

## Maintien à domicile d'une personne âgée dépendante : analyse des questions éthiques par une assistante sociale

### Correspondance

C. Lefevre,  
à l'adresse ci-contre.  
e-mail : denis.lefevre6@wanadoo.fr

### C. Lefevre

Assistante sociale, 4, rue de la chapelle, 80290 Namps au val.

**Cet article met en évidence les ressources pour le maintien à domicile, mais aussi les limites voire les risques potentiels liés aux mortalités du dispositif d'aide proposé.**

**Par ailleurs, il révèle aussi les multiples interventions et laisse apparaître les difficultés d'articulation entre les différents partenaires pour un travail plus cohérent autour des personnes vulnérables.**

**Mots-clés :** personne âgée - maltraitance - maintien à domicile - auxiliaire de vie

### Introduction

La pratique d'assistante sociale intervenant dans le secteur de gériatrie et traitant essentiellement le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes offre un point de vue privilégié d'observatrice de nombreuses situations de soutien.

Le soutien présenté ici de Monsieur A. montre d'abord l'instauration difficile de l'aide puis souligne les modalités de demande d'aide et les difficultés de bien accompagner auxiliaires de vie et patients pour éviter la dégradation de la situation.

Cet article fait apparaître quelques interactions négatives et dérives possibles. Il démontre ainsi les difficultés d'ordre éthique rencontrées par les différents partenaires. Si l'assistante sociale est au premier plan pour aider ces personnels soignants, ses propositions d'aides (techniques et à la réflexion éthique) ne sont pas toujours prises en compte. Cette situation de non bien-traitance montre les efforts à renouveler et à organiser que doit faire une assistante sociale pour ne pas laisser de telles situations sombrer dans la « maltraitance » qui risque de se profiler dès qu'une personne âgée est en perte d'indépendance ou d'autonomie.

Deux remarques semblent surgir d'une telle situation si généralisable : a) nécessité de se former aux discernements des questionnements éthiques et b) nécessité d'introduction de temps d'analyse éthique des situations avec le personnel à domicile très régulièrement.

### Situation clinique

#### Contexte social et familial

Monsieur A. est âgé de 93 ans. Il est né en Allemagne et vit en France depuis 1945. Il est veuf depuis

2 ans. Il vit seul dans une maison confortable à la campagne dans un bourg de 1 500 habitants. Ses ressources sont correctes, il perçoit une retraite mensuelle de l'ordre de 2 000 euros. Monsieur A. n'a pas d'enfant. Sa femme avait une fille d'un premier mariage qui ne vient plus depuis le décès de sa mère. Seul le fils aîné de cette fille, Axel, maintient un lien régulier avec Monsieur A. Il est étudiant, prépare un diplôme d'ingénieur. Monsieur A. en est très fier. Il attend et apprécie ses conversations téléphoniques avec intérêt. Il comprend le français mais le parle difficilement. De ce fait, il a peu de relations dans son village et ne s'est jamais tout à fait intégré à la vie sociale. Il est donc assez isolé.

Il rencontre depuis peu des difficultés à la marche et souffre d'arthrite des deux membres supérieurs qui s'aggrave depuis quelques mois. Il est donc devenu assez dépendant pour les actes quotidiens de la vie. Il ne peut plus se raser seul ni faire sa toilette. Il faut l'aider à s'habiller. Ses problèmes de préhension l'empêchent aussi de préparer ses repas. Les tâches ménagères sont assurées par une femme de ménage.

Monsieur A. a téléphoné à la mairie pour que la responsable du service d'aide à domicile vienne le voir chez lui. Un dossier d'auxiliaire de vie a été établi.

C'est dans ce cadre que nous l'avons rencontré.

#### Premier entretien

Lors du premier rendez-vous, Monsieur A. était enfermé chez lui, il écoutait, comme chaque jour, nous précise-t-il, de la musique de compositeurs allemands.

Il nous reçoit et nous invite dans son salon.

