



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Mars 2010**

**Prévention et repérage des risques de
maltraitance en Unité de Soins Longue
Durée : quels outils pour l'inspecteur**

Hélène ANCESSI

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Danièle Nageotte, IHC, à la MRIICE d'Ile de France qui a été ma maitre de stage tout au long de la formation d'IASS pour ses conseils et son appui concernant la rédaction de ce mémoire mais aussi pour tout le temps qu'elle m'a consacré.

Je souhaite également remercier Mme Claudine Hémary, animatrice de l'atelier mémoire pour son aide précieuse aux étapes charnières de la réalisation de ce document. De même je remercie Mme Delphine Martineau et M. William Sherlaw pour leur grille d'analyse de mon projet de mémoire et de ma note d'étape. Leurs conseils m'ont été précieux.

Je remercie aussi l'ensemble des professionnels que j'ai rencontré en entretien pour leur coopération et plus particulièrement le personnel de l'USLD Babinski à l'hôpital Charles Foix ainsi que les IASS et les MISP que j'ai souvent sollicité pour connaître leur point de vue sur mon sujet de mémoire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes de mon entourage pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	1
1 Maltraitance et USLD	7
1.1 Etat de la question, éléments de définitions	7
1.2 L'évaluation de la maltraitance et la politique de bientraitance.....	10
1.2.1 Les textes législatifs.....	10
1.2.2 Des politiques publiques axées sur le secteur médico - social.....	11
1.2.3 La filière gériatrique	12
1.3 Les spécificités du long séjour	14
1.3.1 Le rôle des USLD.....	14
1.3.2 Les conditions matérielles des USLD	15
1.3.3 La réforme des USLD	16
1.3.4 Un parallèle entre les EHPAD et les USLD	18
1.3.5 L'absence de lisibilité sur la maltraitance en USLD	20
1.4 L'évaluation de la maltraitance par les services de l'Etat.....	20
1.4.1 Le rôle et le cadre juridique de l'inspection.....	20
1.4.2 La place de l'inspection dans le dispositif de lutte contre la maltraitance	22
1.4.3 La mission de l'IASS.....	25
2 De la théorie à la pratique : résultats d'enquête en USLD.....	27
2.1 La maltraitance en USLD, une préoccupation des professionnels.....	27
2.2 Une prise en compte au sein même de l'organisation des services	30
2.2.1 L'organisation hospitalière et la prise en compte des besoins du patient.....	30
2.2.2 Le rôle des personnels soignants	32
2.2.3 La méthode « Humanitude ».....	33
2.2.4 Le rôle de l'utilisateur	34
2.2.5 Les chartes	35
2.3 Des limites	36
3 Préconisations	41
3.1 L'adaptation des outils et la détection de la maltraitance en USLD	41
3.2 Le rôle des services déconcentrés dans la lutte contre la maltraitance en USLD	44
3.3 L'optimisation du traitement des plaintes.....	45

3.4 Une plus grande place aux IASS sur le secteur sanitaire et la nécessité d'une approche interprofessionnelle	46
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	51
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AP – HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARHIF :	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France
ARS :	Agence Régionale de Santé
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CRIF :	Conseil Régional d'Ile de France
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS :	Direction Générale des Affaires Sociales
DHOS :	Direction Hospitalière de l'Offre de Soins
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP :	Equivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso Ressource
GMP :	GIR Moyen Pondéré
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IES :	Ingénieur des Etudes Sanitaires
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGS :	Ingénieur du Génie Sanitaire
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LABM :	Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale
MAFI :	Mission d'Animation des Fonctions d'Inspections
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MRIICE :	Mission Régionale et Interdépartementale d'inspection Contrôle Evaluation
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PHISP :	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
PRIICE :	Programme Régionale et Interdépartemental d'Inspection Contrôle Evaluation

- PRISME :** Prévention des Risques, Inspections, Signalements des Maltraitances en Etablissements
- PSGA :** Plan Solidarité Grand Age
- SMTI :** Soins Médicaux et Techniques Importants
- SROS :** Schéma Régional d'Offre de Soins
- SSAD :** Services de Soins A Domicile
- SSR :** Soins de Suites et de Réadaptations
- URH :** Unités d'Hébergement Renforcées
- USLD :** Unité de Soins Longue Durée

Introduction

La maltraitance est depuis quelques années une des préoccupations majeures des services de l'Etat et des professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes. De nombreux ouvrages ont été consacrés à cette thématique, de nombreux débats ont eu lieu et une sensibilisation des populations a été mise en œuvre au niveau national tant par les services de l'Etat que par le milieu associatif. A ce titre, le plan solidarité grand âge et les plans Alzheimer successifs peuvent être cités comme exemples. Il s'agit là de grandes avancées car ce phénomène a longtemps été nié et sous-estimé tant par les professionnels que par le grand public. Aujourd'hui, il est possible d'affirmer que si la maltraitance existe bien, elle n'est plus un tabou.

En France, la question de la maltraitance des personnes âgées¹ est apparue sur la scène publique à la fin des années 1980 grâce, notamment, à l'association ALMA (Allo Maltraitance) et plus particulièrement grâce à son Président, le Professeur René Huguenot. Depuis, la prise en compte de cette question ne cesse de mobiliser. En 2001, à la demande de Mme Guinchard -Kunstler² un groupe de travail présidé par le professeur Michel Debout a rédigé un rapport et présenté des propositions sur le sujet. Hubert Falco, Ministre délégué aux personnes âgées, a installé, dès 2002, le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. Valérie Letard, Secrétaire d'Etat à la Solidarité a lancé le 5 février 2008, le 39 77, numéro national contre la maltraitance, géré par l'association ALMA (conjointement avec l'association AFBAH qui gérait déjà une plate-forme sur l'Île de France). Depuis sa création, ce centre d'appel a reçu plus de 63 000 appels. 7 745 dossiers ont été ouverts et quatre dossiers sur cinq concernaient une problématique de maltraitance. Il ressort des statistiques des appels à cette plateforme qu'un cas de maltraitance sur six a lieu en établissement. Ces données chiffrées confortent la nécessité de prendre des mesures pour éradiquer ces mauvaises pratiques. La maltraitance constitue bien un problème et un enjeu de santé publique mais aussi un problème social qui est désormais reconnue par l'opinion publique.

