariat avec l'ANPE. Mais je choisissais les structures, c'est-à-dire que je ne travaillais

pas avec toutes les ANPE car pour moi c'était important de partager une même déontologie et une même conception du métier : le conseil et pas du toute la machine que l'on connaît actuellement. J'ai également développé des partenariats avec le secteur de l'entreprise, j'ai commencé à faire des bilans de compétences, du recrutement, du travail sur les plans sociaux. Et je pense que ce n'est pas par hasard si les personnes avec lesquelles je travaillais étaient issues du secteur médico-social. Puis on m'a proposé de faire de l'analyse de pratique en 2007. Mon entreprise était toujours active sur Paris, d'ailleurs elle existe toujours mais moi j'ai tout laissé tomber pour des raisons personnelles et je suis arrivée sur Nantes en 2007. L'idée de faire de l'analyse de la pratique m'est revenue à l'esprit et je voulais creuser vers le secteur de la gérontologie que je ne connaissais pas du tout. J'ai rencontré des professionnels qui travaillaient dans ce milieu, j'ai mis en place des stages en maisons de retraite (EHPAD) et j'ai eu un énorme coup de cœur pour le public et pour le travail tripartite avec les familles, les résidents et bien sûr les professionnels. J'ai suivi mon coup de cœur et j'ai repris une formation d'un an pour avoir une vision globale de la personne âgée. Parallèlement j'étais en libéral et j'effectuais des bilans de compétences. Puis, je suis rentrée à ALMA 44 en tant que bénévole puisque je cherchais une structure qui pouvait m'apporter une connaissance de la personne âgée.

D'accord.

Je suis alors tombée enceinte et à ce moment un recrutement s'est opéré pour un poste de coordinatrice à ALMA 44. J'ai postulé et j'ai été retenue. J'ai pris mes fonctions ici en septembre 2009 et ça fait deux ans que je me suis remise en libéral où je travaille en tant que psychologue. Je fais de l'analyse de pratique auprès des professionnels du secteur gérontologique et du handicap.

Oui, du coup vous faites le lien entre les deux.

Oui complètement. ALMA s'occupe à la fois du public âgé et des adultes en situation de handicap. Donc voilà mon parcours.

D'accord, vous avez donc commencé en tant que bénévole au sein d'ALMA.

Oui, moi je peux constater que sur tous les bénévoles qu'on a pu avoir, notamment les jeunes recrues qui avaient fini leur formation professionnelle, on a eu beaucoup de psychologues, des assistantes sociales, des conseillers en économie sociale et familiale. ALMA a été un tremplin qui leur a permis de prendre de la confiance et leur a donné une ouverture sur le réseau. Ils ont tous trouvé du travail via le réseau ALMA et puis moi je les aide aussi. Mais c'est vrai que du coup ça ne maintient pas les bénévoles qui sont en place (rires)... mais bon je me dis que c'est un tremplin et que c'est bien pour eux.

Et au niveau du fonctionnement de l'association ça se passe comment ? Il y a des permanences téléphoniques c'est bien ça ?

C'est ça, il y a deux permanences deux demi-journées par semaine. C'est ouvert le lundi et le mercredi de 14h00 à 17h00. En plus, moi j'ai un 40% de temps de travail donc je suis là toute

la journée le lundi et le mercredi. Mais la charge de travail qui est requise ne correspond pas au temps qui m'est imparti, je le dépasse largement...

Et les bénévoles ?

Les bénévoles sont présents le lundi, on a une assistante administrative qui est là tous les lundis. Ensuite, nous avons des bénévoles, en fait, on a une problématique d'effectif donc moi j'assure les écoutes avec un bénévole le lundi et le mercredi, j'essaie de laisser la permanence aux deux bénévoles qui peuvent prendre le relais. Sauf que là, on arrive sur la période estivale donc il y a beaucoup de personnes qui partent en vacances. Il est important que le bénévolat ne soit pas une contrainte et que cela ne les empêche pas d'avoir une vie. Tout en sachant que nos bénévoles actuels sont de jeunes retraités. Là, je viens de recruter une jeune bénévole qui est en activité. Elle veut dégager du temps pour être sur l'écoute dans un premier temps et plus tard sur le suivi des dossiers.

Et quelles étaient les professions de ces retraités ?

Cadre de santé, donc une personne qui gérait les formations infirmières et elle a été cadre de santé au CHU. Une autre était psychologue dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence. Donc quand elle est arrivée ici, l'écoute l'intéressait par contre elle n'avait jamais eu d'expérience professionnelle avec le public qu'on accueille au téléphone, mais elle a appris. Elle y a consacré deux ans et maintenant elle s'oriente vers d'autres activités. A 70 ans cela commence peut-être à devenir plus difficile.