Au cours de l'entretien, il esquive les questions relatives à ses besoins personnels et nous parle beaucoup de sa solitude depuis le décès de son épouse

dont il n'a pas complètement fait le deuil : il ne dort plus dans la chambre conjugale, ne s'assied plus à table depuis qu'elle est morte et a gardé toutes ses affaires à leur place dans la maison. Il nous dit que « sa vie s'est arrêtée depuis son départ, que la maison est vide et que le temps lui semble long ». Il a les larmes aux yeux et nous dit qu'il n'arrive pas à continuer sans elle. Il nous raconte alors les circonstances de leur rencontre.

C'était pendant la guerre en 1942. Il était militaire. Madame A. était mariée et avait une fille quand ils se sont rencontrés. « Ce fut le coup de foudre », nous dit Monsieur A. puis une histoire difficile et douloureuse pendant plusieurs années.

Ils ont d'abord vécu une liaison clandestine puis Madame A. s'est enfuie du domicile de son époux à qui elle a dû laisser leur fille alors âgée de 7 ans.

Elle a vécu « en cachette » avec Monsieur A. jusqu'à la fin de la guerre puis a divorcé de son premier mari et épousé Monsieur A. Elle n'a jamais revu sa fille jusqu'à sa majorité.

Monsieur et Madame A. ont dû pendant de longues années vivre en exclus : bannis de la famille de Madame A. et sans autres relations sociales que quelques collègues de Monsieur A. qui occupait un emploi en France. Leur vie de couple était donc très fusionnelle.

Madame A. a retrouvé sa fille dès sa majorité. Une relation affective s'est établie entre la mère et la fille. Elle était courtoise avec Monsieur A. mais peu chaleureuse compte tenu, selon lui, de l'histoire familiale. Depuis le décès de sa mère, sa fille âgée de 58 ans lui rend des « visites de principe » deux fois par an et ne s'intéresse jamais à son mode de vie ni ne s'enquiert de ses difficultés.

Nous sommes chez Monsieur A. depuis deux heures. Il est fatigué et nous dit ne pas souhaiter continuer l'entretien aujourd'hui. Il nous demande de revenir.

## Second entretien

Lors du deuxième entretien, il est 14 heures. La porte est toujours fermée à clé bien qu'il nous attende. Il marche avec difficulté et n'est pas habillé. Il porte une robe de chambre, semble triste. Il nous dit que c'est une « mauvaise journée », qu'il souffre et « n'y arrive plus ». Il a fait une toilette sommaire, assis sur une chaise et n'a pas pu se raser. C'est la troisième fois que ça lui arrive depuis notre premier passage, dit-il.

Nous lui présentons alors le dispositif d'aide à domicile de proximité, lui proposons l'intervention d'une auxiliaire de vie et rappelons les rôles d'une telle intervenante : nursing, toilette, préparation des médicaments et des repas. Monsieur A. accepte et nous convenons d'un rythme de trois passages par semaine. Monsieur A. nous dit pouvoir assumer ses soins à sa personne un jour sur deux et ne souhaite pas d'aide quotidienne. Une organisation

est mise en place pour ses repas qui seront préparés à l'avance.

Le plan d'aide est alors mis en place par le service de la mairie. C'est Annie qui assurera les soins d'hygiène et d'alimentation.

## Situation éthique

Un mois plus tard, Monsieur A. fait à nouveau appel au service. Il veut changer d'auxiliaire de vie arguant de l'incompétence d'Annie. Elle ne respecte pas les horaires, vient le laver l'après-midi, lui fait éteindre sa chaîne hi-fi et ne prépare pas les aliments comme il lui demande. Il n'aime pas ce qu'elle prépare.