¹ Bref historique repris des travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 – Commission « personnes âgées – personnes handicapées » - Professeur Marie Eve Joël – Mars 2005.

² Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, aux Personnes Agées du 28 mars 2001 au 5 mai 2002.

Bien que dans les faits il s'agisse d'actes rares, ils suscitent toujours une certaine émotion lorsqu'ils sont mis à jour. L'impact de l'émission télévisée « Les infiltrés³ » peut en témoigner. Les médias relayent désormais toute information d'acte de maltraitance au sein d'un établissement. La maltraitance est donc un sujet sensible sur lequel les pouvoirs publics ont l'obligation d'agir. Chaque cas de maltraitance est unique et particulier, il mérite un traitement approprié et personnalisé. Pour autant l'existence d'un tel phénomène relève de la responsabilité collective. La maltraitance ne doit pas être une fatalité, ni pour les résidents, ni pour les personnels.

Néanmoins, les actions engagées pour prévenir et lutter contre la maltraitance en institution sont essentiellement tournées vers le secteur médico-social et ne concernent que très peu le secteur sanitaire. Ainsi, un programme de prévention et de lutte contre la maltraitance a été mis en place par la DGAS depuis 2002 avec notamment un quota d'inspection à réaliser mais il ne concerne que les établissements sociaux et médico – sociaux. On peut considérer que le secteur médico – social est en avance sur le secteur sanitaire concernant cette thématique. Les politiques de bientraitance mise en œuvre ces dernières années vont d'ailleurs dans ce sens. Dans son discours du 13 mai 2009, Valérie Létard, Secrétaire d'Etat à la Solidarité a rappelé l'importance du 3977 et a souhaité un renforcement du rôle de l'Etat – garant pour les résidents et les personnels - mais aussi une mobilisation des professionnels sur la bientraitance des personnes âgées. La ministre a alors insisté sur la culture de la bientraitance qui est une démarche collective visant à assurer le meilleur accompagnement possible pour la personne âgée, dans le respect de ses choix et l'adaptation à ses besoins, à domicile ou en établissement. Ce volontarisme a été repris par son successeur, Nora Berra, Secrétaire d'Etat chargée des aînés auprès du Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Dans un discours⁴ donné suite à un cas de maltraitance révélé dans une maison de retraite de Bayonne en octobre 2009, cette dernière souligne que la maltraitance ne saurait être tolérée et propose une série de mesures pour y remédier. Parmi ces mesures figurent notamment la volonté d'une refonte dans un document simplifié, unique et lisible de l'ensemble des instructions sur la prévention et la lutte contre la maltraitance. Toutes ces politiques dynamiques ont cependant un défaut : elles ne s'adressent qu'au secteur médico – social et semblent occulter le domaine sanitaire.

³ Emission diffusée sur France 2 le 22/10/2008 sur le thème « Chronique d'une maltraitance ordinaire »

⁴ Discours prononcé le 2/12/2009 sur les résultats de l'enquête concernant la maison de retraite de Bayonne.

Or, s'il existe de la maltraitance dans les établissements relevant du secteur médico – social, cette problématique se pose également dans les établissements relevant du secteur sanitaire, notamment dans les services accueillant à long terme les patients comme les USLD. Du fait du type de public accueilli mais aussi de la durée de séjour des personnes âgées, il existe aussi des risques de maltraitance dans ce type d'établissement. En effet, les personnes âgées dépendantes, nécessitant un placement en institution seront selon leur profil et leur besoin en terme de soins, orientées soit vers un EHPAD, soit vers une USLD. Si la maltraitance en EHPAD est un sujet qui a largement été étudié dans la littérature, cette même question est abordée dans une moindre mesure concernant les USLD.

Les USLD hébergent et soignent les personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des traitements prolongés. Ces établissements accueillent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence médicale et une présence infirmière continue, et peuvent requérir l'accès à un plateau technique dont ne sont pas équipés les EHPAD. Selon l'enquête EHPA de 2006, 56% des patients accueillis sont atteints de pathologies démentielles. Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico – social, soit provenant directement du domicile. Un tiers des patients d'USLD viennent de SSR, les autres viennent soit directement du domicile soit de maisons de retraites. En conséquence, ils permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.

Ainsi, les USLD sont donc destinés à accueillir des personnes très dépendantes, les autres étant accueillis en EHPAD. Or, ces unités relèvent du domaine sanitaire tout en ayant vocation à proposer un projet de vie aux personnes âgées. Elles couplent ainsi un niveau de soins élevés à un projet d'accompagnement social et médico – social. Tous les états de santé ayant une composante médicale et une composante sociale, les USLD répondent parfaitement à cette réalité.

Même s'il est actuellement question d'effectuer une partition des USLD, et de distinguer les places qui relèvent des EHPAD de celles qui sont réellement des places d'USLD, l'accroissement et le vieillissement de la population⁵ implique une augmentation de la dépendance et donc une forte hausse du nombre de personnes à accueillir en USLD. Plus la personne est dépendante, plus elle est conduite à quitter un logement ordinaire pour être hébergée dans un établissement. Ainsi en 2004, les deux tiers des personnes âgées les plus dépendantes habitaient en maison de retraite ou en USLD. Au fil du temps on constate qu'en évolution, le degré moyen de dépendance des personnes âgées en établissement s'est fortement accru. Les personnes restent à leur domicile le plus longtemps possible et reculent au maximum la date de leur entrée en institution. Cela a pour incidence des personnes plus dépendantes à prendre en charge par l'institution, ayant des besoins en soins plus lourds.

Il y a là de fait un report du médico – social vers le sanitaire et le nombre de personnes placées en USLD ne va cesser de croître dans les années à venir.

