

E.N.S.P

**INSPECTEURS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
PROMOTION 1998-2000**

**LA PROMOTION DE LA QUALITE POUR FAIRE ECHEC A LA
MALTRAITANCE DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL DES
PERSONNES AGEES DEPENDANTES
UNE INITIATIVE INNOVANTE DANS LE DEPARTEMENT DE L'ESSONNE**

BICHAT Marie-José

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
PREMIÈRE PARTIE : LE CONTEXTE ET LES MOYENS LOCAUX	9
A/ LES CARACTERISTIQUES DU DEPARTEMENT	9
1 - L'Essonne, un département confronté à un problème de vieillissement aigu	9
2 - Les problèmes physiques motivent plus de la moitié des entrées en maisons de retraite	10
3 - Une sur représentation du secteur privé commercial	11
4 - Un très faible taux de médicalisation	12
5 - Une inadaptation des structures aux problèmes de dépendances liée à l'histoire	12
B/ UNE VOLONTE LEGISLATIVE FORTE POUR UN ACCUEIL DE QUALITE DES PERSONNES AGEES	13
1 - La réforme de la tarification : des dispositions nouvelles et obligatoires qui imposent un nouveau regard sur la dépendance et la prise en charge des personnes âgées	13
2 - La signature de conventions tripartites : un engagement vers la qualité et une proposition de cadrage innovante impulsée dans le département	16
C/ UNE MALTRAITANCE MUETTE QUI PEUT ÊTRE PRÉVENUE	18
1 - Les moyens en personnel, leur formation sont des gages de qualité et de prévention	18
2 - La sensibilisation aux maltraitances institutionnelles devrait être incontournable	19
3 - Une coordination gérontologique à développer	20
4 - Des outils d'évaluation de la qualité possibles :	22
5 - La prise en charge de la dépendance est confrontée aux donnes financières et des prestations de qualité ont un coût	23
A/ UNE INITIATIVE SPECIFIQUE : LA « CELLULE PERSONNES AGEES »	26
1 - Une volonté commune de l'Etat et du Département concrétisée par la « cellule personnes âgées » :	26
2 - La procédure de traitement et de suivi après le recueil des plaintes faite sur trois niveaux	27
3 - une mobilisation de multiples services qui doivent se coordonner en fonction des dysfonctionnements repérés :	29
4 - L'analyse des plaintes à partir des données recueillies auprès du secrétariat de la cellule « personnes âgées » :	30
5 - Un premier bilan annuel de la cellule en vue d'une reconnaissance :	33
B/ LES LIMITES DE LA DÉNONCIATION DE LA MALTRAITANCE :	35
1 - Des limites liées à des facteurs individuels et personnels	35
2 - Dans quelles mesures la législation actuelle anticipe-t-elle sur la maltraitance ?	36
3 - Les limites de la procédure de traitement des plaintes, des harmonisations à développer :	38
4 - Les limites de la réactivité de la cellule face à un contexte politique qui n'est pas négligeable :	39
5 - Les limites imposées par le contexte administratif et la fluctuation de la qualité des prises en charge dans le temps : l'exemple de la maison de retraite de C.	41
C/ A PARTIR DES INITIATIVES LOCALES RICHES, DES PROPOSITIONS POSSIBLES	44
1 - ACCROITRE L'EFFICACITE DE LA CELLULE	44
2 - MUTUALISER LES ENERGIES	45
CONCLUSION	48

REMERCIEMENTS

J'adresse tous mes remerciements à celles et ceux tant de la DDASS que du Conseil Général qui m'ont aidée dans la rédaction de ce mémoire de fin d'études et m'ont donné si facilement accès à leurs informations.

Je tiens tout particulièrement à remercier Aurore BIRBA-BACHET, Richard CHEF Emmanuelle SALINE, et Evelyne BARR pour leur soutien, ainsi que les Directeurs d'établissements pour personnes âgées pour leur accueil et leur disponibilité .

INTRODUCTION

Nous sommes aujourd'hui à un tournant de notre société du fait de deux constats :

La part des plus de 60 ans s'accroît, elles représenteront en l'an 2000, 14.7 % de la population totale et 18 % en l'an 2010 dans le Département de l'Essonne, selon la dernière étude de l'INSEE, effectuée en 1996.

Une clarification s'impose : le terme « personnes âgées » intègre les personnes de soixante ans et plus. Aucune homogénéité n'est possible dans cette classe d'âge car il peut s'agir aussi bien d'une personne de soixante ans, qui peut-être encore en activité, qu'une personne de plus de quatre-vingt dix ans dépendante et vivant en maison de retraite.

Aussi dans le cadre de cette étude seules les personnes âgées dépendantes seront étudiées.

L'espérance de vie augmente et pose de nouveaux problèmes. L'entrée dans le grand âge accroît la dépendance en fin de vie. Les familles sont confrontées à ce phénomène qu'elles assument de plus en plus difficilement.

Dans 45 % des cas le motif d'entrée dans un hébergement collectif est lié à des problèmes de dépendance physique, suivis des problèmes de dépendance psychique et d'isolement, selon l'étude faite en 1995 dans l'Essonne par l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France.

Quelques ouvrages tel que celui de Denis LABAYLE – « La vie devant nous, enquête sur les maisons de retraite » ou de René HUGONOT – « La vieillesse maltraitée » - ont jeté un pavé dans la mare en abordant le problème de la prise en charge des personnes âgées en institution.

Régulièrement des articles de presse surgissent pour dénoncer des conditions d'hébergement désastreuses. Pour n'en citer qu'un : Essonne Matin, quotidien du

département dans lequel s'est effectué cette étude, titre, le 17 août 1999 « Maisons de retraite : une lutte sans merci contre les abus ». Elles deviennent un « commerce juteux » pour les uns, une clientèle captive pour les autres. Tantôt objet de convoitise et des meilleurs soins lorsqu'elles en ont les moyens, tantôt objet de négligences, les personnes âgées de par leur nombre, de par l'évolution de la pyramide des âges, des progrès médicaux sont une population qui mérite toutes les attentions.

De fait, la prise de conscience des pouvoirs publics a évolué au cours de bientôt quarante années d'actions en faveur des personnes âgées dont l'origine remonte à la création de la Commission d'Etudes des Problèmes de la Vieillesse présidée par Pierre LAROQUE (1960). Celle-ci concluait déjà sur l'idée de faire évoluer une politique d'assistance aux vieillards, vers une politique centrée sur leur autonomie et leur participation à la vie sociale.

Elle s'est renforcée à travers divers textes de lois visant à améliorer l'accueil des personnes âgées dépendantes en établissements.

Ainsi l'article 49 de la Loi n°75-536 du 30 juin 1975 sur l'accessibilité des personnes handicapées¹, a été suivi par les Programmes MAPA (Maison d'Accueil pour les Personnes Agées – juin 1980), MAPAD (Maison d'Accueil pour les Personnes Agées Dépendantes) et MAPAR (Maison d'Accueil pour Personnes Agées en milieu Rural) pour aboutir au vote de la Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 qui tend , « *dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance* ». Il en sera question plus loin dans cette étude.

Pour autant, cette dépendance est-elle bien prise en compte ? Quels moyens institutionnels la société se donne-t-elle ou est-elle prête à se donner pour vérifier le bon fonctionnement des structures d'accueil qui sont appelées à héberger une bonne partie de la population ? En effet, des dysfonctionnements peuvent conduire à une maltraitance dite « institutionnelle » qui est d'autant plus pernicieuse qu'elle est

¹ Depuis, le Décret du 4 août 1980, l'arrêté du 24 décembre 1980 et la circulaire du Ministère de l'Urbanisme et de Logement ont précisé l'accessibilité et l'adaptabilité des structures aux besoins de personnes âgées en fauteuils roulants

muette : une insuffisance de personnel peut se traduire par un manque de soins, le délaissement par une fin de vie plus précoce.

Problématique de l'étude

L'objet de mon propos sera de m'interroger sur les moyens que l'Administration se donne pour mener à bien sa mission de contrôle et de surveillance des structures d'accueil des personnes âgées dépendantes ainsi que sur les moyens éventuels mis en œuvre pour remédier aux dysfonctionnements constatés.

Pour ce faire, il s'agira de repérer les outils utilisés pour évaluer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution (projets d'établissement grilles, référentiels, plaintes).

La dissection de la procédure de la gestion des plaintes, avec des exemples à l'appui, permettra d'analyser sa complexité et les difficultés rencontrées.

Une expérience inter institutionnelle appelée « cellule signalement des personnes âgées », est actuellement initiée dans le Département de l'Essonne depuis un an. Elle s'est créée grâce à une volonté commune de la DDASS et du Conseil Général, elle est une expérience innovante. . Il peut être intéressant de la décrire et d'analyser si, telle qu'elle est organisée, elle peut être une bonne réponse au problème de la maltraitance en établissement.

Cette nouvelle réactivité soulève des questions d'éthique et de droit qui intéressent autant l'origine des plaintes que la procédure concernant leur gestion. L'articulation des réponses inter institutionnelles est complexe et fait l'objet au moment de la rédaction de ce mémoire d'une réflexion entre les acteurs concernés. Une analyse des difficultés sera abordée.

A travers les dispositifs existants et les nouvelles dispositions légales telle que la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées

dépendantes, il conviendra de s'interroger sur les difficultés perçues par les acteurs du terrain et sur les perspectives d'évolution.

Un projet de partenariat entre la cellule et un groupe de travail réuni pour la rédaction d'une convention cadre entre les établissements, l'Etat et le Conseil Général, pourrait être enfin envisagé afin d'engager les structures dans une démarche soucieuse de la qualité de leur prestations et du bien être des personnes âgées dépendantes.

Pour conclure, la dynamique qu'impulse l'inspecteur de la DDASS en mobilisant autour de lui une synergie de surveillance et de contrôle est un moyen d'engager les établissements dans une réflexion sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées dépendantes. Il pourrait s'appuyer sur un programme informatique spécifique au département dont la première utilité serait de coordonner les services simultanément afin d'améliorer leur réactivité et la prise de décision.

Cadre de l'Etude et méthodologie

Le cadre de cette étude sera, tout d'abord, resitué au travers des données démographiques, structurelles et institutionnelles du département .

Elles se limite géographiquement aux établissements implantés dans l'Essonne (91) sans aucune autre distinction et intéresse la participation des fonctionnaires de l'Etat ou des Collectivité de ce département.

Les données recueillies aux fins de cette étude l'ont été à travers :

- la lecture de textes législatifs et réglementaires, d'ouvrages et d'articles de revues spécialisées ;
- l'étude de plaintes et de rapports rédigés dans le cadre de contrôle et d'inspection ;
- les rencontres avec les acteurs : personnels de l'Administration Centrale , de la DDASS, du Conseil Général, de la Direction Départementale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DCCRF), du Parquet

d'Evry, des directeurs d'établissements et de service de long séjour, de membres de l'association ALMA (numéro vert pour signaler la maltraitance des personnes âgées). Les entretiens se sont pour partie effectués librement, certains ont fait l'objet d'une grille mais l'option de laisser les échanges se faire spontanément et ouvertement a toujours été privilégiée.