Nous rencontrons donc Annie. Elle vient effectivement l'après-midi vers 13 heures 30 puisque Monsieur A. se lève tard. Si elle lui fait arrêter sa musique, c'est « qu'elle n'aime pas les airs boches » dit-elle. Quant aux repas, elle achète ce qu'il y a sur la liste mais prépare à sa façon car elle dit ne pas comprendre en matière culinaire ce que lui explique Monsieur A. Nous lui proposons alors de revoir avec elle son planning pour intégrer Monsieur A. dans une plage horaire du matin pour la toilette. Puis nous proposons une visite à domicile chez Monsieur A. où elle serait présente pour évoquer la question des repas. Annie est un peu réticente, elle le craint et ne comprend pas bien ce qu'elle peut changer puis elle accepte, finalement, rassurée par notre présence.

La « confrontation » a donc lieu une semaine plus tard.

Monsieur A. expose sa conception de la cuisine issue de ses origines : petit-déjeuner tardif et solide, déjeuner et dîner conséquents. Annie s'insurge : ce n'est pas un type d'alimentation adapté à l'âge de Monsieur A. qui devrait être plus frugale ; elle ne parviendra pas, de toutes façons, à s'adapter à la demande : le temps lui manque pour préparer deux repas substantiels par jour. Elle s'adaptera pour le midi mais pense que le soir un repas léger est seulement possible. Monsieur A. accepte, il complétera lui-même.

Le rendez-vous se termine sur ce consensus et l'aide à domicile est maintenue. Il est convenu qu'Annie contactera le service de la mairie si cette nouvelle organisation présentait des difficultés.

C'est seulement sept mois plus tard que nous sommes à nouveau interpellés par la responsable du service suite à un appel du médecin traitant : Monsieur A. a beaucoup maigri. Nous rencontrons le service et l'auxiliaire de vie : Annie veut démissionner. Elle ne veut plus s'occuper de Monsieur A. qui « refuse toujours » de prendre les repas qu'elle prépare. Il grignote toute la journée et jette le contenu de son assiette à la poubelle. Annie dit se sentir coupable face à la dégradation de l'état général de Monsieur A. Elle supporte mal cette situation car chez les autres personnes où elle intervient, « on la félicite pour sa cuisine ! ». Elle ne comprend pas ce qui se passe puisqu'elle a essayé de se conformer aux de-

mandes de Monsieur A. en la matière sans aucun succès. Elle a essayé d'en parler avec lui. L'échange n'est pas possible, dit-elle. Monsieur A. ne l'écoute pas, augmente le volume de la musique tout le temps de sa présence. Annie dit se sentir agressée par cette attitude.

Suite à cet entretien, nous rencontrons à nouveau Monsieur A.

Il a changé : son aspect est négligé, il se « traîne », il est triste. La maison, aussi, a changé : tout est rangé, les affaires de son épouse ne sont plus là. Monsieur A. s'assied et se met à pleurer. Il nous dit ne plus se sentir chez lui. Annie a modifié les lieux : les meubles ont été rangés pour faciliter les déplacements, les vêtements et objets de Madame sont remisés dans un placard.

Monsieur A. ne supporte pas ces aménagements. Il avait organisé son cadre de vie autour de son passé, autour de son vécu avec sa femme. Il dit avoir essayé de s'opposer aux transformations d'Annie : elle n'a « rien compris », dit-il « elle n'écoute pas » et « fait ce qu'elle veut ». Aussi, lorsqu'elle vient, il se retranche dans le salon, écoute de la musique et la laisse agir sans intervenir. Quant aux repas, il préfère manger ce qu'il veut : « elle ne va quand même pas tout régenter ! »

## Décision

Nous proposons de refaire le point tous ensemble : Monsieur A. refuse catégoriquement toute nouvelle tentative et demande l'arrêt de l'aide à domicile. Annie, aussi, reste sur sa position et démissionne. Cependant, elle vit mal cette situation qu'elle considère comme un échec, se sent dévalorisée, remise en cause sur un plan professionnel alors qu'elle dit avoir agi dans l'intérêt de Monsieur A., avoir tout fait pour que ça aille, au niveau de la gestion du lieu de vie mais aussi des habitudes de Monsieur A. « J'ai même essayé de l'aider dans son deuil, c'était malsain de tout garder pareil, il l'a mal pris ». Elle se dit blessée dans son éthique professionnelle et pense que Monsieur A. n'acceptera d'aide que si « on lui obéit », ce qui, selon elle, est inconcevable : « Car c'est mon métier et je sais ce que je dois faire » d'autant « qu'à son âge, Monsieur A. n'a qu'à se laisser soigner, je sais ce qu'il lui faut ! ».