En Ile de France, les USLD représentent 1 436 640 journées suite à la coupe PATHOS 2006. Pour répondre à ces besoins, le SROS d'Ile de France a été constitué en respectant le taux moyen national de six lits d'USLD pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Cette hausse d' « affluence » en USLD entraîne avec elle une hausse du risque de maltraitance dans ces structures. Or, il n'existe pas de définition officielle de ce qu'est la maltraitance. Lorsque l'on interroge une personne sur le mot « maltraitance », elle évoque systématiquement les personnes âgées et les maisons de retraites, les EHPAD. De cette difficulté de définition découle la difficulté de détecter la maltraitance. Ainsi, se pose la question de comment aborder ce problème en tant que service déconcentré de l'Etat chargé du contrôle des établissements et de la protection, de la sécurité et de la santé des personnes ? C'est en effet lors des inspections en établissement que les services de l'Etat peuvent évaluer s'il y a ou non des actes ou des risques de maltraitance envers les personnes accueillies. La loi française protège les personnes vulnérables dont les personnes âgées font partie, l'Etat ne peut donc pas tolérer la subsistance de maltraitance à leur égard.

Cette question s'est posée à moi lors de mon stage professionnel. Je l'ai effectué à la DRASS d'Ile de France au sein de la MRIICE et le sujet a été abordé lors d'une réunion entre les inspecteurs référents MRIICE en DDASS et le service de la MRIICE.

⁵ Selon l'INSEE, entre 2005 et 2015, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus devrait augmenter lentement de 0.9% par an en moyenne annuelle

Dans le cadre de la préparation du PRIICE 2009 et du bilan 2008, un débat a été ouvert concernant la maltraitance en établissement ainsi que la place de l'IASS lors des inspections en USLD. Le PRIICE reprend les objectifs du plan maltraitance et prend donc en compte la question de la maltraitance sur le secteur médico – social. Par contre, il n'existe pas d'équivalent sur le sanitaire et plus particulièrement au sujet des USLD. La MRIICE s'est alors interrogée sur la place que l'on pourrait donner à des inspections maltraitance en USLD. Il est également ressorti de ce débat, que les inspections sur ce secteur étaient sources de frustrations pour les IASS car elles étaient essentiellement gérées par les MISP et axées sur les soins et les actes médicaux mais peu sur la prise en charge quotidienne des patients, les IASS n'intervenant le plus souvent que sur les questions administratives et budgétaires. Cette répartition des rôles s'est faite au fil du temps et rend difficile pour les IASS les investigations sur les modalités de prise en charge. Cette approche de l'inspection ne permet pas en l'état actuel de pouvoir détecter les actes ou risques de maltraitance. Ce constat est principalement dû à l'absence d'outils mis à la disposition de l'inspecteur mais aussi du fait que peu d'inspections globales sont actuellement réalisées sur le secteur sanitaire, les services de l'Etat assurant avant tout des visites de conformité.

Bien qu'aborder un problème par le biais de la maltraitance revienne à aborder les choses de façon négative, il n'est parfois pas possible aux services déconcentrés de l'aborder différemment et l'inspection est dans ce cas le seul outil dont il dispose pour évaluer la gravité d'une situation.

A l'issue de cette réunion, j'ai décidé de me saisir de ces interrogations et des besoins exprimés par mes futurs collègues et j'avais donc trouvé mon sujet de mémoire professionnel. Mon raisonnement est parti du postulat qu'il peut y avoir aussi de la maltraitance dans les USLD et qu'il fallait donc non seulement s'y intéresser mais aussi essayer de donner des outils à l'inspecteur pour qu'il puisse mener à bien ses missions d'inspections dans ces unités. J'ai alors relevé deux constats. Tout d'abord, du fait du public accueilli, les USLD et les EHPAD ont beaucoup de points communs. Ensuite, de nombreux outils ont été créés sur le secteur médico – social concernant la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Je me suis donc demandé quelle était la place de la lutte de la maltraitance dans les USLD et s'il était possible d'utiliser ou d'adapter les outils mis en place sur le secteur médico – social pour le secteur sanitaire et plus particulièrement pour les USLD.

Pour ce faire, je me suis beaucoup documentée sur ce qui a été fait sur le secteur médico – social à propos de cette thématique et notamment au niveau des EHPAD tant sur l'aspect de la prévention de la maltraitance que sur l'aspect de sa détection. J'ai ensuite rencontré des inspecteurs et des MISP pour qu'ils me fassent part de manière plus précise de leur

approche sur ce sujet. J'ai également rencontré d'autres professionnels tels que des directrices des soins, des cadres de santé, des infirmières et des aides soignantes. Je tenais à avoir ce double regard avec d'une part le point de vue des acteurs de terrain et de l'autre celui des services de l'Etat. Ainsi, chaque professionnel, m'a apporté une vision générale du sujet mais aussi des informations liées aux particularités propres à sa fonction. Enfin, j'ai effectué mon « stage extérieur » d'un mois au sein de l'USLD Babinski, à l'hôpital Charles Foix⁶, ce qui m'a permis d'avoir une vision globale de la vie de tels services et de connaître le point de vue des professionnels de ce secteur sur le thème de mon mémoire. Bien que mon mémoire concerne une thématique générale et qu'il n'ait pas de réel encrage territorial, les éléments m'ayant permis d'étayer mon propos ont été recueillis dans le contexte particulier de l'Ile de France. Les grilles d'entretiens utilisées ont été mises en annexes. Il s'agit cependant d'un support type qui a donné un cadre à mes entretiens mais ces derniers ont été semi – directifs. Les personnes rencontrées abordaient parfois des points dans le désordre, revenaient en arrière sur leurs propos ou émettaient de nouveaux arguments. Il s'est en réalité plus agité d'échanges que d'entretiens.

A l'issue de cette réflexion j'ai élaboré un plan en trois parties. Une première partie présentera le travail effectué sur la maltraitance durant ces dernières années, principalement sur le secteur médico – social. La seconde partie mettra en avant mes observations de terrain à savoir le travail effectué par les professionnels dans les USLD. Enfin, la troisième et dernière partie proposera l'utilisation des outils du médico - social lors des inspections en USLD après en avoir montré la pertinence et invitera à donner plus de place aux IASS lors de ces mêmes inspections.