- la participation à des visites de conformité des établissements pour la création d'une Section de Cure Médicale ;
- la participation à des visites d'inspection ;
- la participation aux réunions de la « cellule signalement des personnes âgées » et aux séances des groupes de travail réunissant des directeurs d'établissement, des membres de la DDASS, du Conseil Général, de la CRAMIF dans le cadre d'une réflexion sur l'élaboration d'une convention tripartite type.
- Des rencontres sur site avec les directeurs d'établissements ;

Leur choix s'est opéré en veillant à ce que les directeurs exercent dans des structures de statuts différents : un établissement privé à but lucratif, un établissement associatif à but non lucratif, un établissement public rattaché à une structure hospitalière.

Leur motivation pour une réflexion et une amélioration de la qualité au sein de leur structure a été un élément déterminant.

Ces entretiens ont tous duré plus de deux heures, avec pour support le questionnaire d'auto évaluation élaboré par la mission MARTHE. Chaque entretien a été suivi d'une visite de l'établissement, prétexte à d'autres échanges.

Les directeurs rencontrés ne sont pas représentatifs de l'ensemble du corps, ni des institutions. Comme un des critères de sélection a été leur motivation pour promouvoir la qualité, leur avancement dans la réflexion était à l'image de leur structure.

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE ET LES MOYENS LOCAUX

Les moyens mis en œuvre dans le département de l'Essonne pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées dépendantes et ce dans des conditions d'accueil et de qualité optimales, présentent quelques caractéristiques qu'il est intéressant d'aborder en premier lieu afin de situer le cadre d'intervention des services du Département et de l'Etat.

En effet, les projections démographiques évoquées en introduction, concernant les personnes âgées sont préoccupantes. La capacité d'accueil dans les structures d'hébergement collectif dans les années à venir risque d'être insuffisante et nécessite une meilleure adaptation pour la prise en charge de la dépendance.

Ce phénomène que d'aucun qualifierait « de masse » doit être l'objet d'une vigilance particulière de la part des services de l'Etat et du Conseil Général d'autant que la maltraitance des personnes âgées en institution peut en être le corollaire. Une formation spécifique appelée « cellule personnes âgées » tente dans un premier temps de répondre aux plaintes relatives aux établissements. Afin d'analyser cette première réponse inter institutionnelle les contours de son champ d'action et de ses caractéristiques doivent être définis.

A/ LES CARACTERISTIQUES DU DEPARTEMENT

1 L'ESSONNE, UN DEPARTEMENT CONFRONTE A UN PROBLEME DE VIEILLISSEMENT AIGU

Selon les projections de l'INSEE, l'Essonne apparaît comme le département qui va connaître , en valeur relative, *la plus forte croissance du nombre de personnes âgées dans la tranche d'âge des 75 ans et plus, entre 2000 et 2010* (soit plus 25.8 %), si on le compare avec les chiffres de l'Ile de France (24.7 %) et la France entière (22.9 %).

Cette caractéristique s'explique par l'installation entre les années 1962 et 1975, de nombreux provinciaux, parisiens et habitants de la petite couronne recherchant des conditions de logement plus favorables. Cette population arrive à l'âge de la retraite aujourd'hui.

Les chiffres relatifs aux personnes de plus de 80 ans sont préoccupants : même si cette tranche d'âge est actuellement en baisse car elle correspond au déficit des naissances provoqué par la première guerre mondiale, et ce jusqu'à la fin du siècle, les effectifs des 80-85 ans seront en augmentation à partir de 2001 jusqu'à croître d'un tiers entre 1996 et 2006.

Or, nous savons que l'âge moyen d'entrée en maison de retraite se situe aujourd'hui autour de 85 ans. En conséquence la capacité d'accueil actuelle des structures dans l'Essonne peut faire face aux besoins jusqu'en 2000 mais la question de l'avenir reste posée, particulièrement au delà de 2005 où une accélération de la croissance de cette tranche d'âge est prévue.

2 - LES PROBLEMES PHYSIQUES MOTIVENT PLUS DE LA MOITIE DES ENTREES EN MAISONS DE RETRAITE

Plus de moitié des entrées en maison de retraite se font suite à des problèmes physiques (55% en maison de retraite et 45% pour l'ensemble des établissements), suivis des problèmes de dépendances psychiques (29%), le rapprochement familial n'est cité que dans 18 % des cas.

Les accueils en long séjour sont quant à eux motivés pour 76 % des cas par une dépendance physique.

Les maisons de retraite privées lucratives accueillent une proportion plus importante de personnes âgées pour des problèmes physiques que les maisons de retraite publiques (64.5% contre 53.8%) ou privées non lucratives (40.2%)².

² Source ORS Ile de France « Les personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement de l'Essonne » 1995

On peut retenir donc que globalement la principale motivation d'entrée dans une structure est la dépendance physique, qu'elle se fait tardivement et en plus forte proportion dans les maisons de retraite privées. Ces éléments sont à rapprocher peut-être du succès de la politique de maintien à domicile mise en place.

3 - UNE SUR REPRESENTATION DU SECTEUR PRIVE COMMERCIAL

Pour faire face à cette demande actuelle et à venir qui relève du fort accroissement démographique de la population de plus de 80 ans dans les six années à venir, la politique départementale doit anticiper sur les évolutions. Elle a pour principal outil un Schéma Gérontologique Départemental prévu pour la période 1999-2004. Il y est préconisé un financement des mesures d'adaptation des structures plutôt que des mesures de création de places.

L'Essonne a 144 institutions publiques et privées offrant 9665 places d'hébergement collectif, au 3.11.1999, (hors APHP) dont :

84 maisons de retraite, soit 5549 places

51 logements foyers, soit 3360 places

7 services de soins de longue durée, soit 756 places.

Concernant les statuts des établissements, il ressort que :

53 établissements publics ou associatifs sont habilités aide sociale, soit 3836 places et représentent 40% du parc général,

53 établissements publics ou associatifs ne sont pas habilités aide sociale, soit 3272 places (dont 2710 places en logements foyers),

38 établissements ont un statut commercial, soit 2557 places, dont 2475 en maisons de retraite.

L'Essonne est le département en France le plus doté de maisons de retraite de statut privé, elles représentent 45 % de l'offre d'hébergement.

4 – UN TRES FAIBLE TAUX DE MEDICALISATION

C'est la dernière caractéristique d'importance. Le taux de médicalisation des maisons de retraite est de 28.26 % alors que la moyenne régionale est de 37.7 % (avec des « pointes de 48 à 53 % dans certains départements). Certains qualifient l'Essonne de « lanterne rouge » dans ce domaine.

55 % des lits en maison de retraite publiques ou associatives habilitées sont autorisés en SCM contre 0.04 % en maison de retraite à but lucratif au 3.11.1999. L'analyse des données fait ressortir que, en dehors des foyers logements dont ce n'est pas la vocation, les maisons de retraite à statut commercial sont les moins médicalisées.

Or, ces dernières représentent près de la moitié du parc, et elles accueillent majoritairement des personnes âgées dépendantes. Le rapprochement des chiffres laisse très interrogatif quant à la nature de la prise en charge des personnes âgées, mais réveille également une certaine perplexité quant à la politique menée en leur faveur...

5 –UNE INADAPTATION DES STRUCTURES AUX PROBLEMES DE DEPENDANCES LIEE A L'HISTOIRE

Historiquement l'accueil des personnes âgées dans d'anciennes maisons bourgeoises a été développé. L'entrée en maison de retraite se faisait alors que les personnes étaient encore valides.

Ces maisons sont pour la plupart de statut privé à but lucratif et ont été créées avant la loi de 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, et n'étaient donc pas soumises à une autorisation d'ouverture. Elles ont bénéficié d'une autorisation de fonctionner par voie administrative auprès du Conseil Général, après cette loi. Elles n'ont pas fait pour autant l'objet d'une visite systématique.

Elles rencontrent aujourd'hui des problèmes d'adaptabilité à la dépendance des pensionnaires aujourd'hui notamment lorsqu'il s'agit de constructions anciennes.

Le Schéma Gérontologique Départemental précise d'ailleurs qu'outre les maisons de retraite privées, « nombre d'établissements publics ou associatifs à but non lucratif ne sont pas en état de satisfaire aux recommandations » figurant dans le décret du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

La question se pose alors des risques potentiels qu'encourent les personnes âgées dépendantes dans les institutions, et des moyens mis en œuvre pour veiller à des prestations de qualité.

L'attention du lecteur peut être déjà appelée, au travers de ces éléments contextuels, sur un ensemble d'indicateurs qui pourraient suggérer une forme de maltraitance institutionnelle qu'il y a lieu de souligner : croissance démographique des plus de 85 ans à partir du début du siècle, problèmes d'adaptabilité des locaux, faible médicalisation, méconnaissance du fonctionnement de certaines structures.

B/ UNE VOLONTE LEGISLATIVE FORTE POUR UN ACCUEIL DE QUALITE DES PERSONNES AGEES

1 – LA REFORME DE LA TARIFICATION : DES DISPOSITIONS NOUVELLES ET OBLIGATOIRES QUI IMPOSENT UN NOUVEAU REGARD SUR LA DEPENDANCE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Depuis la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, le financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes n'interviendra plus en fonction de leur statut mais en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies.

Cette réforme de la tarification a pour ambition de répartir les charges entre les prestations qui relèvent du soin, de la prise en charge de la dépendance, et de l'hébergement.

Comment concilier la maîtrise des dépenses de santé avec l'augmentation de la charge de travail qu'induit la dépendance des personnes âgées en institution ? Cette question soulève le problème du financement de la réforme au regard des exigences

liées à la promotion de la qualité des prestations (annexe du décret du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges des conventions tripartites). Et le financement a un impact direct sur la qualité des prestations rendues aux pensionnaires en établissement.

Pour ce faire, un classement en Groupes Iso Ressources de 1 à 6 est opéré auprès de chaque personne résidente selon la grille AGGIR³. Cette grille permet d'apprécier la capacité de la personne à effectuer les actes de la vie courante (toilette, alimentation). Elle est ensuite classée dans un Groupe Iso Ressource.

Budgétairement cette classification se traduit par l'attribution de points : les personnes classées en GIR 1 sont les plus dépendantes, le GIR 1 « vaut » 1000 points⁴ et ce nombre est dégressif en fonction de l'état de dépendance de la personne, le GIR 6 « vaut » 70 points.

Le « girage » est un outil qui va déterminer le financement à terme de l'établissement car chaque établissement doit être calculer son « GIR Moyen Pondéré » (GMP) qui correspond au nombre de points GIR divisé par le nombre de personnes résidentes.

Il est ainsi très rapidement possible de savoir si un établissement accueille une forte proportion de personnes âgées dépendantes grâce à cet étalon.

Plus le GMP est élevé, plus la prise en charge au titre de la dépendance est importante et le nouveau financement de l'établissement doit s'y référer.