En général, les bénévoles que vous avez sont actifs au sein d'autres associations ou ils sont centrés sur ALMA ?

Non, la plupart des bénévoles qu'on a eu jusque là ont été vraiment centrés sur ALMA. Sauf notre psychologue qui a monté une association de réflexion éthique autour de plusieurs sujets pouvant toucher la thématique de la mort, du vieillissement, de la préparation à la retraite, etc. Et on a également l'ancien responsable des greffes de Nantes qui est un jeune retraité, mais toujours très actif. Il a toujours des actions à côté sur les formations et il voyage pas mal... Il trouve de l'intérêt à s'investir auprès d'ALMA parce qu'il est réserviste au tribunal de Nantes. Il s'occupe aujourd'hui de la gestion des comptes et de la vérification de la gestion des comptes dans le cadre des mesures de tutelles. Et il y a plein de dossiers que l'on traite sur lesquels il peut se montrer pro-actif. On a rendez-vous avec le tribunal d'instance de Nantes pour mettre en place un partenariat entre ALMA et les magistrats de façon à avoir de la réactivité dans le cadre des services du procureur. On fait rarement des signalements directement auprès du procureur, mais ça nous arrive de le faire quand on a des situations où la peur de représailles est importante, et qu'on estime qu'il y a suffisamment d'éléments dans le dossier qui mériteraient une enquête pénale. Par ce biais, on a des enquêtes qui peuvent s'ouvrir trois jours après réception de notre courrier auprès du procureur. Ce qui est plutôt confortable et cela permet d'avoir des actions rapides. L'idée c'est donc de mettre en place quelque chose de similaire en termes d'alerte de la part d'ALMA.

Entre le moment où une personne appelle et le moment où vous la rappelez pour lui expliquer ce que vous allez mettre en place, il y a combien de temps en général ?

Moi j'essaie d'être la plus réactive possible, donc dès que j'ai l'appel je rappelle. Comme on est là tous les lundis et tous les mercredis, on suit régulièrement les appels qu'on a reçus. On donne une suite immédiate. La première écoute permet de recueillir le témoignage d'une personne qui nous interpelle : un membre d'une famille, une personne qui dit être victime elle-même (personne âgée ou personne en situation de handicap), un voisin, un ami, un professionnel. L'année dernière on a eu 30% de nos appels qui étaient des professionnels.

Ça augmente les appels des professionnels ...

Oui, je pense aussi qu'on est mieux repéré au niveau départemental, plus particulièrement au niveau de l'agglomération nantaise parce que, comme j'ai très peu de temps, je n'ai pas beaucoup de situations dans le nord du département, ni dans le sud. Un peu plus dans l'Ouest parce que j'interviens sur des actions de formation mais, dans l'Est c'est pareil je n'ai pas le temps de me déplacer, de nous faire connaître et d'établir des partenariats, c'est compliqué. Je suis tributaire de mon temps.

Et donc l'implantation au niveau départemental c'est important pour développer des partenariats c'est ça ?

Oui, c'est essentiel pour ça, mais aussi pour nous faire connaître auprès du grand public. Là, par exemple, on a eu l'appel d'une personne âgée qui a été hospitalisée à l'hôpital Bellier, qui a vu une plaquette d'ALMA. Elle nous a laissé un message en disant « voilà je suis dans telle chambre, voici mon numéro de téléphone, je suis une personne âgée, j'ai eu connaissance de votre existence et j'aimerais vous parler de la maltraitance que je subis de la part de mes enfants ». Du coup on a pris contact avec elle et il s'est avéré que ce n'était pas une situation de maltraitance, c'était plus une souffrance liée à une histoire compliquée et des troubles psychiatriques. Mais dans tous les cas, on propose quand même une écoute, et dans cette situation on a proposé à cette dame de faire le lien avec son médecin traitant afin de mettre en place un suivi CMP (centre médico-psychologique). Ce qu'elle a accepté, j'ai donc fait le lien avec le médecin traitant, la psychologue de l'hôpital et le médecin référent de l'hôpital. Tout cela s'est fait avec son accord.

Donc les partenariats sont très importants...