⁶ Hôpital Charles Foix 7 avenue de la République 94200 Ivry sur Seine

1 Maltraitance et USLD

1.1 Etat de la question, éléments de définitions

Antonyme de la bienveillance, la maltraitance est un néologisme⁷. Le terme maltraitance n'existe pas à l'inverse du verbe « maltraiter ». Ainsi, maltraiter revient à traiter mal. Tout acte qui ne répond pas aux besoins d'une personne ou qui nuit à son bien être peut être considéré comme un acte de maltraitance. Selon le dictionnaire « Le Robert » la maltraitance est la répétition de mauvais traitements sur quelqu'un. Or, ne suffit-il pas d'un évènement pour qu'il y ait maltraitance ? Pourtant, il est important de faire la distinction entre les situations durables qui sont le quotidien des résidents et les situations ponctuelles imputées à une crise passagère. Le terme de maltraitance a un caractère flou et normatif⁸. En l'absence de définition juridique, les pouvoirs publics et les professionnels se réfèrent à la classification du Conseil de l'Europe⁹ : « *La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ». De même, en 1992, le Conseil de l'Europe a proposé une classification des différentes formes de maltraitance. Il retient sept catégories : les violences physiques, les violences psychiques ou morales, les violences matérielles et financières, les violences médicales ou médicamenteuses, les négligences actives, les négligences passives, et les privations ou violations de droits. Le terme maltraitance recoupe ainsi les violences et les négligences.

Si cette définition et cette classification sont communément acceptées, divers professionnels ont donné leur définition de la maltraitance et plus particulièrement de la violence institutionnelle. En effet, de par sa nature, l'institution peut être maltraitante mais les violences subies par l'usager au sein même de l'institution peuvent aussi être du fait des usagers entre eux. *Ainsi, la maltraitance, sous toutes ses formes, représente l'atteinte la plus grave à la dignité des personnes accueillies.* Selon Bruno Fabre, responsable de la MRIICE à la DRASS du Centre, peut être qualifiée de maltraitance institutionnelle « *toute forme de violence qui se déroule de façon endémique dans un établissement sans que le*

⁷ Définition de Catherine Defresne, Les concepts en sciences infirmières sous la direction de Monique Formarier et Ljiljana Jovic, Editions Mollet Conseil, 2009

⁸ Maltraitance : une notion floue, des réalités incontournables – Paul Durning – ADSP 31/06/2000

⁹ Définition de la violence proposée par une commission du Conseil de l'Europe en 1987

phénomène ne soit nommé, voire qu'il soit dénié ou banalisé et sans qu'une analyse ne soit entreprise pour en saisir les éléments ».

Pour Eliane Corbet, docteur en psychopédagogie, « *Il existe une violence faite à l'utilisateur dès qu'une institution ne remplit pas ou plus sa mission à son égard, dès que la qualité de son accueil n'est plus garantie, dès que les intérêts de l'institution priment sur ceux de l'utilisateur accueilli ».*

De son côté, Stanislas Tomckiewicz, pédopsychiatre, annonce : « *J'appelle violence institutionnelle toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure ».* Cette définition propre à la maltraitance envers les enfants peut être transposée à l'ensemble des établissements accueillants des publics vulnérables.

Il ressort des citations de ces professionnels, que la maltraitance en établissement apparaît souvent comme le symptôme de lacunes institutionnelles graves. En effet, une institution qui n'a pas de démarche active de bienveillance court le risque de voir survenir en son sein des maltraitements de différentes sortes. Les dysfonctionnements d'un établissement constituent des facteurs de risque, de gravité variable, susceptibles de menacer la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien être physique et/ou moral des personnes accueillies. « *La logique institutionnelle et l'éloignement de la « vie ordinaire » peuvent faciliter les rapports de domination, voire de violence, entre les professionnels en capacité de maîtriser la situation et des usagers en position de dépendance ».*¹⁰

La définition de la maltraitance est subjective et évolutive. Il n'existe pas de réelle définition de cette notion mais un certain nombre de critères peut y être associé. Chacun, selon sa perception peut en donner une définition qui lui est propre. Aussi, il est difficile d'harmoniser toutes ses approches car elles relèvent du degré d'appréciation de chacun en fonction de critères individuels, du seuil de tolérance et d'acceptation de la douleur, du poids de la gravité, des conséquences, de l'intentionnalité de l'auteur et de la perception de la victime. Ce qui est considéré par l'un comme de la maltraitance ne le sera pas forcément par un autre. Néanmoins, deux notions peuvent être utilisées pour caractériser la maltraitance, celle - ci relève soit de la négligence soit de l'abus. Est considéré comme négligence le défaut de subvenir aux besoins d'une personne âgée qu'il s'agisse d'une négligence active comme un refus d'aide ou d'une négligence passive comme une

¹⁰Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance en établissement, Décembre 2008

absence d'intervention. A l'inverse, l'abus se caractérise par une contrainte volontaire et active qui a pour but de nuire à la personne âgée.

Un rapport du Sénat concernant la maltraitance indique d'ailleurs, qu'il existe de fait de multiples définitions de la maltraitance et que c'est le croisement de toutes ces définitions qui donne une grille de lecture commune de ce phénomène¹¹. De plus, l'ensemble des professionnels rappelle que la maltraitance ne s'apprécie pas uniquement sur un acte précis mais aussi en prenant en compte tout un contexte. Selon l'association ALMA, tout personnel soignant peut être potentiellement mal traitant : un comportement énervant répété de la personne, des problèmes personnels, une charge de travail trop lourde, un travail considéré comme non gratifiant, non valorisant... La maltraitance correspond souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes vulnérables. Il est rare qu'elle se traduise par des faits particulièrement graves et spectaculaires. Au sein de l'établissement, c'est le personnel qui est le plus fréquemment incriminé. Les défaillances patentes peuvent être liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompetence... Par ailleurs, des études de terrain¹² ont mis en évidence les liens étroits entre certaines pathologies et les risques de survenance de maltraitance : troubles du comportement de type démentiel ou apparenté, avec des symptômes d'absence de communication verbale, hémiplégie, maladie de Parkinson, troubles sévères du comportement. Ainsi, la très grande dépendance et les déficiences qui l'accompagnent, notamment l'incontinence urinaire et fécale, les chutes à répétition, les dyspnées avec l'expectoration chronique, caractérise souvent les victimes. A contrario, une enquête de la DREES¹³ sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance. Ce décalage de perception peut être du au déni mais aussi à la peur des représailles et à la crainte de manquer de crédibilité.