Cette disposition de la réforme soulève deux remarques d'importances :

Le « girage » relève de la responsabilité de la Direction de chaque établissement. Il apparaît toutefois qu'à l'occasion du dépouillement d'un questionnaire du Conseil Général adressé à l'ensemble des structures en juin 1999 dans lequel il leur était demandé de faire état de leur GMP, certains directeurs de structures privées ignoraient ce à quoi il était fait référence. Cette absence d'intérêt pourrait être le reflet de l'ancrage du secteur marchand ou seule la rentabilité financière importe. Des formations existent et peuvent être financées dans le cadre du 1 % patronal, ceci afin de démonter l'argumentation du coût supplémentaire parfois invoqué. D'ailleurs il n'y a pas de réponse globale du Conseil Général : un des médecins en charge de la

³ AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources

⁴ Comme le préconise la loi, le girage détermine la Prestation Spécifique Dépendance qui dans ce cas sera versée directement à l'établissement.

PSD sur un secteur gérontologique a évalué qu'il fallait un ETP (Equivalent Temps Plein) pendant une année pour procéder au girage de toutes les structures du département.

Par ailleurs, les textes ne précisent pas suffisamment la qualification requise pour les personnes devant procéder au « girage », notamment lors de l'entrée en établissement d'une personne âgée lorsqu'il n'y a pas d'équipe médico-sociale qui y est rattachée (article 3 de la loi du 24 janvier 1997). Dans l'idée où il s'agit de former des personnes au sein de la structure à cette démarche, qui doit-on choisir ?

La question se pose notamment lorsque des structures ne fonctionnent qu'avec les personnels soignants libéraux.

Dans cette configuration, on peut s'interroger sur la qualité du girage effectué. Les conséquences d'une absence de girage seront que l'établissement ne pourra plus accueillir de personnes âgées dépendantes car il ne répondra pas aux exigences de la réforme et ne pourra pas être conventionné.

Les acteurs du terrain restent toutefois très interrogatifs quant à la mise en œuvre de la réforme.

Le dispositif est complexe : les établissements sont invités à présenter un double budget prévisionnel pour l'an 2000, l'un comprenant la nouvelle tarification, l'autre identique aux années précédentes afin d'anticiper sur les coûts supplémentaires à venir pour les financeurs.

Tous les interlocuteurs rencontrés s'accordent sur l'idée que la réforme va vers une plus grande « justice sociale » mais qu'elle « n'a pas été assez pensée dans ses applications » selon les termes d'un médecin conseil du département.

En effet, la mise en œuvre concrète du nouveau financement reste indéterminée dans le temps. Elle dépend de l'état d'avancement des établissements dans le girage de leurs résidents, et de la signature d'une convention tripartite avec l'Etat et le Département, obligatoire pour tout établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. Son élaboration doit s'appuyer sur des recommandations énoncées dans l'arrêté du 26 avril 1999 sans pour autant qu'un cadrage précis ne soit donné par les auteurs de ce texte.

Face à ces incertitudes, deux positions des directeurs de structures se dessinent : l'une « attentiste » sachant que d'autres textes doivent paraître (notamment sur la

réforme de la « loi de 75 » relative aux établissements médico-sociaux, et l'application des « 35 heures »), l'autre plus « volontariste » qui tend à anticiper sur les réalisations en faisant des propositions de cadrage. Au 15 novembre 1999, seulement dix établissements ont fait une demande de conventionnement sur le département, dont la moitié sont des établissements commerciaux.

Aussi, dans l'attente d'une clarification à venir, des pistes de réflexions sont lancées sur le département afin de saisir l'opportunité de ces nouvelles dispositions législatives pour engager les établissements dans une réelle démarche d'amélioration de la prise en charge de leurs résidents

2 – LA SIGNATURE DE CONVENTIONS TRIPARTITES : UN ENGAGEMENT VERS LA QUALITE ET UNE PROPOSITION DE CADRAGE INNOVANTE IMPULSEE DANS LE DEPARTEMENT

Dans le cadre de la réforme, une convention pluriannuelle doit être signée entre les directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, le Conseil Général et la DDASS en tant qu'autorité compétente pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

L'annexe de l'arrêté du 26 avril 1999 en fixe le contenu du cahier des charges au travers de recommandations. Il devra préciser les évolutions en termes architectural, de dispositifs de sécurité, d'adaptabilité à la dépendance, de personnels et l'engagement de l'établissement dans une démarche d' « assurance qualité ».

Un groupe de travail initié dans le département réunit des directeurs d'établissements, tous statuts confondus et représentatifs de différentes fédérations, des représentants de la CPAM⁵, du Conseil Général et de la DDASS.

L'ambition du groupe est de proposer une « convention type » dans laquelle seront énoncées les conditions minimales exigibles, ou à remplir dans les cinq années suivant la signature, pour qu'un établissement puisse accueillir des personnes âgées dépendantes.

⁵ CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

L'originalité des propositions du groupe de travail sera d'inscrire dans la convention la fixation des taux d'encadrement minimaux en personnels, non pas en fonction des GIR, mais en fonction du temps de travail que la dépendance nécessite à partir de l'expérience des acteurs.

Pour mémoire, les taux d'encadrements globaux recommandés par le CROSS⁶ (0.60 par lit dont 0.30 personnels soignants) ne se réfèrent qu'au nombre de « lits » sans tenir compte de l'état des personnes qui les occupent.

Le groupe propose de croiser le GMP de l'établissement signataire avec la grille de Monsieur VETEL, gérontologue, qui lui a donné son nom.

L'intérêt de cette « grille VETEL » est de déterminer la charge de travail induite par la dépendance, à domicile ou en établissement.

Un temps moyen nécessaire à l'accompagnement de la personne âgée dans les actes de la vie courante (lever, couchage, toilette, alimentation, déplacement...) a été attribué pour chaque GIR: il faut 3h30 d'aide à la personne pour un GIR 1, 3 heures pour un GIR 2...(Cf. Annexe)

Il est, en effet, beaucoup plus « rationnel et juste » de se référer à la charge de travail supplémentaire qu'implique la présence en nombre de personnes âgées très dépendantes.

Actuellement la très grande majorité des maisons de retraite dans l'Essonne n'atteint pas les taux d'encadrement recommandés par le CROSS. Le groupe propose de fixer des taux minimaux vers lesquels doivent tendre les établissements, un minimum au dessous duquel une prise en charge des personnes âgées ne peut être admissible au risque de cautionner une évidente maltraitance par manque de personnels.

⁶ Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale d'Ile de France dans sa séance du 12 février 19980

C/ UNE MALTRAITANCE MUETTE QUI PEUT ETRE PREVENUE

1 – LES MOYENS EN PERSONNEL, LEUR FORMATION SONT DES GAGES DE QUALITE ET DE PREVENTION

L'insistance que je mets dans cette approche n'est pas neutre. Lorsqu'on se réfère aux causes de maltraitements, le manque d'effectif est bien souvent à l'origine d'un « burn out » des personnels. Les soins sont bâclés, les personnes âgées confinées sur leur chaise ou dans leur lit, leur fin de vie plus rapide.

Un souci constant du bien être des personnes âgées ne peut se passer de s'intéresser à celui des personnels.

La loi prévoit que l'établissement formalise un plan de formation pluriannuel. Cette ambition est « louable » si la structure a au préalable un taux d'encadrement suffisant, et s'il existe une réelle politique de formation continue dans le temps.

La réflexion sur les notions de qualification et de compétence s'engage rapidement : un personnel non qualifié peut être compétent et... inversement, et il relève de la responsabilité des directeurs de l'évaluer et de permettre à ses salariés d'accéder pleinement à leur droit à la formation. Il est évident que la perspective du « retour sur investissement » se fait à long terme et que cette politique relève d'une véritable gestion des ressources humaines qui promeut la qualification de ses salariés et valorise leurs compétences acquises.

Ce constat soulève la question de la formation elle même des directeurs d'établissements pour lesquels aucun diplôme particulier n'est exigés. A l'heure actuelle, toute personne disposant d'un capital suffisant peut acheter et gérer une maison de retraite quelle que soit sa formation ou son absence de formation. Un véritable statut des directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées devrait être créé.

Ainsi cette absence d'exigence peut se traduire par des dysfonctionnements importants, notamment en terme de gestion des personnels :

lors d'une inspection, suite à des plaintes auprès de la DDASS, il est apparu que la directrice d'un établissement privé à but lucratif pour répondre aux exigences normatives du Conseil Général en vue d'obtenir une autorisation d'extension, avait recruté des aides-soignants en nombre. La réaction des auxiliaires de vie a été violente car cet apport de personnels qualifiés a été vécu comme une menace et une non reconnaissance de leurs compétences. Une situation extrêmement tendue s'en est suivie avec des conséquences sur la prise en charge des pensionnaires importantes.

Les textes ne précisent pas la nature des formations, mais il serait intéressant qu'au delà des formations qualifiantes ou diplômantes une programmation soit faite au sein des établissements pour une formation l'accompagnement en fin de vie. Pour mémoire, la durée moyenne de séjour des personnes âgées en institution est de trois ans. Les services de cancérologie, ou de soins palliatifs, ont saisi depuis longtemps l'enjeu d'une formation spécifique auprès des soignants face à la mortalité importante des patients. Un meilleur accompagnement des personnes âgées « jusqu'au bout » passe aussi, à mon sens, par celui des personnels d'autant que cela est un gage de prévention d'une maltraitance dont on parle peu. Le développement de cette politique de formation pourrait s'appuyer sur les réseaux existants extérieurs à l'établissement, tel que les réseaux gérontologiques lorsqu'ils sont effectifs.

2 – LA SENSIBILISATION AUX MALTRAITANCES INSTITUTIONNELLES DEVRAIT ETRE INCONTOURNABLE

Cette dimension est loin d'être négligeable d'autant que s'y ajoute, comme l'affirme Christian HELSON, psychologue (1)(ASH n°2126 du 2 juillet 1999 p 27-28), « ...le manque de reconnaissance de la part des familles, des usagers, de la hiérarchie... »
« Deux voies s'ouvrent alors : l'usure professionnelle, (où le report de la maltraitance sur soi même) ; le passage à l'acte – verbal, physique ou par simple défaut d'attention – où la maltraitance vise l'objet de la pratique professionnelle. ».

Il est évident qu'un personnel « bien traité » sera « bien traitant » et qu'une sensibilisation à la polymorphie de la maltraitance est nécessaire afin de maintenir une certaine vigilance.

Le professeur HUGONOT cite « les maltraitances invisibles »⁷ qu'il définit comme un mode de vie tellement habituel qu'il n'est plus perçu comme tel ni par les maltraitants, ni par les maltraités.

Une formatrice de l'Association AGE ALMA⁸ auprès d'équipes de soins à domicile soulignait qu'à la question « Avez-vous été confrontés à une situation de maltraitance ? » aucune personne ne répondait affirmativement. Après une séance de sensibilisation, il s'avérait que toutes y avait été confrontées au moins une fois dès lors qu'il s'agissait de repérer des formes de maltraitances autres que physiques⁹.