Oui et cela permet également de faire connaître le sens et la fonction d'ALMA. Donc ALMA peut être un relais important pour une écoute ou pour une situation où un professionnel se trouverait en difficulté parce qu'il peut être témoin d'une situation de maltraitance et qu'il ne sait pas trop comment réagir. Ou bien, un professionnel demande à être accompagné ou orienté dans ses démarches. Les professionnels qui nous appellent ont, généralement, enfin pas tous, des protocoles qui sont mis en place. Mais c'est compliqué de les appliquer sur le terrain. Suite à cette problématique que je trouve assez récurrente depuis à peu près deux ans, on a décidé de mettre en place avec le CDAD - qui est le comité départemental d'accès aux

droits - et la MAIA - qui est la maison d'intégration des personnes Alzheimer- , un colloque sur la vulnérabilité des personnes âgées confrontées aux abus. Ce colloque sera destiné uniquement aux professionnels et aura pour but de bien expliquer ce qu'est une démarche de signalement, ce qu'on doit mettre dans un signalement, tout en sachant que le regard social, le regard médical et le regard juridique sont fondamentalement différents. Par exemple, un travailleur social, même appuyé par des relais médicaux, peut faire un signalement qui peut ne pas aboutir. Il ne va pas comprendre la réponse juridique parce que de son point, la personne est vulnérable et la situation demanderait à ses yeux un traitement juridique. Sauf que les éléments ne sont peut-être pas suffisamment caractérisés ou la vulnérabilité n'est peut-être pas suffisamment mise en avant. Du coup les démarches n'aboutissent pas forcément. Elles peuvent aussi aboutir sur une démarche de mesure de protection mais la mise en place d'une mesure de protection ne fait pas tout et ne règle pas tout, même si cela permet au professionnel d'avoir un interlocuteur supplémentaire. L'idée est donc de redonner les éléments à prendre en compte lorsqu'on est témoin d'une situation de maltraitance et qu'on commence à recueillir quelques éléments pouvant permettre de mieux caractériser une situation. C'est aussi la façon dont on fait aboutir une démarche, ce qu'on doit mettre dans un signalement... La difficulté pour les professionnels, et notamment ceux du domicile, c'est qu'ils sont dans une relation d'aide qui est une relation humaine. Et même s'il y a des protocoles, on est toujours plus ou moins impacté par une situation que l'on peut vivre comme violente. Humainement on peut se trouver démuni. Les professionnels ont besoin d'une écoute, de prendre du recul par rapport à la situation, d'avoir un regard extérieur, de trouver des alternatives. On est là pour apporter des conseils et quand il y a une démarche de signalement on est aussi là pour rassurer le professionnel, le replacer dans ses responsabilités, l'aider dans des démarches qu'il pourrait mettre en place. On fait également le lien entre les professionnels car, souvent au domicile, il y a plusieurs professionnels qui agissent auprès d'une même personne et on se rend compte qu'il n'y a pas forcément de temps d'échanges. Voilà, c'est notre travail et l'idée c'est aussi de faire connaître ce versant là. On est une écoute mais on est aussi là pour apporter des conseils, des orientations et un appui aux démarches. On a un troisième volet qui est la prévention, qui passe par la mise en place de colloques, d'actions de sensibilisation et de la formation.

Et en général pour la formation vous êtes sollicitée, comment ça se passe ?

Effectivement, on peut être sollicité. Par exemple on est sollicité par beaucoup d'écoles d'infirmiers, d'aides-soignants mais également tout ce qui se fait au niveau des auxiliaires de vie sociale, l'aide à domicile... Là, on est intervenu sur des actions de formation en novembre dernier auprès de professionnels dans le cadre de la formation continue sur l'évaluation de la situation de maltraitance, sur les points de vigilance et les démarches à mettre en place. On est également intervenu dans des EHPAD, l'idée est de développer cette partie là, sauf que moi, je ne peux pas être sur tous les fronts. C'est compliqué de toujours dépasser son temps de travail.

Et qui assure les formations ?

C'est moi. Donc je suis sur la communication, je suis sur la rencontre avec les partenaires, l'effectif fait que je suis aussi sur l'écoute, je suis sur l'évaluation des situations, l'analyse, le lien avec l'ensemble des partenaires. S'il y a des concertations à organiser c'est mon rôle de faire le lien avec le Conseil Général... Et tout ça prend vraiment beaucoup de temps. Quand j'ai besoin d'éclairer une situation via un conseiller référent qui n'est pas en capacité de se déplacer au regard de son temps de travail professionnel et de la distance géographique, je suis obligée de faire des synthèses de situations et de poser la problématique qui va concerner leur regard. Par contre, j'ai la chance d'avoir des référents qui sont très réactifs, donc je communique avec eux par téléphone ou par mail et j'ai des réponses rapides. Ils ne peuvent pas se déplacer sur l'antenne pour consulter le dossier et le prendre en main.