¹¹ Rapport de la Commission d'Enquête du Sénat n°339 (2002 – 2003) de MM Jean-Marc Juilhard et Paul Blanc : « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence »

¹² Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, rapport du groupe de travail présidé par Michel Debout, Edition ENSP - 2003

¹³ « Une maltraitance ordinaire » lettre de la DREES février 2005

1.2 L'évaluation de la maltraitance et la politique de bientraitance

1.2.1 Les textes législatifs

Au fil de temps, les textes législatifs ont évolué avec pour volonté un plus grand respect des garanties de la personne mais aussi la volonté de « resituer la personne au centre du dispositif ». Ainsi, l'un des points majeur de la Loi 2002 - 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, est de renforcer les garanties de la personne accueillie. L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge dans les établissements médico-sociaux. A cette fin, la loi prévoit des outils obligatoires pour tout établissement (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour et conseil de la vie sociale). Ces outils ont notamment pour finalité de garantir l'exercice effectif des droits des usagers et par là même notamment à éviter tout risque de maltraitance. Enfin, la loi instaure un plus grand niveau d'exigence concernant la qualité de la prise en charge et des prestations fournies avec notamment l'obligation de rédiger un projet d'établissement et une limitation de la durée de l'autorisation (maximum 15 ans).

La loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vise deux objectifs. Elle vise à développer la démocratie sanitaire en reconnaissant des droits pour toute personne dans ses relations avec le système de santé, en instaurant des droits des usagers et en les associant au fonctionnement du système de santé, et en permettant l'élaboration de politiques de santé tant au niveau national que régional. Elle vise également à améliorer la qualité du système de santé en développant les compétences des professionnels, la formation médicale continue et une politique de prévention globale. Elle réaffirme l'importance du respect de l'intégrité de la personne humaine et stipule que la relation à autrui impose le respect de son corps et de son être dans sa totalité : un et indivisible.

Ces nouveaux textes ont pour objectif de faire de l'utilisateur un citoyen à part entière auquel l'établissement doit assurer non seulement des prestations couvrant les besoins élémentaires de la vie ainsi qu'une assistance dans tous les actes du quotidien, mais aussi des prestations suffisantes pour fournir de la sûreté personnelle en protégeant l'intégrité et l'intimité et en suppléant la dépendance, pour assurer le respect des droits et libertés individuelles, et pour garantir une existence comportant des liens avec la famille et le milieu extérieur. A cette fin, les établissements doivent s'engager à respecter des obligations de professionnalisme avec des équipes pluridisciplinaires qualifiées, une

évaluation formalisée de leurs activités avec une coordination et une complémentarité dans leurs actions.

1.2.2 Des politiques publiques axées sur le secteur médico - social

De nombreux programmes concernant les personnes âgées ont été mis en place ces dernières années et chacun d'entre eux a abordé la question de la lutte contre la maltraitance et la mise en œuvre de politiques de bienveillance.

1.2.2.1 Le Plan Solidarité Grand Age

Le PSGA¹⁴ fixe les grandes recommandations pour la prise en charge des personnes âgées. Il préconise notamment la constitution de filières de soins gériatriques hospitalières articulées très fortement avec l'ensemble des secteurs (médico – social, social et libéral). Son objectif principal est de constituer un continuum dans le parcours des patients, il sera à ce titre un des précurseurs de l'idée de filière gériatrique. Le placement d'une personne dans une structure inadaptée pouvant être la cause d'une maltraitance.

Le PSGA est surtout un des premiers textes à se pencher sur la question de la maltraitance à l'égard des personnes âgées, le point huit du plan étant dédié à cette thématique. Il indique en effet qu'une politique nationale est nécessaire pour prévenir la maltraitance mais aussi pour développer une culture de bienveillance appuyée sur un renforcement des moyens, de la formation et des démarches de qualité.

Dès lors, l'objectif est à la fois d'améliorer le signalement, renforcer la prévention et tirer toutes les conséquences des situations de maltraitance aussi bien en termes de sanction que d'actions correctives à mener.

Il avance également l'idée de l'auto-évaluation dans les établissements. En effet, des signes simples peuvent constituer un faisceau d'indices propices au développement de la maltraitance (absence de réunions de personnels depuis plusieurs mois, absence de cadre de santé, absentéisme du personnel, dégradation des conditions de travail, évolution rapide de la dépendance des personnes prises en charge, défaut de perspectives sur la formation, l'évaluation ou la progression de carrière des agents). Les guides d'auto-évaluation permettent aux établissements de les identifier et de les corriger.

¹⁴ Plan Solidarité Grand Age – Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille – 27 juin 2006

Tous ces signes sont d'ailleurs également à rechercher par les IASS lors des inspections dans les établissements. D'ailleurs, il préconise qu'un programme d'inspection régulière doit être mis en place.

Il insiste également sur la prévention de la maltraitance et préconise d'inscrire dans le plan de formation et dans le projet d'établissement un volet concernant la politique de lutte contre la maltraitance (connaissance de la personne âgée et de sa maladie, apprentissage des actes quotidiens, anticipation des crises...)