Cette sensibilisation s'engage sur le terrain auprès des services de soins et d'interventions à domicile grâce à cette association, il n'y a pas de programme prévu actuellement pour les personnels en établissement. Une réflexion vers une ouverture dans ce sens serait à approfondir.

3 – UNE COORDINATION GERONTOLOGIQUE A DEVELOPPER

Une des novation importante de la réforme de la tarification est la définition des missions du médecin coordonnateur. Celui ci doit avoir une formation en gériatrie ou un DESC en gériatrie. Il élabore et met en œuvre le projet de soins, coordonne et organise les suivis médicaux des résidents, notamment avec les prestataires de soins externes à l'établissement. Il est recruté par le directeur de l'établissement qui a autorité sur lui. Ils décident ensemble des crédits consacrés aux soins.

La réalité du terrain renvoie la plupart du temps à l'absence de médecin coordonnateur ou s'il existe, à son absence de formation spécifique. De fait, les praticiens de la gériatrie sont pour la plupart des médecins généralistes et « ...aujourd'hui, la gériatrie, c'est comme le sida, les soins palliatifs ou la lutte contre la douleur, quelques heures de cours dans tous le cursus de formation du médecin » déplorait Françoise FORETTE, directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie, lors des Etats Généraux de la Santé sur le vieillissement, en 1998.

⁷ Lors de son interventions aux 1ères rencontres interdépartementales organisées par l'association AGE ALMA et le Conseil Général

⁸ AGE ALMA Association Gérontologique de l'Essonne a un numéro vert Allo Maltraitance pour les personnes âgées

⁹ idem op. cit.

De plus la coordination de l'équipe soignante et des intervenants libéraux pose la question de la légitimité et de la reconnaissance de ce médecin vis-à-vis de ses pairs, il n'y a pas de précision dans le texte sur l'adhésion de ces derniers au projet de soins de l'établissement qui doit être élaborer en commun. Imposer un mode de fonctionnement, surveiller les pratiques, avoir un regard sur les prescriptions médicamenteuses sont des opérations très délicates et là encore une sensibilisation de l'ensemble des intervenants dans le cadre des soins serait à encourager.

Les logiques financières peuvent mettre en cause la qualité des soins et leur articulation avec les partenaires extérieurs. Deux constats s'imposent :

La recherche d'une rentabilité à outrance exclue le recrutement de personnels soignants en nombre suffisant au bénéfice de personnels exerçant à titre libéral et rémunérés à l'acte par la CPAM. Ils n'ont aucune obligation de s'inscrire dans un réseau gérontologique cohérent à partir de l'établissement.

L'absence ou l'insuffisance de moyens mis en œuvre au sein des structures pour faire face à la dépendance et aux soins conduit à l'orientation des pensionnaires sur les structures hospitalières ayant une USLD.¹⁰ Or chacun s'accorde pour dire que ces unités ne peuvent se substituer à un lieu de vie propre à l'épanouissement de la personne. De plus, la logique financière de l'hôpital (PMSI) serait plutôt d'adresser les personnes âgées dès que possible dans une maison de retraite ; la meilleure illustration, un peu lapidaire certes, de ce type de dysfonctionnement est cette remarque de Jean Marie VETEL, auteur de la grille précédemment citée, et chef de service au CH du Mans :

« Dans les services de soins de longue durée, les directeurs raisonnent en fonction d'une typologie des actes médicaux, qui privilégient les interventions lourdes....Une vieille dame fatiguée qui a besoin d'être réhydratée est moins rentable qu'une autre à qui on ouvre le ventre ». Il poursuit en disant qu'«un hôpital qui a trop de personnes âgées flingue son budget. On nous pousse dans le dos pour ne pas les soigner¹¹». L'application de la réforme de la tarification impose une adaptation des maisons de retraite à la prise en charge de la dépendance. Pour mémoire, elles sont sous médicalisées et particulièrement dans le secteur marchand. On peut espérer qu'à terme elles seront toutes un lieu privilégié et suffisamment intégré à un réseau

¹⁰ USLD Unité de Soins de Longue Durée

¹¹ « Le Point » du 28 mai n°1393, page 97.

géronologique pour apporter une réponse globale autour de la personne afin d'assurer la continuité des soins dans des conditions de vie optimales.

4 - DES OUTILS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ POSSIBLES :

Des éléments d'appréciation de l'engagement de l'établissement dans le respect des nouvelles exigences liées à la réforme existent.

Les structures sont amenées à élaborer un *projet institutionnel* précisant les caractéristiques du projet de vie, d'animation et du projet de soins.

Toute la démarche qualité doit s'articuler autour d'un projet de vie qui est une démarche globale : chaque personne âgée est appréhendée dans son intégrité physique et psychique en vue d'agir à la fois sur son environnement matériel mais aussi sur l'état d'esprit devant guider toutes les actions institutionnelles. La personne âgée y a une position centrale et est actrice de sa vie, détentrice de droits et de libertés.

L'intérêt de cette approche est de construire le projet à partir de la personne âgée et dans le respect de ses droits et libertés fondamentaux même si assurer sa sécurité et sa surveillance ne sont pas toujours compatibles avec le respect de l'autonomie et des droits qui y sont associés et ce particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes âgées dépendantes. Des mesures de protection peuvent être envisagées pour une personne désorientée en contraignant ses déplacements et en les surveillants s'opposant à sa liberté d'aller et venir.

Ainsi le respect de la dignité de la personne peut être analysé à travers des éléments très concrets. A titre d'exemple, si la chambre est aussi vécue comme un espace privatif par les personnels, il ne sera plus question de les voir rentrer sans frapper ; de même si la satisfaction des besoins des personnes est au centre des préoccupations, les toilettes bâclées, le tutoiement, ne seront plus de mise et les personnes âgées auront moins à subir les contraintes d'une organisation collective qui va, pour plus d'efficacité jusqu'à proposer le dîner à 17 heures 30 le soir...

Le projet de vie dont l'élaboration doit se faire avec les personnels et la consultation des résidents, est un indicateur de l'engagement de l'établissement vers la qualité des prestations qui dépasse les aspects matériels..

Il faut y associer également *les contrats de séjour, les règlements intérieurs, qui ont l'avantage de normaliser les prestations et de les pérenniser*. Ils sont aussi des indicateurs d'une volonté de l'établissement d'intégrer et d'informer les pensionnaires de leurs droits.

A ce propos, la DDCCRF précise que sur 228 unités visitées au troisième trimestre 1998, seuls 56 % remettaient un contrat de séjour aux résidents, et que 70 % avaient un règlement intérieur.

L'existence des *conseils d'établissements*, de « *commissions menu* » incluant les pensionnaires, *la participation des familles* au sein de la structure (animation, élaboration de repas...), l'intégration de la maison de retraite dans son environnement (existence de transports en commun proches, mise en place de navettes...), sont d'autres éléments indicatifs du souci d'intégration et de la participation des personnes âgées à la vie collective.

A partir du repérage de ses outils de leur existence, leur effectivité ou la « valeur ajoutée » qu'ils peuvent apporter doit être analysée. Ils sont difficilement évaluables car il font appel à des notions subjectives et doivent être confrontés avec leur mise en œuvre sur le terrain. Certains établissements font des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, la perception par les usagers des prestations reçues est un indicateur fondamental et permet de baser une démarche qualité sur les besoins et souhaits des principaux intéressés.

5 - LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EST CONFRONTEE AUX DONNES FINANCIERES ET DES PRESTATIONS DE QUALITE ONT UN COUT.

Les rencontres avec des directeurs de structures de statuts différents motivés par la promotion de la qualité ont permis de dégager cette affirmation. L'intérêt était de confronter les recommandations relatives au cahier des charges annexé aux conventions tripartites (décret du 26 avril 1999), avec la réalité du terrain.

S'il est exigé une qualification des personnels, une formation spécifique, un taux d'encadrement suffisant et adapté au degré de dépendance des personnes âgées,

un projet de soins cohérent, une adaptation des locaux, cela représente un certain coût.

Chaque chambre doit avoir une salle de bains accessible aux fauteuils roulants, avec une douche adaptée, et le matériel spécifique (matelas anti-escarres, lève-malades...) est très onéreux même s'il est loué la plupart du temps. Ce sont des investissements qui ne sont pas nouveaux mais qui devront être systématiques et budgétés. Adapter les structures pour favoriser la circulation des pensionnaires implique de lourds travaux. A ce propos, Denis LABAYLE soulignait que les maisons de retraite sont parfois « entourées d'un parc, d'un espace extérieur verdoyant et donne une impression de sérénité et de calme. Cependant vous ne verrez personne dehors. Le majestueux escalier extérieur ne peut être ni monté ni descendu par les pensionnaires, le sol est recouvert de graviers épais ou de parcelles de gazon entourées de roses et inaccessibles aux fauteuils roulants »...

Par ailleurs, certains établissements ne fonctionnent actuellement qu'avec un personnel non qualifié (des auxiliaires de vie), connaissent des difficultés de recrutement ou ne travaillent qu'avec des soignants libéraux. Ces informations peuvent être autant de signaux d'une maltraitance éventuelle des personnes âgées.

L'approche des directeurs d'établissements est très concrète :

Prévenir par exemple l'incontinence d'une personne dépendante, « cela suppose qu'un personnel est disponible pour l'accompagner aux toilettes lorsque le besoin s'en fait sentir et non pas lorsque ce personnel en a le temps », selon les termes d'un directeur.

S'il s'agit de promouvoir la qualité de vie, l'autonomie et le respect de la liberté la structure doit prévoir des moyens suffisants pour développer les liens avec l'extérieur (sorties,...) ce qui suppose un personnel accompagnant, éventuellement un moyen de transport. Au sein de l'établissement des animations doivent être proposées, un personnel doit être recruté spécifiquement. Cependant il faut rappeler qu'il s'agit d'un droit pour la personne âgée, non pas d'une prestation exceptionnelle.

De multiples illustrations peuvent être données, et les directeurs n'en sont pas avares. Le manque de moyens peut parsemer la vie d'un résident de maltraitances infimes qu'elles soient liées aux contraintes horaires, à la surcharge de travail et

donc à l'irrespect du rythme individuel, ou encore à la vie en collectivité qui empêche de s'enquérir des souhaits de chacun. Cependant, est-ce une fatalité ?

La négligence, le délaissement, la dépersonnalisation sont autant de maltraitances qui pourraient être prévenues si d'une part la formation des personnels en fait état et si d'autre part leur pénurie est combattue, notamment par le biais de moyens financiers suffisants récupérables pour certains établissements sur leur marge bénéficiaire.

« La réforme de la tarification permettra de substituer une rentabilité financière « moralisée » à l'actuelle rentabilité financière qualifiable de « sauvage » », selon les termes d'un cadre de la DDASS.

DEUXIEME PARTIE : UNE EXPERIENCE D'AMELIORATION DE LA QUALITE EN COURS DANS LE DEPARTEMENT

A/ UNE INITIATIVE SPECIFIQUE : LA « CELLULE PERSONNES AGEES »

Les dysfonctionnements des structures peuvent apparaître à l'occasion de visites de conformité pour la création d'une Section de Cure Médicale, d'inspection, ou par le biais de plaintes orales, ou écrites des personnels, des familles des pensionnaires, de tiers. Ces signalements sont faits auprès des services déconcentrés de l'Etat, du Conseil Général, du Maire, du Parquet, de la CPAM.