Et il y a combien de référents en ce moment ?

Là on en a sept. Ils sont issus du secteur notarial, du secteur médical et du secteur juridique pour l'essentiel. Quand j'ai besoin d'autres informations je m'appuie beaucoup sur mon partenariat qui est vaste et étendu. Mais bon, c'est moi qui effectue les synthèses et ça me prend beaucoup de temps. Il y a aussi le recrutement des bénévoles, la participation aux forums et tout le volet de la formation où j'ai mis en place des programmes de formation. Mais on n'a toujours pas le temps de faire une plaquette, de développer la formation, de rencontrer des établissements...

Et vous effectuez des actions en commun avec d'autres départements ?

Au niveau régional ? Oui ça fait deux ans qu'on a mis en place des rencontres régionales inter-ALMA, ce qui est très riche et nourrissant. On est sur l'idée de mettre en place des actions communes. Là, actuellement, le réseau national est aussi en train de se restructurer, enfin je pense que vous êtes au courant. HABEO et ALMA forment désormais une seule et même association. Donc ça c'est le devant de la scène, l'arrière de la scène c'est que du coup il faut refondre l'organisation. De deux présidents il n'en faut plus qu'un seul, de deux conseils d'administration il n'en faut plus qu'un, etc. Les choses devraient être lisibles pour tous les centres ALMA en septembre 2014. Un organigramme est posé mais, cela prend énormément de temps car il y a beaucoup de monde. ALMA France compte plus de 1000 personnes et le réseau HABEO fonctionne lui, uniquement avec des salariés. C'est complexe, il y a deux histoires différentes. Les choses sont à peu près calées, mais nous on attend une information de la part de la nouvelle fédération. Du coup, le ministère devrait lancer une nouvelle campagne d'information très importante à la rentrée, puisque le nouveau logo est arrivé.

D'accord.

Vous voyez aujourd'hui c'est la fédération « 3977 contre la maltraitance ». La fédération a son logo mais les départements, eux, ne l'ont pas encore. Il va falloir changer d'adresse mail, etc.

Et du coup les antennes vont quand même garder le nom ALMA ?

On ne sait pas encore, on est dans l'attente, on avance pas à pas. Il y a des choses qui se sont mises en place au niveau de l'entité fédérale, et nous on attend les informations, les missions de chacun puisque les centres se retrouvent avec des référents différents. Pauline LE GLATIN, que vous avez eue au téléphone, était notre référente dans l'appui des centres ALMA. Aujourd'hui elle est toujours dans l'appui du développement mais elle est désormais positionnée sur les formations donc elle ne sera plus notre référente. Pour l'étayage sur des situations ou pour des demandes d'appui par rapport à la gestion du logiciel, on va avoir un autre interlocuteur. Là, il faut que l'information se consolide au niveau national et qu'elle redescende au niveau de tous les centres. On est dans l'incertitude, enfin on n'a pas encore l'information. Donc voilà.

Et lorsque vous avez décidé de prendre en charge l'écoute des personnes en situation de handicap, c'était un besoin du territoire ou une directive d'ALMA France ?

Alors, depuis 2002, ALMA France est devenue la fédération ALMA France. Donc là, je reviens sur l'historique de l'association. En 2002, le réseau ALMA France s'est ouvert au public « handicap ». Cela ne s'est pas fait d'un coup, quelques antennes ont commencé à ouvrir leur écoute au public en situation de handicap. Mais cela demande des démarches préfectorales, des demandes de subventions, etc. Et ALMA 44 s'est ouverte à l'écoute du public en situation de handicap en 2008. C'était une décision ALMA France, et chaque antenne s'est appropriée cette nouvelle mission. Aujourd'hui tous les centres sont ouverts aux deux publics. C'était la logique de l'association. Même si initialement la cible était les personnes âgées, ALMA s'est rendu compte qu'il n'y avait rien de fait au niveau des adultes en situation de handicap. L'idée était d'apporter une écoute aux personnes vulnérables dans sa globalité. Donc pas le champ de l'enfance qui n'était pas dans notre secteur...

Concernant les financements, j'ai vu dans les rapports d'activité que vous recevez tous les ans une subvention de la part de la DGCS...

Oui c'est ça.

Mais vous bénéficiiez d'autres financements ?

Alors ALMA 44 a des financements du conseil général, de certaines caisses de retraite et des communes. Mais, pour ça, il faut monter des dossiers avec le président et moi-même et cela prend du temps.

Les dossiers sont à renouveler tous les ans ?