1.2.2.2 Le plan Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les affections apparentées, neurodégénératives ou vasculaires représentent une des principales causes de dépendance au grand âge. Ces affections sont responsables de 70 % des entrées en institution. Environ 850 000 personnes sont atteintes en France et 225 000 nouveaux cas sont détectés par an. Aujourd'hui cette maladie constitue un axe de préoccupation fort dans la politique de santé publique et elle a fait l'objet de deux plans successifs (2004 / 2008-2012). Ces plans reconnaissent la nécessité de structures spécialisées pour répondre à cette pathologie ainsi que la professionnalisation des métiers de l'aide à la dépendance et le renforcement de leur attractivité.

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008 – 2012 s'intéresse plus particulièrement aux USLD. Elle prévoit de généraliser la réalisation d'URH (Unité d'Hébergement Renforcé) dans les USLD selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées. Ces unités s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. L'URH propose un hébergement séquentiel, des soins et des activités sociales et thérapeutiques adaptés à cette pathologie, et fonctionne nuit et jour. Ces petites unités impliquent la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades, l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé, la participation des familles et des proches et la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

1.2.3 La filière gériatrique

Le vieillissement de la population est à l'origine d'un accroissement de la demande de soins hospitaliers autant individuelle que collective et ces besoins en soins sont

spécifiques. Le PSGA indique que les personnes âgées représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions à l'hôpital sont non programmées. L'offre sanitaire et médico – sociale doit être adaptée au caractère le plus souvent évolutif des besoins de patients âgés. Cette offre implique une prise en charge pluri professionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi partenarial et d'une filière hospitalière.

Le système de prise en charge dans son ensemble peut lui aussi être source de maltraitance, faute de place en établissements ou dans des SSAD, faute de référent compétent pour les problèmes de santé spécifiques aux malades âgés et très âgés. Le manque de lits pour personnes âgées peut se traduire par une longue attente aux urgences ou une orientation du patient vers un service de spécialité qui ne correspond pas toujours à son état.

Aussi, il est important de créer une filière gériatrique qui permette de répondre rapidement aux besoins des personnes âgées et de constituer ainsi un réseau de prise en charge. Il s'agit de mettre en place une palette complète de prise en charge spécifique en gériatrie tant pour les hospitalisations programmées que pour les hospitalisations non programmées. La filière de soin doit permettre une prise en charge globale de la personne âgée qui tienne compte de sa fragilité, qui préserve son autonomie, et qui favorise son retour au domicile dans les meilleures conditions.

La notion de filière gériatrique a été consacrée par des textes officiels¹⁵ et son organisation dans chaque territoire de santé d'île de France a été imposée comme un des thèmes obligatoires des projets médicaux de territoire. Ces derniers ont vocation à définir les modalités organisationnelle et fonctionnelle des différentes structures entre elles en tenant compte des recommandations du SROS, qui prévoit des cibles en terme d'implantation d'équipement et détermine les priorités dans les domaines concernés. En Ile de France, le développement de la gériatrie est donc un domaine prioritaire pour l'ARHIF. Les USDL sont régies par la loi hospitalière de 1991¹⁶, notamment par la planification sanitaire qui vise à développer harmonieusement tant géographiquement que fonctionnellement les capacités hospitalières.

Une filière gériatrique doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère

¹⁵ Circulaire DHOS/02 n° 2007 – 117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

¹⁶ Loi n° 97 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

évolutif de ses besoins de santé. Une prise en charge gériatrique spécifique doit être organisée dès l'accueil des patients âgés au sein d'une filière de soins. Cette filière doit permettre d'éviter le choc psychologique de l'hospitalisation par une prise en charge globale de la personne fragile.

La filière de soins gériatriques est organisée autour d'un établissement « support » disposant sur site d'un court séjour, d'une équipe mobile gériatrique et d'un pôle ambulatoire gériatrique adossé à une structure des urgences qui comprend des SSR et USLD. Elle doit également être capable d'apporter une réponse de proximité. L'établissement support est l'hôpital qui doit alors jouer un rôle majeur dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées hospitalisées. La filière implique un ou plusieurs établissements, tous liés par convention. Elle doit rechercher une articulation forte avec les structures médico – sociales et sociales et les réseaux de santé « personnes âgées ». A ce titre, les USLD font partie intégrante de la filière gériatrique.

Le système de soin ne sera pleinement efficace pour la personne âgée qu'en resserrant les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital. Le médecin de famille, l'hôpital, les SSAD et les maisons de retraite formeront désormais un réseau pour que les patients passent facilement d'une structure à l'autre. L'intérêt de la filière gériatrique est de permettre à l'hôpital d'orienter les patients à leurs sorties mais aussi de faciliter l'accès aux soins des personnes en EHPAD.

L'objectif de la filière gériatrique peut être représenté par l'image « du bon patient dans le bon lit ».

1.3 Les spécificités du long séjour

1.3.1 Le rôle des USLD

Les USLD ont pour but d'accueillir les personnes âgées ayant perdu leur autonomie fonctionnelle et nécessitant des soins d'entretien de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale constante. Elles sont souvent intégrées dans des structures gériatriques plus grandes et participent ainsi au fonctionnement des filières gériatriques. Il est maintenant reconnu que de nombreux patients âgés nécessitent leur maintien ou leur intégration dans des structures hospitalières permettant au long cours d'offrir, indépendamment des soins consécutifs à leur dépendance lourde, une prise en charge médicale continue.

Les USLD sont à la fois des lieux de soins et des lieux de vie. Ce sont des lieux qui offre à la personne âgée un cadre de vie lui permettant de vivre sereinement et en sécurité, dans le respect de son intimité, de sa dignité et de sa liberté. Ces unités définissent avec et pour chaque personne âgée, un projet de vie dans lequel s'inscrit le projet de soins. Il est réalisé en vue de préserver et de maintenir l'autonomie de la personne et de favoriser des actions permettant des ouvertures sur le monde extérieur, mais il y règne une ambiance technique liée au soin.