1 – UNE VOLONTE COMMUNE DE L'ETAT ET DU DEPARTEMENT CONCRETISEE PAR LA « CELLULE PERSONNES AGEES » :

La cellule « personnes âgées » a été créée en juin 1998, suite à une prise de conscience et à une volonté de réagir face à la dispersion des signalements. Il s'agissait de mettre en synergie les partenaires à partir du constat que chaque administration avait sa propre démarche et que celle-ci pouvait tout à fait se coordonner avec les autres. Un partage de l'information, une mutualisation des moyens a été engagée à travers ce dispositif inédit.

Ses missions sont de traiter et de suivre les plaintes et de contrôler les établissements considérés comme « à risque » afin d'atteindre les objectifs de protection de la personnes âgée en établissement dans ses divers aspects (sécurité, hygiène, hébergement, qualité de la prise en charge...) et de prévenir la maltraitance en institution.

Les services concernés sont à ce jour ceux de la DDASS (un MISp, un inspecteur et/ou une secrétaire administrative, une infirmière de santé publique, une adjointe administrative), ceux du Conseil Général (un médecin, un attaché) et ceux de la Direction Départementale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes (deux inspecteurs).

Ils constituent le « noyau dur » de la cellule, mais impliquent d'autres services tels que la Direction Départementale d'Incendies et de Secours (SDIS), Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP), le Parquet, selon les plaintes reçues.

Des réunions régulières tous les deux mois sont tenues afin de centraliser et d'analyser les plaintes reçues par les différents services. Il s'opère alors une répartition des compétences en fonction des éléments, bien souvent multiformes, repérables dans la plainte: un problème lié aux conditions de travail des personnels peut être associé à un problème d'organisation des soins, de délaissement des personnes...

Les possibilités d'interventions rapides sont prévues, selon les cas. La cellule organise et adapte la composition de l'équipe d'inspection en fonction des situations et prévoit un calendrier prévisionnel qui vise à terme la visite de tous les établissements de l'Essonne dès lors qu'ils accueillent des personnes âgées dépendantes.

2 - LA PROCEDURE DE TRAITEMENT ET DE SUIVI APRES LE RECUEIL DES PLAINTES FAITE SUR TROIS NIVEAUX

Les deux premiers niveaux sont une phase de négociation, le troisième en cas d'échec, peut préconiser une fermeture de la structure. Cette éventualité est rare car lourde de conséquences pour les résidents et leur famille.

Au premier niveau, après le recueil des plaintes et l'envoi d'un accusé de réception au plaignant, celles-ci sont transmises aux services compétents afin qu'ils effectuent une visite coordonnée et fassent un rapport en retour à la cellule.

Au deuxième niveau, en fonction des éléments constatés sur place, d'autres services compétents peuvent être saisis par la cellule afin de compléter les informations relatives à la structure.

Une synthèse entre les services saisis est faite en vue de faire des recommandations communes auprès de la structure.

Le troisième niveau est atteint si les préconisations faites précédemment n'ont pas été respectées dans les délais impartis.

La négociation n'est plus possible et les services saisis procèdent à des injonctions. Si l'établissement n'y répond toujours pas, une procédure de fermeture peut s'engager par la saisine du Comité Départemental d'Hygiène (CDH) pour avis, la saisine du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) pour avis, par le retrait d'habilitation à l'Aide Sociale du Département, par le retrait d'autorisation de la DDASS, et enfin par une fermeture, selon l'article 14 de la Loi n°75.535 du 30 juillet 1975 et l'article 210 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale libellé comme suit :

« Si la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation, ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint aux responsables de celui-ci de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet..... s'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans ce délai, le représentant de l'Etat ordonne, après avoir pris l'avis du Conseil Départemental d'Hygiène, la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'établissement.

L'article précise par ailleurs qu'en cas d'urgence, le préfet peut décider d'une fermeture immédiate à titre provisoire.

A titre d'illustration, une plainte émanant des personnels de la maison de retraite de M. faisait état de mauvaises conditions de travail. Elle avait été adressée à la DDASS et à la DDTEFP. Le personnel se plaignait des horaires de travail et d'effectifs insuffisants qui sont autant des signes d'alerte d'une possible maltraitance, elle signalait également des problèmes de sécurité notamment une évacuation difficile des résidents en cas d'incendie.

La visite d'inspection a fait ressortir d'autres dysfonctionnement : en terme d'hygiène, de conservation des médicaments. Un conflit du travail était ouvert : une nouvelle direction récemment arrivée souhaitait adapter les horaires du personnel au rythme des personnes âgées. Elle menaçait de licenciement les personnels n'y adhérant pas. Les personnels en réaction avaient décidé de porter plainte contre elle.

Le deuxième niveau dans la procédure consiste à transmettre les informations à des services complémentaires, en l'occurrence à la commission communale de sécurité, au service santé environnement de la DDASS dans l'exemple cité.

Les pompiers ont fait des injonctions qui n'ont pas été suivies d'effet. En l'absence d'une position claire du Maire qui aurait pu se traduire par un arrêté de fermeture temporaire du fait de la non exécutions des travaux demandés et dans l'attente de la remise en conformité de l'établissement, la cellule s'est auto-saisie en invoquant l'article 210 du CFAS. Elle a demandé que les injonctions de la commission communale de sécurité soient suivies.

Dans l'exemple choisi, la maison de retraite de M. a effectivement répondu et les travaux d'amélioration sont en cours. Il est à souligner que la direction n'avait aucune formation pour ce type de poste (un pharmacien et trois médecins, tous copropriétaires) et qu'aucune qualification n'est exigée dans le secteur marchand. Il n'a pas été nécessaire d'engager la procédure à un troisième niveau dans ce cas.

3 – UNE MOBILISATION DE MULTIPLES SERVICES QUI DOIVENT SE COORDONNER EN FONCTION DES DYSFONCTIONNEMENTS REPERES :

Le traitement des plaintes implique la participation active de services complémentaires en fonction des niveaux précités.

Un repérage simple de la première répartition actuelle entre les services peut se résumer sous la forme du tableau ci-dessous en fonction des types de dysfonctionnements signalés, à priori, dans les lettres de plaintes, ou les appels téléphoniques.

<i>Types de dysfonctionnements repérés</i>	<i>les services saisis ou compétents</i>
Sécurité et/ou d'accessibilité	Maire/ la DDSIS
Maltraitance	Parquet (si maltraitance certaine) DDASS (actions sanitaires)

	Conseil Général (si PSD, si convention Aide Sociale)
Suivi médical, soins	DDASS (MISP), le Conseil Général (Médecin de la cellule PSD)
Hygiène, restauration	la DDASS (Service Hygiène/Environnement)
Qualité d'accueil (locaux, personnels)	DDASS (actions sanitaires si forfait Soins), Conseil Général
Coûts (prestations annoncées, hébergement)	DDCCRF

Après le retour des éléments constatés lors des visites, d'autre service initialement non prévus sont contactés. Le constat de la maltraitance des personnes âgées peut être fait à l'occasion d'une visite provoquée par des problèmes d'hygiène, par exemple. Les services du Procureur sont alors saisis. Les services fiscaux peuvent être également mobilisés, notamment après enquête de la DDCCRF.

4 - L'ANALYSE DES PLAINTES A PARTIR DES DONNEES RECUEILLIES AUPRES DU SECRETARIAT DE LA CELLULE « PERSONNES AGEES » :

Cette démarche analytique reproduit celle que doit engager la cellule lorsqu'il s'agit d'appréhender une plainte dans sa globalité. Identifier les plaintes pour les classer, implique la détermination des services compétents pour y répondre.

C'est une première étape de la procédure de traitement des plaintes.

Dans le tableau ci dessous, certaines explications préalables sont nécessaires : un établissement peut faire l'objet de plusieurs plaintes dans le temps. Les logements foyers et la MAPAD sont comptabilisés à part. Une plainte n'a pas été prise en compte dans ce tableau car son motif précise « Décès d'une résidente suite à un accident », sa classification est par trop aléatoire.

Les motifs des plaintes dans le tableau suivant, sont répartis dans sept rubriques.

Elles reprennent la répartition précédente permettant de repérer la compétence des services. J'y ai rajouté une rubrique « Personnels » car il m'a paru important que ce dysfonctionnement soit mis en valeur car il est à mon sens très symptomatique des maltraitements individuelles et institutionnelles.

Une plainte peut contenir plusieurs motifs. Elle peut être enregistrée dans plusieurs rubriques.

Sécurité :

La rubrique intègre tous les signalements liés à des avis défavorables des commissions communales de sécurité. S'il y a plusieurs avis défavorables émis dans le temps, ils sont comptabilisés autant de fois. Elle intègre également une plainte pour « décès suite à une chute dans l'escalier ». Le motif « absence de gardien » a été inscrit dans cette rubrique mais également dans la rubrique « personnels ».

Soins :

La rubrique ne contient que les motifs précisant spécifiquement des problèmes de soins, ou de suivis médicaux.

Personnels :

En dehors de plaintes indiquant un manque d'effectif, sont intégrés aussi des problèmes de qualification, d'absence de formation. Ceux-ci sont aussi inscrits dans la rubrique prestation.

Tous les éléments relatifs aux salaires, aux horaires de travail, ou aux relations entre le personnel et la direction n'ont pas été repris. Cette option a été choisie car elle n'intéresse pas directement la cellule.

Hygiène, coûts :

Ces deux rubriques ont été remplies dès lors que les termes « hygiène » ou « prix/qualité » ont été cités.

Prestations:

La rubrique est renseignée dès lors qu'il est signalé de mauvaises conditions d'accueil, un personnel sous qualifié, une incompétence de la direction, une absence de suivi médical (inscrit également dans la rubrique « soins »), un manque d'animation, un personnel peu aimable, des locaux sales (inscrit également dans la rubrique « hygiène »)...

Y sont répertoriés également des éléments qui intéressent les locaux sans que la sécurité soit en cause: problème de chauffage, détérioration des murs (peinture écaillée...), surface des chambres... « stockage des personnes âgées »...

Il ressort de ce tableau que *les établissements de statut privé sont largement et malheureusement représentés*. Une corrélation est à faire avec leur forte représentation dans le département (pour mémoire 45 % de l'offre d'hébergement en maison de retraite) et viendrait relativiser le pourcentage de près de 80 % des plaintes reçues.

Par ailleurs, la distinction faite avec les logements foyers, tous statuts confondus, permet de démontrer qu'ils ne sont pas exempts de dysfonctionnements tels que la maltraitance.

L'a priori que j'avais sur une absence de maltraitance du fait de la relative validité et de l'autonomie des pensionnaires, s'avère faux. Les foyers logements accueillants des personnes valides doivent faire face à l'évolution de leur dépendance au fil du temps. Se pose la question de leur adaptabilité, ou de l'accueil dans une autre structure des pensionnaires avec toutes les conséquences psychologiques que cela implique.