Oui c'est ça, un travail dont je me décharge aujourd'hui, ce n'est pas ma fonction.

Et vous arrivez en moyenne à avoir combien de subventions sur une année ?

En moyenne on arrive à avoir 20 000€ de subventions, mais ce n'est pas suffisant.

Et cela finance également votre poste ? ALMA France participe au financement de votre poste ?

Non, en fait, ALMA France aide à l'organisation, à la structuration des centres, s'occupe de la formation des nouveaux bénévoles et propose des formations complémentaires. Elle étaye les centres mais n'intervient pas dans le financement. Chaque centre doit trouver ses propres financements pour fonctionner, chaque centre relève d'une association loi 1901.

J'ai pu voir dans le dernier rapport d'activité que vous cherchez un bénévole qui serait compétent pour s'occuper des demandes de financements ?

Oui, parce que pour le moment c'est moi qui le fait et ça m'occupe les weekends à certaines périodes. Le président s'en est beaucoup occupé. Et j'ai déjà pas mal de travail à côté, il est important de savoir poser ses limites. Donc on recherche un bénévole administratif qui puisse effectivement suivre les dossiers, rencontrer les directions des CCAS, les communautés de communes, être attentif aux dossiers de relance de subventions... C'est un travail qui prend beaucoup de temps. Et notre association est déficitaire depuis trois ans. On a eu besoin de s'équiper avec du nouveau matériel, alors c'est peut-être trois fois rien mais on a un petit budget et avec mon salaire et mes remboursements de frais, on voit bien que les subventions ne sont pas suffisantes. Donc c'est aussi notre réalité...

Et au niveau du projet associatif, comment ça se passe, chaque centre a un projet spécifique ?

Chaque centre a un projet associatif qui regroupe les missions d'ALMA : d'écoute, d'évaluation des situations, de conseils en fonction de la problématique, d'orientation, de sensibilisation. On a les mêmes missions. Mais à chacun de trouver ses propres moyens. Tous les centres fonctionnent et répondent à la vocation de la création du réseau ALMA France, avec le respect de ses missions et l'Éthique ALMA France. On a le même objectif mais chaque centre est autonome dans sa gestion.

Et alors l'association ALMA est-elle reconnue d'utilité publique ?

Donc il y a plusieurs circulaires qui mettent bien en avant l'importance d'ALMA. Il y a aussi le soutien du ministère qui appuie ALMA en termes d'objectif de développement pour obtenir un centre par département. Je pense qu'on a donc une certaine reconnaissance, la mission est largement reconnue d'utilité publique par contre ce n'est pas officialisé en tant que tel, puisque ça dépend aussi des fonds dont dispose l'association. En plus de la mission, l'association doit avoir un certain capital posé. Donc le problème c'est qu'ALMA ne dispose pas de ce capital donc elle n'est pas reconnue d'utilité publique. Peut-être qu'avec la nouvelle fédération et le fait que les deux entités soient regroupées, ça donnera plus de moyens et permettra peut-être cette reconnaissance. Après c'est quand même une demande gouvernementale.

Oui, c'est sûr.

D'ailleurs, il n'y a pas très longtemps, un colloque s'est déroulé en Belgique sur les abus envers les personnes âgées. Il y a un intérêt Européen qui se développe par rapport à l'association ALMA. Le dernier rapport du conseil de l'Europe faisait toute une allocution sur la façon dont nos collègues Européens traitent la problématique de la maltraitance envers les publics vulnérables. D'ailleurs Pauline LE GLATIN est intervenue en Bulgarie, suite à une demande d'une importante structure d'aide à domicile pour développer de la formation. Et il y a aussi une antenne au Mexique.

Ah oui une antenne au Mexique !

Oui oui. C'est vrai qu'on a été les premiers à impulser le mouvement. Les premiers éléments sur la maltraitance datent de 1977 dans des revues médicales Anglo-saxonnes. Et, 10 ans plus tard, c'est le professeur Hugonot qui a été demandé pour présider une commission au conseil de l'Europe. C'est lui qui a parlé de maltraitances au conseil de l'Europe et donc en Europe. Il a réfléchi à la façon dont on pouvait procéder pour traiter cette question. Puis en 91, le groupe de travail a énoncé une définition de la maltraitance et une typologie des ces maltraitances. Puis la première antenne en 94/95, les premières statistiques et le professeur est allé toquer aux portes du ministère avec un premier rapport dans l'idée de prévenir cette question de la maltraitance envers les personnes âgées. En 2002, c'est la même problématique, mais cette fois par rapport aux personnes en situations de handicap.