Quatre grandes missions peuvent être dévolues aux USLD, il s'agit :

- D'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels
- De prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes
- D'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie
- D'assurer l'accompagnement des familles et des proches

La majorité de ces services est rattachée à un établissement hospitalier. Les USLD apportent une réponse sanitaire indispensable aux personnes âgées dépendantes. En Ile de France, elles sont gérés par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (A.P.-H.P.) et par des structures associatives.

1.3.2 Les conditions matérielles des USLD

Leur architecture est de type hospitalière avec des chambre d'un à 4 lits, des sanitaires +/- étudiés, pas de mobilier personnel, une ambiance « technique », fonctionnelle. Pourtant, la circulaire du 10 mai 2007 indique clairement les conditions minimales requises pour une bonne prise en charge des patients au sein d'une USLD. Concernant le dimensionnement, il est souhaitable qu'une USLD dispose d'un minimum de 30 lits. En terme de personnel médical et non médical, une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24h sur 24h. Des gardes et des astreintes doivent également être mise en place. Les effectifs soignants sont déterminés par le calcul de la dotation

soin¹⁷. En tout état de cause, le cahier des charges recommande un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients qui ne doit pas cependant être considéré comme une norme, soit un taux d'encadrement de l'ordre de 1.1 ETP par lit. Ce taux recouvre :

- 0.5 ETP de personnel médical pour environ 30 lits
- 0.8 ETP de personnel soignant (infirmier, aide soignant, agent hospitalier) par lit
- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Ces recommandations constituent bien sur un idéal d'encadrement qui malheureusement dans les faits n'est pas toujours atteint. Pourtant, il serait souhaitable d'y parvenir car un bon taux d'encadrement vise à réduire les risques de maltraitances.

A terme, les USLD devraient disposer de locaux et d'équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique et/ou psychique :

- des chambres à un ou deux lits équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un WC avec un cabinet de toilette ou une douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant,
- des espaces de circulation équipés de main courante,
- un lieu de réception des familles,
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...)

Dans les faits, de gros travaux devront être effectués afin de mettre en conformité avec ces recommandations les locaux de nombreuses USLD d'Ile de France car beaucoup sont situées au sein d'hôpitaux disposant de vieilles bâtisses.

1.3.3 La réforme des USLD

Les personnes âgées dépendantes accueillies en USLD nécessitent en principe des soins médicaux ou une présence continue, mais certaines études montrent que les populations des EHPAD et des USLD tendent à s'homogénéiser au fil du temps. De plus, certaines personnes sont prises en charges en USLD à défaut de place en EHPAD.

« Aujourd'hui, de nombreuses personnes âgées dépendantes sont accueillies dans des structures hospitalières de long séjour ; ces structures ne peuvent pas offrir aux

¹⁷ Basée sur le GMPS de l'USLD, qui tient compte du GMP et du PMP

personnes âgées qui en ont besoin un accompagnement complet de la dépendance (définition du projet de vie de la personne âgée, auxiliaires psychologiques, animation...)
» c'est sur la base de cet argument que Philippe BAS justifie la réforme des USLD.

Les USLD ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD et la réforme a été amorcée par la circulaire du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006 modifiée.

La réforme a pour but de recentrer la place et les missions des USLD dans le système de santé en assurant une couverture de qualité des besoins sanitaires des personnes âgées poly-pathologiques. Il va s'agir de distinguer au vu des personnes accueillies et en se basant sur l'outil PATHOS, le nombre de places relevant réellement des USLD de celui relevant des EHPAD. Ainsi, certaines places relevant actuellement du secteur du sanitaire entreraient dans le secteur médico-social. Cette répartition des lits a des conséquences sur le financement des places. En effet, les USLD, dont la spécificité est de prodiguer des soins à la personne âgée sont principalement financées par des crédits Assurance Maladie. Les EHPAD qui se caractérisent par l'hébergement de personnes âgées dépendantes sont eux financés à trois niveaux sur des crédits Assurance Maladie pour la partie soins, conseil général pour la partie dépendance et la personne elle-même ou le conseil général au titre de l'aide sociale pour la partie hébergement et doivent faire l'objet d'une convention tripartite. Néanmoins, les USLD relèvent toujours de la compétence du domaine sanitaire. L'objet de la réforme consiste à redimensionner les USLD pour en faire des structures où ne sont délivrés que des soins médicaux techniques importants (SMTI), c'est-à-dire des unités dont l'unique vocation serait de prendre en charge des personnes «hospitalo - requérantes», présentant une certaine pathologie en plus de leur dépendance.

A ce titre, l'outil PATHOS élaboré en 2001 va permettre d'évaluer le niveau de soins nécessaires à chaque personne âgée.

La réforme a vocation à améliorer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement de la dépendance afin que chaque personne âgée soit accueillie dans une institution adaptée à ses besoins. De même, la réforme espère fluidifier la filière gériatrique et devrait permettre aux hôpitaux de renforcer leurs services.

Selon le mini fichier édité par l'ORS sur les établissements pour personnes âgées en Ile de France, 6797 places d'USLD non EHPAD et 1163 places d'USLD EHPAD ont été recensées au 31 décembre 2006.

La partition et la redéfinition des USLD devaient initialement être achevées avant le 1^{er} janvier 2007 et malgré les différentes circulaires d'application rappelant l'obligation faite aux USLD, il semble que cette réforme fasse débat. La réforme suscite des inquiétudes chez les médecins gériatres qui appréhendent une baisse de moyens pour assurer leurs missions. Ils considèrent que dans les faits moins de 10% des patients accueillis devraient effectivement être en EHPAD car nécessitant de moindre soins.