Concernant la maltraitance, elle est un motif important de plainte, elle vient en troisième position après les prestations défectueuses et la sécurité.

Les motifs de plaintes concernant la sécurité prédominent. cependant les chiffres sont à pondérer avec le fait que la cellule reçoit systématiquement les procès verbaux des commissions communales de sécurité. Cela n'est pas le cas pour les autres motifs qui ne sont signalés que à l'occasion de visites, d'inspections ou de plaintes donc d'une façon beaucoup plus aléatoire.

5 – UN PREMIER BILAN ANNUEL DE LA CELLULE EN VUE D'UNE RECONNAISSANCE :

Actuellement, le calendrier qu'établit la cellule ne peut tenir compte que des structures « signalées » ou considérées comme « à risque ».

Il apparaît toutefois, après une année de fonctionnement un recoupement entre les unes et les autres :

42 signalements ont été enregistrés, le chiffre supérieur du tableau d'analyse s'explique par la comptabilisation de plusieurs plaintes pour un même établissement

ou par plusieurs procès-verbaux défavorables adressés par la DDSIS, pour un même établissement.

26 structures ont fait l'objet d'une inspection (une soixantaine de visites ont été organisées sur le terrain)

et parmi celles-ci 20 étaient classées comme « à risque » sur les 32 recensées.

Cette classification dite « d'établissements à risque » a été faite de façon empirique en réunissant les services avant la création de la cellule. Chacun avait alors déterminer des priorités en fonction des éléments déjà connus.

Il est satisfaisant de constaté ici que la corrélation entre les plaintes et la classification prévue par la cellule existe et témoigne d'une bonne analyse d'après les éléments déjà connus avant l'existence d'une plainte.

Les missions d'inspection sur site portent sur l'organisation du travail, les conditions de fonctionnement de la structure, le contrôle administratif, et le contrôle technique (organisation des soins, qualité de la prise en charge, projet institutionnel...).

Elles ont abouti en faisant le bilan en octobre 1999, à quatre fermetures dont deux totales.

Les conditions de sécurité n'étaient pas remplies et la qualité de la prise en charge insatisfaisante.

Dix établissements ont reçu des lettres de recommandations et deux procédures de délit ont été transmises au Parquet.

Il est vraisemblable que des audiences au Tribunal Correctionnel seront prévues. Il sera intéressant de voir alors comment la jurisprudence sera enrichie : la « médicalisation » d'un établissement affichée sur des plaquettes d'information destinées au public a fait l'objet d'une procédure de délit pour « publicité mensongère ». Comment le magistrat va-t-il interpréter le terme de médicalisation ? Il n'y a actuellement pas, selon la DDCCRF de critères d'appréciation de ce terme. Les conséquences peuvent être importantes car les attendus de la décision seront autant d'éléments d'évaluation pour l'avenir notamment lorsqu'il s'agira de l'organisation des soins.

B/ LES LIMITES DE LA DENONCIATION DE LA MALTRAITANCE :

1 – DES LIMITES LIEES A DES FACTEURS INDIVIDUELS ET PERSONNELS

La cellule par la réunion de différents services d'inspection est garante du droit, de son respect et de sa bonne application. Elle n'intervient pour l'instant qu'à la suite d'un signalement à l'encontre d'un établissement accueillant des personnes âgées.

Le contexte et l'origine ont une forte influence en amont des signalements car la grande majorité des plaintes adressées à la cellule sont faites par les familles ou par le personnel.

Deux remarques s'imposent : les familles ne portent pas systématiquement plainte du fait de la crainte de représailles à l'encontre de leur parent d'une part, ou d'autre part par la crainte que l'institution choisisse de ne plus accueillir la personne âgée en brandissant la menace qu'aucune autre maison de retraite n'ait de place disponible ou soit beaucoup plus chère. De plus, chacun sait que le changement d'environnement à un très grand âge a des conséquences graves : un transfert d'une personne âgée d'une structure à l'autre réduit statistiquement sa longévité de trois mois. Si l'on rapporte ce chiffre sur la durée moyenne de vie en institution...

Au delà de ces freins psychologiques ou sociaux complexes qui n'intéressent pas vraiment notre sujet, il apparaît que l'Association AGE ALMA¹² donne des chiffres préoccupants : *40 % des appels téléphoniques sont relatifs à des maltraitances en institutions.*

Bien que l'Association doive encourager les appelants à écrire aux autorités compétentes selon les termes de la convention signée entre l'association et le Département, il n'apparaît qu'aucun signalement reçu par le secrétariat de la cellule ne précise cette orientation.

Cette absence de suite pourrait être liée directement à la crainte des conséquences administratives ou judiciaires. Leur perspectives peuvent être un frein d'importance lorsqu'il s'agit d'engager la responsabilité du plaignant en dénonçant des faits auprès

¹² Association Gérontologique de l'Essonne- ALLO MALtraitance, numéro vert sur le département pour le signalement de maltraitances à personnes âgées en institution ou à domicile

des autorités. A l'inverse, le signalement à une association constituée de bénévoles, n'a pas la même envergure ni le même poids que l'envoi d'un courrier à une autorité.

2 - DANS QUELLES MESURES LA LEGISLATION ACTUELLE ANTICIPE-T-ELLE SUR LA MALTRAITANCE ?

Il existe beaucoup de textes selon Marc HEBERT-SUFFRIN, avocat, qui cite l'article 223.4 du Nouveau Code Pénal qui précise que « le délaissement qui a provoqué la mort est puni de.... ».

Se pose alors la question de la preuve de la constitution d'un crime ou d'un délit si difficile à établir tant le délaissement peut être une notion subjective bien que « la privation de soins puisse être une histoire de meurtre » dit encore cet avocat.

En dehors de situations objectives telles que l'absence de soins repérables par le constat d'escarres multiples, d'une déshydratation non suivie, des changes non faits depuis la veille, une alimentation carencée, le délaissement intéresse bien d'autres domaines dès lors que la personne n'est pas seulement considérée comme un corps à nourrir, à laver, à soigner, mais comme une personne digne d'être reconnue, identifiée, avec une histoire, un passé et encore un avenir. Il s'agit là du délaissement psychologique qui conduit les personnes âgées en proie à l'ennui et à l'absence de reconnaissance à écourter d'elles mêmes leur séjour.

L'association AGE ALMA n'hésite pas à dire que dans cet univers institutionnel « règne la loi du silence ». « Plus que le droit des malades, des patients, c'est le droit de cité qui est le plus important... la maltraitance en institution n'est-elle pas le signe d'une violence de la société toute entière ?... » ainsi s'exprime Chantal DESCHAMPS, chargée des Droits des Usagers à l'APHP¹³ en insistant sur le nouveau regard à porter sur l'organisation de notre cité et la prise en charge de nos aînés.

La connaissance de faits de maltraitance doit être signalée avec précision et être étayée de preuves tangibles. Compte tenu du caractère parfois subjectif de ce phénomène, Maître HEBERT-SUFFRIN insiste sur l'idée que le législateur doit

¹³ APHP Assistance Publique Hôpitaux de Paris

préciser les cas d'intervention auprès des personnes en péril. Un cadrage juridique devrait permettre d'aider à prévenir et signaler « en toute sécurité ».

En effet, ceux qui font un signalement pourraient fort bien être victimes de leur audace : la dénonciation d'une maltraitance sur personne âgée pourrait se retourner contre les plaignants en provoquant, à contrario, une procédure en diffamation de la part du ou des mis en cause dès lors que des faits avérés ne peuvent être fournis ou sont insuffisants.

Par ailleurs, la frontière entre la protection des personnes âgées et la préservation de leur liberté est d'autant plus floue que la personne âgée est dépendante : « *La sécurité et la surveillance ne sont pas toujours compatibles avec le droit* »¹⁴. Le concept d'éthique en gériatrie y trouve une limite. La confidentialité des données médicales ou sociales, le secret professionnel peuvent être mis à mal lorsque la perte d'autonomie de la personne âgée nécessite d'avoir recours à des tiers, notamment à la famille.

De plus, *la question du droit d'ingérence*, d'intervention se pose pour les personnes qui sont amenées à entourer la personne âgée dépendante au quotidien tels que les soignants, auxiliaires de vie, personnels administratifs ou la direction.

Il peut s'articuler avec le devoir d'assistance à personne en danger (« sera puni... quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance... » article 223.6 du NCP) mais peut s'opposer au respect de la liberté individuelle ou aux droits fondamentaux de la personne.

Je citerai pour exemple le cas de personnes âgées qui sont attachées sur leur chaise ou dans leur lit. La contention est choquante si elle n'est pas utilement prescrite. Cependant s'agit-il pour autant d'une maltraitance ou au contraire d'une mesure de protection ? Est-ce une mesure permettant de pallier l'insuffisance de personnel ou une prévention ?

La cellule « personnes âgées » doit louvoyer entre les pièges de l'amalgame (tout pourrait être maltraitance) et ceux d'une banalisation excessive qui reviendrait à excuser les comportements (« de toute manière elle ne se rend compte de rien, elle a perdu la tête »).

¹⁴ « Décision Santé » n°97 article de M. FAUSSIER, p.26 à 28.

Les interrogations sont incessantes lorsque la cellule « personnes âgées » intervient sur site ou sélectionne une plainte car les conséquences peuvent être graves et ces opérations délicates demandent une grande prudence. Un cadrage juridique et une procédure écrite et validée par les partenaires serait à réfléchir pour que la cellule « personnes âgées » puisse agir en toute sérénité dans un champ qui interpelle parfois le domaine pénal.

Pour mémoire, l'article 40 du Code de Procédure Pénale impose aux fonctionnaires de dénoncer les crimes ou délits dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. ..

3 – LES LIMITES DE LA PROCEDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES, DES HARMONISATIONS A DEVELOPPER :

Outre la dimension juridique qui peut mettre en cause tant les plaignants, que les fonctionnaires agissant dans le cadre de la cellule, d'autres limites s'imposent.

D'une manière générale le retour des informations recueillies par les services saisis auprès de la cellule est problématique. Une gestion rigoureuse serait nécessaire mais implique des moyens que l'absence d'officialisation de la cellule ne permet pas encore.

La transmission des conclusions de certains services ayant inspecté un établissement dans le cadre du suivi d'une plainte par la cellule est légalement impossible. C'est le cas du contenu des procès verbaux que dressent la DDCCRF. Ceux-ci sont transmis au Parquet et ne peuvent être communiqués au risque de provoquer un vice de procédure.

La répartition géographique des compétences est également un obstacle que l'on retrouve notamment auprès des médecins conseils de la CPAM. Il s'avère qu'ils sont destinataires de plaintes relevant du fonctionnement de certains établissements et ont leur propre mode de traitement et de suivi.

La coordination avec les services du Parquet est encore à préciser car, comme nous l'avons vu, la qualification des dysfonctionnements signalés ou constatés peut aussi bien relever d'une procédure administrative que pénale. Tout comme les mauvais traitements à enfants, la maltraitance auprès des personnes âgées est un champ

dont les contours sont indéterminés et évolutifs. Si le délaissement, la privation de soins peut être un processus criminel, à partir de quand le Parquet doit-il être saisi ? Et avec quels critères de détermination de cette forme de maltraitance ?