Et avec les institutions, comment ça se passe quand vous avez une situation qui demande de prendre contact avec un établissement ?

Le plus possible on essaie de rendre la personne autonome dans sa démarche, mais parfois c'est compliqué, parce que même si c'est un établissement on peut avoir une crainte de représailles. Il peut également y avoir une situation qui est tellement sclérosée par le manque de communication ou un dialogue compliqué avec la direction et c'est tout de suite épidermique. Ce qui est recherché c'est d'avoir l'accord de l'appelant dans la démarche. Nous, ça nous est arrivé d'avoir des filles qui étaient inquiètes par rapport à la prise en charge de leur parent. On essaie donc de comprendre ce qui se passe, où est la problématique, sur quels faits s'appuie la personne pour dire ça, quelles sont les démarches déjà mises en place, quel est l'état de communication avec les équipes de soins, la direction et le médecin coordonnateur, est-ce qu'il y a une participation de la personne au sein du conseil de la vie sociale, qu'est ce qui a été acté jusqu'ici... Si vraiment la communication est compliquée, la personne peut nous demander si ALMA peut intervenir. Selon les situations, on va relativiser les choses, souvent on se rend compte que la famille reste insatisfaite par rapport à la prise en charge qu'il peut y avoir au sein de l'établissement. En effet, il y a aussi tout le poids de la culpabilité. On va essayer de comprendre dans quoi se situe l'appelant, combien de temps il s'est occupé de son parent, quels sont les rapports qui étaient existants avant le placement en institution, comment s'est passé le placement... Alors voilà, souvent les placements se font en catastrophe, suite à une hospitalisation, cela a toujours un caractère très urgent, ou des personnes qui ne sont pas au fait de l'information sur la pathologie de leur parent et qui du coup ne comprennent pas ce qui se passe et mettent ça sur le dos de l'établissement, en disant que ça va de plus en plus mal, que c'est de la faute de l'établissement qui ne prend pas assez

soin du parent. L'idée est de chercher ce qui peut être proposé pour permettre à cette famille d'être entendue. Donc nous ça nous arrive de faire le lien avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur, les infirmières. Sur un manque de communication on peut essayer de faire comprendre le point de vue de la famille à la direction. Ça peut amener à dédramatiser la situation. On peut également se mettre en lien avec le psychologue de l'établissement pour pouvoir proposer un soutien à la personne âgée et également à la famille. Donc voilà le type de démarche que l'on peut faire.

Hum hum...

Moi je me souviens d'une famille qui nous a interpellés par rapport à une chute. Il y avait eu deux heures d'attente entre le moment de la chute et le contact de l'infirmière avec SOS médecin. La famille s'est sentie malmenée, non respectée parce que l'infirmière n'est pas restée à la fin de son temps de travail. Donc, nous on a travaillé ça avec eux, on a essayé de relativiser la question de l'attente puisqu'il fallait aussi voir l'effet des antalgiques qui avaient été donnés. En amenant la famille à re-questionner certaines thématiques du parent, ils se rendent compte que c'était plus de l'inquiétude. Les familles ont besoin de sécurité, mais la chute aurait pu arriver à n'importe quel moment. De plus, la directrice s'était montrée extrêmement attentive, elle était venue le dimanche pour être présente auprès de la famille. Mais pour cette famille ce n'était pas suffisant. Tout cela été lié au fait que la dame voulait garder son autonomie pour aller aux toilettes et ainsi ne pas avoir besoin de protection. Une attention était portée, de la part de l'institution, au désir du maintien de l'autonomie. Mais les attentes étaient différentes de la part de la famille qui voulait des protections en permanence pour éviter les chutes. Or, la directrice défendait le maintien de l'autonomie de cette dame. Quand j'ai contacté la directrice de cet établissement, elle-même pouvait m'expliquer cette grande difficulté par rapport à cette famille, la directrice se posait la question de comment regagner leur confiance. Elle était vraiment dans une démarche bienveillante je pense. Elle a fait une enquête interne et rien ne laissait penser qu'une chute était prévisible. On s'est demandé pourquoi la directrice n'avait pas pensé à interpeler le médecin coordonnateur alors que son rôle primordial est d'aller dans la réassurance du soin. La démarche a permis à la directrice de recentrer ce médecin dans son rôle. Avec la famille, on a pu retravailler la question de l'autonomie et une concertation s'est mise en place avec tous les membres de la famille, la personne âgée, le médecin traitant, l'infirmière, la directrice et le médecin coordonnateur. La situation s'est apaisée et les angoisses de la famille ont été comprises. Cela a permis à la famille de déculpabiliser et de dédramatiser la situation. ALMA a été un interlocuteur qui a permis de remettre du dialogue par un regard extérieur et d'accompagner la directrice. Un protocole de soin a été rédigé pour cette personne âgée et la famille en a eu connaissance. Je pense que c'est un beau résultat.