Elle émet l'idée que peut-être Monsieur A. n'est plus en mesure de rester chez lui compte tenu de son état physique et psychique et surtout de son rejet d'aide. Il est trop vieux.

Nous revoyons Monsieur A. Il souhaite rester chez lui et nous lui proposons donc une alternative. Il accepte. Un service de soins est sollicité pour les soins corporels et un portage de repas à domicile est mis en place.

Quelques mois plus tard, nous apprenons que l'état général de Monsieur A. s'est profondément altéré (déshydratation, problèmes de cohérence, perte de repères, incontinence). Il est placé en établissement.

## Analyse de la situation

### Analyse contextuelle

Sur un plan social, le contexte de vie de Monsieur A. était déjà très précaire avant le début de la prise en charge. Il était très isolé : peu de contacts familiaux, pas de relation sociale faute d'intégration réelle à son environnement depuis son arrivée en France. Le point de rupture se situe au moment du décès de sa femme.

Tout semble alors basculer dans sa vie, il s'installe dans la solitude et un grand dénuement affectif et psychologique. Le début de sa dépendance apparaît d'ailleurs avec ce deuil très douloureux (mobilité difficile, malnutrition, dépression).

Cependant, Monsieur A. a toujours assez de désir de vivre pour demander de l'aide.

Au vu de sa démarche, de la relativité de sa dépendance (il pouvait encore effectuer seul transferts et déplacements, s'alimenter, prendre en charge les soins d'hygiène courants), de la configuration des lieux (maison confortable et adaptée) et de ses centres d'intérêt ou projet de vie (lien avec Axel), nous pensions que Monsieur A. disposait encore de suffisamment de ressources pour sauvegarder et améliorer son maintien à domicile.

### Questionnements éthiques

Pourquoi l'intervention n'a-t-elle pas fonctionné ? Pourquoi Monsieur A. s'est-il senti dépossédé de son autonomie, maltraité dans son intégrité à travers le travail d'Annie au point de renoncer à tout projet de vie malgré une organisation qui rendait possible, sur le plan matériel en tout cas, cette continuité à la maison ?

Face à la longue période de 7 mois sans intervention de l'assistante sociale, pourquoi l'auxiliaire de vie ou Monsieur A. n'ont-ils pas jugé bon de demander de l'aide la seconde fois ? Résignation devant un fait accompli de Monsieur A., épuisement professionnel de l'auxiliaire de vie ? Comment éviter cela ?

Plusieurs axes semblent se dégager de cet exemple de vie à domicile pour comprendre cet échec.

La difficulté de communication était déjà un important obstacle qu'il fallait prendre en compte. Au fil du temps, nous avons vu que cette barrière de la langue était si étanche, aggravée aussi par le profil psychologique de Monsieur A. assez ambivalent (à la fois demandeur et résistant), que les échanges seraient difficiles. La construction d'une relation interpersonnelle indispensable à ce type de soins était compromise.

Une dimension culturelle vient se greffer à cette première difficulté : Monsieur A. a des goûts, des habitudes dans sa façon de se nourrir auxquelles Annie ne peut souscrire faute de connaissances et ensuite faute de vouloir accéder à la culture différente. Annie n'avait pas les moyens d'accepter ou reconnaître la légitimité des demandes de Mon-

sieur A. qui s'est senti peut-être spolié dans son identité.