De même, lorsqu'une plainte fait état de maltraitance faut-il que la cellule la transmette directement au Parquet afin de préserver tous les éléments de preuve, ou doit elle plutôt vérifier la réalité des faits ? L'expérience a fait valoir que des signalements, sans pour autant être fantaisistes, sont quelque peu exagérés.

Ces appréciations fort subjectives conduisent à s'interroger sur les outils qu'utilisent les acteurs pour objectiver leurs constats :

Il apparaît que chaque administration, voire chaque individu, à ses propres critères et grilles d'inspections. Certains disent qu'ils n'en utilisent pas et inspectent « au feeling », d'autres ont des référentiels très développés mais difficiles à utiliser en totalité. C'est le cas des services de la « cellule personnes âgées ».

A cette absence d'uniformisation s'ajoute la juxtaposition des regards lors des inspections sur site : les médecins s'intéressent à l'organisation et au suivi des soins ; l'inspecteur à la dimension administrative (gestion financière, du personnel taux d'encadrement, cahiers d'entrée et de sortie des résidents, adaptabilité des locaux...), les services Santé Environnement à l'organisation et à la propreté des cuisines, la Commission Communale de Sécurité aux respects des normes d'évacuation, etc.

Cette pluridisciplinarité est riche et nécessite une coordination forte. Cette mise en cohérence est très réussie dans le cadre des inspections sur site menées par la cellule : des personnels de qualification différentes et originaires de diverses administrations sont réunis.

4 – LES LIMITES DE LA REACTIVITE DE LA CELLULE FACE A UN CONTEXTE POLITIQUE QUI N'EST PAS NEGLIGEABLE :

La responsabilité des maires est engagée dans la cadre des commissions communales de sécurité qu'ils président. Nous l'avons vu précédemment, les procès

verbaux de ces commissions sont systématiquement transmis à la cellule lorsque l'avis est défavorable.

Les dysfonctionnements relatifs à des normes de sécurité sont objectifs, repérables et réparables et c'est ce pour quoi je les ai choisis ici comme illustration. La procédure est simple, elle induit que la direction doit faire les travaux de mise en conformité ou doit recruter le personnel de surveillance, notamment la nuit, suffisant. Qu'en est-il lorsque l'établissement ne répond pas ? Plusieurs avis défavorables peuvent se succéder sans qu'aucune amélioration ou adaptation ne soient faites. La cellule dans le cadre de ses inspections peut se déplacer et procéder à l'injonction de faire les travaux et menacer de fermeture si au delà d'un certain délai aucune suite n'est donnée.

Mais il faut reconnaître que cette situation est révélatrice parfois d'une absence de responsabilité politique : le maire doit en tant que garant de l'ordre public sur sa commune, prendre des dispositions et prononcer si nécessaire un arrêté de fermeture partielle ou totale, provisoire ou définitive de l'établissement.

Lors des entretiens, la dimension politique est fréquemment évoquée « Avant de fermer, il vaut mieux vérifier si la direction a des accointances avec un député, un personnage haut placé... » selon les dires d'un cadre du Conseil Général. Ces propos ont été confirmés par d'autres cadres de la DDASS et de la DDCCRF.

Denis LABAYLE n'a de cesse dans son ouvrage de dénoncer cet état de fait, il a mené pour partie son enquête dans l'Essonne et s'est entretenu avec des fonctionnaires que j'ai moi même rencontrés par la suite.

La responsabilité des acteurs est lourde lorsqu'il s'agit de fermer un établissement, l'image de la municipalité peut en être entachée par des articles dans la presse locale, des électeurs qui s'interrogent, des enjeux économiques notamment en terme d'emplois, ...des remous inévitables. Des perspectives parfois tellement gênantes qu'elles sont évitées en ne prenant pas des dispositions qui risqueraient d'être par trop spectaculaires.

5 – LES LIMITES IMPOSEES PAR LE CONTEXTE ADMINISTRATIF ET LA FLUCTUATION DE LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE DANS LE TEMPS : L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE C.

Le suivi de certains établissements, suite à une plainte est parfois un parcours chaotique : de multiples intervenants font des procédures de contrôle, d'inspection, des recommandations. La structure améliore ses prestations puis se dégrade à nouveau. Cette fluctuation constante nécessite une vigilance certaine et peut constituer à terme un ensemble de faisceaux d'indices qui classifient la structure dans les établissements dits « à risque ».

L'exemple de la maison de retraite privée de C. est très évocateur :

En 1978, les premières plaintes sont adressées à la DDASS. La gestion de l'établissement et la qualité de la nourriture étaient en cause.. Une inspection confirme ces faits et enjoint par ailleurs un renforcement en personnel.

Une année plus tard, une nouvelle inspection constate que les conditions d'accueil sont insuffisantes : mauvaise hygiène des locaux, odeur d'urine, publicité mensongère sur l'appellation de « clinique » ou de « maison de santé ».

Quelques mois plus tard de nouvelles plaintes signalent de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, des carences dans les soins. L'inspection qui y fait suite constate que « l'atmosphère est infectée d'odeur d'urine, avec une impression de saleté, l'ambiance est lugubre, l'animation inexistante, l'alimentation insuffisante. ».

La situation se dégrade objectivement, les recommandations restent sans effet.

La première lettre d'injonction signée par le Préfet dans le cadre de l'article 210 du CFAS¹⁵ est envoyée le 1 février 1982. Une légère amélioration est constatée dans les mois qui ont suivis.

Le 4 octobre 1982, suite à une plainte transmise par le Trésorier Payeur Général relative à la nourriture, les conclusions de la visite sur site sont relatives à nouveau à l'insalubrité des locaux, à un personnel non qualifié...

L'inventaire des actions menées auprès de cette maison de retraite serait trop fastidieux à restituer toujours est-il que cette succession de contrôles, de recommandations, d'injonctions préfectorales a duré jusqu'au mois de juillet 1999 (!)

¹⁵ Code de la Famille et de L'aide Sociale

date à laquelle le Maire a signé un arrêté de fermeture temporaire (cette maison de retraite est fermée définitivement depuis novembre 1999). De multiples services sont intervenus : DDASS (Santé environnement, MIS, Tutelle), Inspection Régionale de la Pharmacie, Inspection du Travail, Parquet, Conseil Général, DDCCRF, Commission Communale de Sécurité et ce à plusieurs reprises dans le temps. Plusieurs propositions de fermetures se sont alternées avec des "encouragements" dans les rapports d'inspection (« l'effort doit être poursuivi ») lorsque des signes d'amélioration se faisaient jour.

Durant toutes ces années des débuts de travaux, des déclarations de bonnes intentions de la direction, des procès verbaux favorables de la commission communale de sécurité, puis défavorables, des inspections avec recommandations se sont succédés. La mobilisation des services de l'Etat, la multiplicité des interventions depuis 1978 laisse rêveur quand à leur efficacité ou aux résultats attendus.

Il est intéressant de s'interroger sur l'impunité quasiment totale dont a bénéficié cette structure jusqu'à l'auto saisine de la cellule « personnes âgées » : celle-ci lors de sa création a élaboré un plan de contrôle des structures d'hébergement et la maison de retraite de C. a été l'une des premières à laquelle elle s'est intéressée. En effet, dans le dernier rapport d'inspection concernant cette maison de retraite, en 1995, il était fait état d'un fonctionnement de type abandonnique « aggravé par la monotonie des repas et peut être responsable d'une dégradation rapide de la personne âgée. ». La fermeture au titre de l'article 210 était déjà justifiée alors.

La cellule a mené quatre inspections de janvier à avril 1999, elle proposait la saisine du CDH¹⁶ avec demande de fermeture définitive. Les obligations définies par la loi n°75 535 du 30 juin 1975 et le décret n°91 1415 du 31 décembre 1991 relatives à la nécessité d'apporter le bien être physique et moral qui est dû aux personnes âgées n'étaient en aucun cas respectées : les personnes étaient toujours isolées, les repas toujours pris dans les chambres, l'impression générale de tristesse et d'abandon toujours poignante. Par ailleurs, l'alimentation, les conditions d'hygiène, d'habitabilité et de sécurité restaient insuffisantes, les plannings et la qualification des personnels peu fiables...

¹⁶ Comité Départemental d'Hygiène et de Sécurité

Chaque services compétents avait mis en commun ses constats sous réserve du secret de l'instruction pour certains : le service Actions Sanitaires de la DDASS, la DDCCRF, la commission communale de sécurité - qui faisait part cependant d'un avis favorable compte tenu des améliorations relatives à la sécurité en mai 1999 après avoir émis un avis défavorable à la poursuite du fonctionnement de la structure en mars 1999 -.

La fermeture administrative temporaire est prononcée en juillet 1999 par arrêté du maire. L'évacuation des résidents et leur remplacement dans d'autres structures avec à l'appui le bilan de leur état de santé, effectué par le MISP en février 1999, s'est opérée sans aucune collaboration de la direction . Celle-ci a même refusé de donner les noms et adresses des familles pour l'orientation des pensionnaires.

Les nouvelles structures d'accueil des personnes âgées ont fait part de leur état de saleté à leur arrivée allant jusqu'à préciser que des cafards avaient été trouvés dans leurs sacs de linge.

Au regard de la multiplicité des interventions et notamment de leur étalement dans le temps, cet exemple fait preuve d'une réactivité très forte de la cellule et d'une efficacité certaine. Il ne s'agit pas de considérer qu'une fermeture est un gage de succès mais il faut reconnaître qu'en quelques mois, il a été mis fin à plus de vingt années de procédure à l'encontre d'une maison de retraite qui objectivement avait fait preuve de négligences répétées.

Cette coordination rapide des administrations, la succession des inspections par les différents corps, le suivi très serré n'obturant pas les marges de négociations, sont le fruit d'une dynamique et d'une ténacité plus particulière de la part de l'IPASS et du service Actions Sanitaires de la DDASS, d'un attaché et d'un médecin du Conseil Général et de deux inspectrices de la DDCCRF.

Cette cellule s'est basée sur la prise de conscience de situations de maltraitance en institution pour lesquelles il n'y avait pas de réponses globales et coordonnées ou qui n'interpellaient pas suffisamment les autorités. On peut s'interroger sur le niveau de tolérance ou d'indifférence face à ces situations jusqu'alors : d'autres priorités s'imposaient, d'autres missions se surajoutaient, les plaintes restaient « sur un coin de bureau ». D'où la nécessité de l'existence et de la reconnaissance de la cellule.