Y a-t-il parfois des établissements ou des professionnels qui réagissent mal par rapport à votre intervention ?

Nous on n'est pas jugeant dans l'approche. On explique toujours l'objet de notre appel et que l'on n'est pas dans un cadre incriminant. Que l'objectif c'est que tout le monde y trouve son compte. Mais on a eu un conflit entre une équipe de professionnels et la directrice d'un

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

RICOU Maud | De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées :
L'impact de l'association ALMA dans le Maine et Loire (2013)

établissement par exemple. On a reçu l'appel d'une aide soignante qui orientait ses propos sur sa souffrance, une personne qui avait déjà de l'expérience auprès des personnes âgées. On l'a écouté mais on a répondu que ça concernait plus le droit du travail. Elle a insisté sur les conséquences pour les résidents et on l'a aidé à déterminer les conséquences que ce conflit impliquait dans la qualité de la prise en charge de la personne âgée. Notre cible reste la personne âgée ou la personne en situation de handicap et un risque de négligence ou une maltraitance. Il fallait que ce professionnel mette en avant l'impact de ce conflit dans la prise en charge. Cette personne a évoqué une directrice qui était dans l'humiliation des salariés, qui pouvait faire des croche-pieds à certains résidents, qui était dans l'injonction permanente par rapport aux professionnels... Cette directrice voulait absolument être sur tous les temps de transmissions et elle pouvait entrer dans une chambre sans frapper sous prétexte qu'elle venait chercher une aide soignante pour assister aux transmissions. C'était sa priorité. Des problématiques au niveau de l'alimentation avaient également été repérées, avec un cuisinier qui pouvait être en souffrance et arriver avec de l'alcool dans le sang sur son lieu de travail. Donc beaucoup d'erreurs étaient commises au niveau des régimes, des repas mixés... Notre objectif a été de recueillir d'autres témoignages à partir du sien. On a eu 36 autres témoins professionnels au sujet de la conduite autoritaire de la direction. Face à ces éléments, on n'a pas pris contact avec la direction, par contre, les éléments étaient suffisants pour que l'on conseille d'effectuer une démarche de signalement auprès des instances concernées. Nous avons donc accompagné les professionnels dans la rédaction du signalement pour bien mettre en avant les points qui nous interpelaient. On a également pris contact avec la présidente du conseil d'administration de l'établissement en lui signalant qu'ALMA avait été interpellée sur la posture professionnelle de la directrice, qui impactait la qualité de la prise en charge des résidents et qui nous inquiétait du point de vue de nombreuses négligences répertoriées au niveau de l'hygiène, au niveau de la dignité de la personne, au niveau de la prise en considération des familles... La présidente nous a rappelés de façon agressive et elle voulait qu'on lui donne les noms des personnes ayant contacté ALMA. Moi je suis restée dans nos missions et notre éthique, la salariée en poste ne voulant pas donner son nom de peur de représailles, à aucun moment je n'ai communiqué de nom. La présidente, très attachée à cet établissement, était dans une incapacité à pouvoir remettre en question le dernier recrutement qu'elle avait effectué. On lui a précisé qu'on ferait un signalement auprès du conseil général et de l'agence régionale de santé, avec l'appui du professionnel ayant rédigé le signalement et une co-signature de 36 agents.

Donc c'est le professionnel en poste qui a effectué le signalement ?

Oui, notre objectif est de responsabiliser le plus possible la personne appelant ALMA. Ce travail de lien, de responsabilisation a permis de redonner une dynamique d'équipe, une cohésion au sein de l'équipe, que chacun puisse exprimer sa souffrance, ce qui n'était pas le cas avant. L'ARS et le CG ont été extrêmement réactifs sur cette situation, une enquête a été mise en place avec une inspection. Un recueil de la parole des professionnels a été fait et des fautes professionnelles graves ont été repérées. Des résidents ont été contactés, des familles aussi. La présidente a été obligée de procéder à un licenciement et de recruter une nouvelle personne. Une démarche de qualité externe a été mise en place. Ce suivi a duré entre 6 et 7

mois. Voilà comment on peut travailler avec des professionnels quand on n'est pas dans le contact avec la direction. On a néanmoins soutenu cette démarche. Mais toute situation demande de trouver du temps et je n'en ai pas assez. Je travaille en moyenne 40% en plus de mon temps de salarié en tant que bénévole, c'est ma part sociale on va dire, sauf que, juridiquement on n'est pas dans les clous et ce n'est pas à moi de revoir les moyens que donne l'association pour gérer la mission. J'ai levé le pied depuis février 2014, j'ai aussi mes limites.