Enfin, le contexte psychologique dans lequel se déroulait l'aide était une donnée essentielle pour l'évaluation puis la mise en place de l'aide. Annie ne reconnaissait pas suffisamment l'histoire personnelle actuelle de deuil de Monsieur A. pour comprendre son incidence conséquente sur sa manière de vivre : presque toute l'existence de Monsieur A. se ramassait autour des souvenirs, d'un passé : c'était une question de survie (« j'ai du mal à vivre sans elle », dit-il). Il est facile de voir ici comment une personne avec les meilleures volontés peut être délétère. En rangeant les effets personnels de l'épouse défunte, en réorganisant les lieux, la chambre, Annie pensait faire place nette, « balayer » le passé de Monsieur A. représenté, pour elle, par l'immobilisme des choses, « chasser » ce côté morbide du comportement de Monsieur A. Pour Annie, l'efficacité de l'aide passait par là : aider Monsieur A. à oublier ce passé pour le rendre à la vie ce qui, dit-elle « était plus sain ». Ce souci de bien faire, ce besoin d'être efficace ont bousculé les repères qui structuraient la vie quotidienne de Monsieur A. et l'aidaient à tenir. Il était en droit d'attendre que l'on respecte son deuil, qu'on lui laisse le temps dont il avait besoin pour intégrer cette réalité peu supportable qu'était son veuvage puisqu'il n'était pas en « danger » immédiat (il mangeait, se levait...). Si une reconstruction était possible, elle aurait pu se travailler autrement et ultérieurement.

Dans le cas qui nous occupe, Monsieur A. a été traité comme un objet de soin, non pris en compte dans la globalité de son être et son refus de manger a peut-être été sa réponse à cette forme de « violence », une façon d'être encore autonome.

L'aide à domicile, se basant sur de bonnes considérations ici, ne peut-elle pas être assimilée à une forme de maltraitance puisqu'elle a contribué à un véritable phénomène de glissement du sujet soigné d'un équilibre certes fragile mais compatible avec une vie à domicile vers un état grabataire ?

## Conclusion

Comment sortir de telles impasses ?

Quand la personne n'est pas très dépendante, la situation est difficile car l'analyse des capacités d'autonomie physique et psychique est à revalider très régulièrement. Comment se donner la peine de le faire au fil des semaines quand l'aide à domicile n'est pas formée à cette remise en question permanente ? Comment aider les auxiliaires de vie qui sont seules à domicile à prendre des décisions parfois très importantes du point de vue fonctionnel alors que peu de soutien de ces professionnelles n'est fourni puisque les assistantes sociales ont des dizaines de personnes à évaluer ? Dans notre situation, cette femme jeune était d'un niveau scolaire primaire, sans réelles notions de psychologie ou de culture, armée de sa seule bonne volonté et de son expérience de terrain. Les réunions trop rares, certes, lui avaient cependant permis de dire qu'elle s'était trouvée très démunie. Elle a fait avec ses ressources personnelles nourries des représentations circulant communément à l'égard de la santé, du deuil, de ce « qui est bon ». Elle a, faute de moyens (formation, échanges, écoute d'autres professionnelles) agi sans vraiment comprendre l'objectif et le sens de la mission qui était d'aider Monsieur A. à poursuivre sa vie dans le respect de sa singularité.

Si la divergence de vue sur la vie, sur la façon de vivre entre cet homme et cette femme n'a pas permis cette alliance, cette situation de personne très âgée (plus de 90 ans), seule socialement et familialement, mais avec une indépendance encore importante va augmenter en nombre dans les années à venir. Avant même d'alourdir la formation des auxiliaires de vie, ne faut-il pas envisager de mettre en réseau toutes les aides potentielles (médecin traitant compris) avec des temps de réelles analyses des situations qui permettront de discerner les difficultés et les questions éthiques qui ne peuvent pas manquer d'apparaître au fil de la vie d'un tel patient en vue d'éviter toute situation de non-bienveillance voire de maltraitance ?