C/ A PARTIR DES INITIATIVES LOCALES RICHES, DES PROPOSITIONS POSSIBLES

Le Département de l'Essonne dans sa politique en faveur des personnes âgées en établissement fait œuvre d'innovations et de réactivité face au phénomène de maltraitance en institution dont le corollaire est la promotion de la qualité des prestations :

Dans le cadre de la réforme de la tarification les propositions à venir du groupe de travail sur la convention type tendent à aider les établissements à améliorer la prise en charge des personnes âgées ;

la mise en place d'un numéro vert par l'association AGE ALMA pour recueillir les signalements de maltraitance sur personnes âgées -c'est le seul sur l'Île de France-, la mise en œuvre de session de sensibilisation sur le terrain auprès des intervenants à domicile ;

la création de la « cellule personnes âgées », initiative unique en France, afin de répondre aux problèmes de maltraitements et de dysfonctionnements en institution.

Toutes ces initiatives sont le fruit d'une réflexion dynamique et d'un partenariat qui se développe et doit être soutenu.

1 - ACCROITRE L'EFFICACITE DE LA CELLULE

Cette entité est amenée à s'étendre, la complexification des interactions entre les partenaires en est le pendant.

Il apparaît que la connaissance du fonctionnement des structures actuelles d'hébergement de personnes âgées dépendantes est difficile, hors leur signalement par le biais de plaintes celles-ci peuvent rester totalement inconnues des autorités.

Les demandes de conventionnement seront sans doute un moyen efficace de repérage fin des structures et de leur fonctionnement. Il n'est pas envisageable à terme qu'une maison de retraite accueille des personnes âgées dépendantes sans qu'elle ne soit connue soit par le biais de la réforme de la tarification, soit par une mise en réseau des partenaires et des informations détenues sur les structures.

L'examen du suivi des plaintes soulève la difficulté du retour des informations, beaucoup de signalements ont fait l'objet de contrôle sur site avec des conclusions qui tardent à être transmises. De trop faibles moyens en personnel, l'absence de disponibilité, d'autres missions prioritaires qui s'imposent sont autant d'obstacles à la fluidité de l'information.

Cependant la mise en réseau et le traitement de l'information pourrait être l'objet d'une informatisation débutant par le partage d'un fichier-répertoire des structures et de leurs caractéristiques sur le département. Il serait alimenté et mis à jour par les différents partenaires. Les démarches et résultats des inspections effectuées sur site seraient ainsi diffusables simultanément aux partenaires dans la limite des autorisations administratives ; un recensement laborieux des données serait évité dans l'hypothèse où chacun respecterait une certaine discipline.

Cette proposition s'appuierait sur le Schéma Départemental du Système d'Information Territorial.

Elle pourrait connaître par la suite de multiples développements tel que la systématisation des suivis des plaintes, des plans d'inspections, et être en lien avec le suivi des conventions tripartites pluriannuelles.

Son rôle de prévention de la maltraitance est à développer en s'appuyant sur les expériences locales encore trop peu coordonnées et méconnues et en faisant connaître ses actions tant auprès du public que des partenaires institutionnels.

2 - MUTUALISER LES ENERGIES

En effet, la cellule est amenée à connaître et à suivre certaines structures dont le degré d'information sur les évolutions législatives, sanitaires ou sociales peut être très pauvre. Une rencontre avec deux membres d'un conseil d'administration d'une maison de retraite de la Fondation D. avait été révélatrice d'un degré d'ignorance étonnant. L'établissement n'avait pas de directeur formé, il s'agissait en l'occurrence de l'ancien gardien (!) et semblait totalement imperméable aux nouvelles dispositions légales et avait à l'évidence une notion très relative des responsabilités

d'un directeur. Il est apparu qu'il n'avait pas connaissance de la loi du 24 janvier 1999. A ce propos, une exigence législative nouvelle devrait obliger une qualification reconnue des directeurs d'établissements afin de promouvoir des garanties de gestion, une connaissance minimale en gérontologie, et la mise en œuvre d'une politique de formation continue obligatoire.

La mise en place d'une « mission conseil » qui ferait suite aux recommandations de la cellule pourrait être envisageable. Les acteurs concernés seraient interpellés en fonction des compétences requises en constituant un « groupe technique ». Ils travailleraient en lien avec le groupe de travail actuel sur la convention-cadre qui deviendrait alors à terme un « groupe ressources » en lien avec la réalité du terrain tant en matière de gestion des ressources humaines qu'en matière de prise en charge d'une personne âgée.

Ses objectifs seraient de positionner les acteurs institutionnels autour de l'équipe dirigeante des établissements en difficulté afin de l'accompagner soit dans l'exécution des recommandations ou injonctions faites par la cellule, soit dans le cadre du suivi de la convention tripartite.

A terme il serait envisageable que cette mission puisse avoir une permanence dans le temps et une réactivité suffisante pour ne plus intervenir en aval des difficultés mais en amont dans l'optique d'une véritable politique de prévention.

Par ailleurs, la collaboration avec d'autres acteurs pourrait être développée et approfondie en s'associant à la démarche de l'Association AGE ALMA.

La convention signée entre le Conseil Général et cette dernière précise qu'une transmission des plaintes intéressants les établissements doit être faite à la cellule.. Une sensibilisation du public autour de la maltraitance a été faite à grande échelle sur le département de l'Essonne à travers des campagnes d'affichage, des conférences dans les huit secteurs gérontologiques, un colloque de clôture. Il est dommage que la cellule qui souffre d'un manque de publicité n'ait pas été associée. Le numéro vert recueille des signalements téléphoniques qui ne permettent pas de répondre pour 40 % d'entre eux car ils intéressent les maltraitements en institution. Bien que l'existence de la cellule soit évoquée lors des débats publics, il conviendrait

de sécuriser les plaignants sur son fonctionnement et sur les possibilités qui sont offertes. La « mission conseil » pourrait être élargie au public, ou mieux associée à la démarche d'AGE ALMA. Des supports communs sous forme de « guide du plaignant »... pourrait être élaborés avec une information très concrète tant d'un point de vue administratif que juridique.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées dépendantes seront au XXIème siècle une des préoccupations majeures de notre société tant d'un point de vue économique que social.

Au delà des débats relatifs au financement des retraites lié au déséquilibre démographique dans les années à venir et aux conditions d'employabilité qui se restreignent, se pose le difficile compromis entre leur accueil dans des conditions respectueuses de leur dignité et la maîtrise des dépenses tant pour les conseils généraux que pour la sécurité sociale.

De ce point de vue quelles leçons pouvons nous tirer de l'expérience initiée dans le département de l'Essonne pour la protection des personnes âgées en institution ?

L'intérêt de l'inter institutionnalité est évident car elle permet la mise en commun des moyens et des ressources de chaque administration en vue d'une concentration des informations et d'une meilleure réponse à l'usager.

Une véritable promotion de la qualité est constatable : elle se traduit par des améliorations concrètes de la vie au quotidien des personnes âgées dépendantes et des conditions de travail des personnels.

La mise en œuvre de certaines décisions est parfois difficile du fait de la prégnance du poids politique qui reporte des fermetures d'établissements, n'exécute pas ou que partiellement les travaux de mise en conformité lorsque la commune est propriétaire des murs - en cas d'avis défavorable de la commission communale de sécurité –.

Néanmoins, des perspectives très positives se dessinent :

la mise en œuvre de la réforme de la tarification va progressivement « lisser » le paysage de la maltraitance : seuls les établissements jugés satisfaisants selon les recommandations de l'arrêté du 26 avril 1999 pourront continuer à fonctionner.

Des procédures d'évaluation et de contrôle de la qualité des prestations sont prévues : c'est un changement radical par rapport au passé où les autorités

administratives ne pouvait pénétrer que dans certaines structures, il y aura donc veille et suivi auprès de l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Les inspections sur place demeureront mais seront facilitées par la référence à un cahier des charges. De plus, les conventions tripartites dans le cadre de la réforme n'étant signées que pour cinq ans, et l'habilitation à l'aide sociale renouvelée tous les dix ans (sous réserve d'une harmonisation ou d'une fusion entre les deux) il est très probable que la pression ferme de l'Administration devrait relever substantiellement la qualité exigible dans les structures accueillant les personnes âgées dépendantes.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance

Loi n° 91111-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Décret n°97-426 du 28 avril 1997 portant application de la Prestation Spécifique Dépendance

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Circulaire CNAVTS n° 62bis/97-CNAMTS DGR n° 77/97 du 24 juillet 1997 modifiant les dispositions relatives à l'hébergement collectif des personnes âgées

Circulaire DGS/DH/95 n°22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du Patient Hospitalisé

Documents officiels :

Rapport de l'IGAS 1997 sur la qualité du service rendu aux usagers

Schéma Gérontologique du Département de l'Essonne –1998-2002

Rapport des séances scientifiques de la session annuelle 1986, « De quelques moyens de pallier l'insécurité engendrée par l'hospitalisation » par POCHON J.D., Société Suisse de Gérontologie, p. 87-89

Charte des Droits de la Personne Agée Dépendante – Fondation Nationale de Gérontologie – mai 1999.

Ouvrages et revues :

HUGONOT R., « La vieillesse maltraitée », éd. DUNOD, Paris, 1998

LABAYLE D., « La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite », éd. SEUIL, Paris, 1995

Actualités sociales hebdomadaires

1997/02 /14 « Maltraitance des personnes âgées, les prémices d'une sensibilisation » par SARAZIN I., p.21

1998/08/21, « Maltraitance des personnes âgées : l'examen de conscience des professionnels », par ULPAT A, p.21-22

Décision santé

N°97, 1996, « Du droit des personnes âgées » par FAUSSIÉ M., p.26-28

Gérontologie

N°98, 1996, « Qualité de vie en institution, qualité de vie et long séjour », par M.A. FOURNIER

N°106, 1998 « Autonomie et libertés en institution : utopie ou réalité ? » par MOUGEOLLE H., p. 18-22

Gérontologie et société

N° 42, 1987, « Le droit des personnes âgées en institutions », par PETER B., p. 15-23

N°788, 1996, « Qualité de vie », n° spécial

L'aide soignante

N°7,1997,« La violence en institution pour personnes âgées », par BATTLE D., p. 4-9

Le Point

N°1393, mai 1999, Dossier « Ces vieux que l'on ne veut pas voir », p. 94-99

Le Point sur...

N°27, 1999, « L'information du consommateur dans les établissements hébergeant des personnes âgées » - DGCCRF

Réadaptation

N° 440, 1997, « Le regard d'un démographe sur l'évolution de la mortalité et de la dépendance », A. PARANT

Soins gérontologie

N°15, 1998, « Ethique et personne âgée », O. PAYCHENG, p. 33-35

Etudes et mémoires :

ANOUIJ A, « Améliorer la qualité de vie en maison de retraite : quel projet d'établissement ? » - Mémoire ENSP, 1997

BUFFA D. « L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en établissement » - Rapport module interprofessionnel de management du système de santé – ENSP – 1998

MARIN LA MESLEE V. « Réduire la maltraitance envers les personnes âgées institutionnalisées »- Mémoire ENSP 1997

Le livre noir de la PSD

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes – DAS – Equipe projet tarification EHPAD – Document de présentation, juillet 1998

Les personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement de l'Essonne en 1995 – Observatoire Régional de la Santé de l'Île de France

Autres :

Sites Internet

www.Multimania.com / papidoc

www.AOL.com / D Gériatrie

www.géronto.com