Hum hum.

(Silence) Vous avez d'autres questions ?

Non, je n'ai plus de question, on peut peut-être s'arrêter là, à moins que vous ayez des choses à ajouter ?

Non non.

Annexe 6 : Inventaire chrono-thématique suite à l'entretien avec la coordinatrice ALMA 44

Entretien avec Mme THEBAULT, le 25 juin 2014.

Déroulement	Sujets abordés
00 : 00 : 00	Discussion sur les archives de l'association.
00 : 01 : 59	Son parcours professionnel : Etude de psychologie, spécialité clinique. Travail en psychiatrie, au Tribunal de grande instance de Paris, dans les ressources humaines. 2005 : création de sa propre structure d'insertion et d'orientation professionnelle. 2007 : fait de l'analyse de la pratique et est bénévole à l'association ALMA 44. Formation dans le domaine de la gérontologie. 2009 : devient coordinatrice pour ALMA 44 et exerce en libéral depuis 2 ans dans le champ de la gérontologie et du handicap.
00 : 08 : 05	Secteurs professionnels dont sont issus les bénévoles. Le fonctionnement de l'association, l'organisation. Les permanences d'écoute.
00 : 11 : 44	Le multi-engagement des bénévoles. Partenariat ALMA 44 avec les magistrats de Nantes.
00 : 14 : 58	Gestion des appels, suivi des dossiers. Les appelants.
00 : 16 : 28	Travail de proximité. Faire connaître l'association. Organisation d'un colloque pour sensibiliser et informer les professionnels sur les situations de maltraitances. L'importance des signalements et de la manière de les effectuer. Soutien et écoute auprès des professionnels.
00 : 23 : 50	La formation des professionnels ou futurs professionnels.
00 : 25 : 05	Les difficultés rencontrées par la coordinatrice : manque de temps, référents qui ne sont pas en capacité de se déplacer à l'antenne pour suivre les dossiers.
00 : 27 : 43	Collaboration avec les autres antennes de la région. Restructuration d'ALMA, mise en place de la nouvelle fédération. Attente des informations et nouvelles directives sur le fonctionnement. Une nouvelle campagne d'information organisée par le ministère.
00 : 31 : 45	La prise en charge de l'écoute des personnes handicapées depuis 2002 pour ALMA France et depuis 2008 pour ALMA 44.
00 : 33 : 54	Les subventions attribuées : la DGCS, le conseil général, les communes, les caisses de retraites. La recherche d'un bénévole pour gérer les dossiers de subventions. Le manque de financement pour l'association.
00 : 38 : 27	Les rapports avec ALMA France.
00 : 39 : 55	Association non reconnue d'utilité publique. Missions d'utilité publique.

	Demande gouvernementale.
00 : 43 : 27	Intérêts Européens suscités par l'association ALMA. Actions d'ALMA France à l'étranger : en Belgique, en Bulgarie, au Mexique.
00 : 45 : 16	Premiers éléments sur la maltraitance datent de 1977 : secteur médical en Angleterre. Implication du professeur Hugonot sur la problématique de la maltraitance des personnes âgées. Sollicitation pour participer à une commission du conseil de l'Europe. 1991 : définition des maltraitances et typologies. 1994/95 : mise en place des premières antennes en France. Grâce aux premières statistiques : le professeur Hugonot alerte le ministère. 2002 : prise en compte des personnes en situation de handicap.
00 : 49 : 24	Liens avec les institutions dans le cadre de l'ouverture d'un dossier. Renseignements collectés lors de l'écoute téléphonique. Instauration d'une communication entre tous les partis (familles, professionnels, établissement...).
00 : 54 : 07	Exemple de suivi de dossier : situation de chute, manque de communication entre la famille et l'institution, contact avec la directrice, soutien et accompagnement de la famille et des professionnels.
01 : 01 : 31	Exemple de suivi de dossier : conflit entre une équipe de professionnels et la directrice d'un établissement. Conséquences du conflit dans la prise en charge des personnes âgées. Recueil de témoignages, soutien et accompagnement dans la rédaction et le dépôt du signalement. Responsabilisation des professionnels.
01 : 13 : 46	Difficultés rencontrées de la part de la coordinatrice ALMA. Manque de temps lié au manque de budget.
01 : 15 : 27	Fin de l'interview.