1.3.4 Un parallèle entre les EHPAD et les USLD

1.3.4.1 Les points communs entre EHPAD et USLD

Quel que soit le type d'institution dans lequel la personne est placée, les problèmes liés au grand âge et à la dépendance sont communs. Il s'agit notamment des chutes, de la perte de mobilité, de la désorientation, de la gestion de la douleur, des risques d'escarres, des questions d'hygiène, des questions d'éthique, des risques de fugues entre autre. L'institution doit donc être en mesure de prendre en charge ces problématiques, et essayer d'en limiter les effets négatifs. Il est primordial de préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition. A titre d'exemple, l'incontinence est un problème courant chez les personnes âgées pourtant il est important de maintenir l'autonomie de la personne concernant la propreté le plus longtemps possible. Cela peut d'ailleurs être source de maltraitance puisque dans certaines structures pour faciliter le travail des aides soignantes, l'ensemble des personnes accueillies portent des couches afin de ne pas avoir à les accompagner aux toilettes. Ce constat est fait tant en EHPAD qu'en USLD. Cet exemple montre bien que les différentes formes de maltraitances interagissent entre elles. En effet, la banalisation du port de change par une personne continente, va provoquer chez elle un sentiment de honte, d'humiliation, de perte de confiance et d'estime en soi mais va aussi augmenter le risque d'escarres et favoriser une réelle incontinence.

En EHPAD comme en USLD, le tarif journalier applicable se décompose en un forfait soins (versé directement par l'assurance maladie à l'établissement sous forme de dotation), des tarifs dépendance variables selon le degré de dépendance et des tarifs hébergement variant en fonction de l'accueil en chambre seule ou chambre multiple.

Actuellement, les USLD jouent parfois un rôle d'attente de placement en EHPAD, de patients ne nécessitant pas une surveillance médicale rapprochée. Cet état de fait

montre bien les points communs qui peuvent exister entre ces deux types de prise en charge de la personne âgée dépendante.

Sur le terrain, un lien important est fait entre les EHPAD et les USLD notamment dans le cadre des filières gériatriques. En effet, certains EHPAD peuvent se retrouver en difficulté lors des décompensations de certains de leurs résidents et faire appel alors à des USLD.

1.3.4.2 Les différences entre EHPAD et USLD

Bien que le public accueilli par les USLD et les EHPAD tende à s'homogénéiser, des différences fondamentales subsistent entre ses deux types de structures.

Leur statut est différent. Les EHPAD doivent signer une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et l'Etat afin de mettre en œuvre une démarche qualité et d'améliorer la médicalisation. Ces conventions donnent à l'établissement des moyens supplémentaires à condition que des améliorations soient apportées dans les cinq ans à venir. Par ailleurs, la loi 2002 – 2 impose à ces établissements de réaliser une évaluation tant externe qu'interne qui doit être communiquée à l'autorité de tarification.

Une des principales différences tient au besoin particulier en soins des personnes âgées relevant de la compétence des USLD. Ces personnes ne pourraient, pour la plupart, pas être accueillies en EHPAD.

Les USLD doivent avoir accès à un plateau technique minimum (fluides médicaux, appareil d'électrocardiographie (ECG), accès à un laboratoire d'analyses médicales et à un centre d'imagerie médicale par convention¹⁸.

Contrairement au secteur médico-social où il existe la culture de l'accompagnement, cette notion est peu présente dans le sanitaire. En effet, la culture sanitaire est plus centrée sur le soin. Par ailleurs, dans le secteur sanitaire, on parle plus facilement de patient plutôt que d'usager. Cette différence de vocabulaire est révélatrice de la place qui est faite à la personne au sein de la structure.

¹⁸ Loi n°2005 – 1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46

1.3.5 L'absence de lisibilité sur la maltraitance en USLD

L'ordonnance du 24 avril 1996 met en place une démarche d'évaluation au sein des établissements de santé. Ainsi, l'article L 6113 – 3 du Code de la Santé Publique indique : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé, publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* ». Cette procédure de certification a pour axe fort la sécurité qui est une des composantes majeures de la qualité des soins. Il s'agit d'apprécier de façon indépendante les bonnes pratiques cliniques et professionnelles des établissements de santé à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels.

Cette certification relève de l'HAS, organisme créé par la loi du 13 août 2004¹⁹ en remplacement de l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé dont elle reprend les missions. L'HAS se voit également dotée de missions supplémentaires notamment concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Ainsi, la certification V2 impose aux établissements de s'intéresser à la pertinence des pratiques, aux risques liés aux soins et à la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux. S'il s'agit là d'une première étape dans l'amélioration de la qualité, la lutte contre la maltraitance est peu présente dans la démarche de certification et il n'y est pas fait référence de manière explicite. Néanmoins, cette démarche « qualité » pour reprendre une expression du secteur marchand amène les professionnels eux mêmes à analyser les systèmes et leurs propres pratiques, cela peut induire une modification de ces mêmes pratiques. Il s'agit de mettre en lumière une meilleure prise en compte des besoins de la personne accueillie dans l'optique d'une protection de cette dernière. Le manuel de certification V2010, dans son chapitre 2 sur la prise en charge du patient aborde la question de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance. Et la gestion des événements indésirables fait partie des Pratiques Exigibles Prioritaires.

1.4 L'évaluation de la maltraitance par les services de l'Etat

1.4.1 Le rôle et le cadre juridique de l'inspection

C'est notamment au travers de l'inspection que les services de l'Etat peuvent constater des actes ou des risques d'actes de maltraitance au sein d'un établissement. Il

s'agit d'un outil au service des agents de l'Etat pour lutter contre le phénomène de maltraitance.

« Les inspections sont des investigations approfondies mettant en œuvre l'autorité de l'Etat, en vertu des textes ou du devoir général de protection des personnes. Elles sont effectuées à partir de démarches sur place (entretiens, observations, examens de dossiers et de documents, vérifications de toutes natures »²⁰.

Plusieurs textes officiels apportent un cadre juridique à l'inspection. Les USLD relevant du secteur sanitaire, les références juridiques qui encadrent l'inspection de ces établissements sont à rechercher dans le Code de Santé Publique (CSP).

L'article L 1421-1 du CSP indique : *« Le contrôle sur place ou inspection est une procédure administrative qui consiste à effectuer, sur place, des investigations approfondies, réalisées par des fonctionnaires de l'Etat, de ses établissements publics, des collectivités locales ou par des personnes expressément habilitées, et ce quel que soit le but de ces investigations.*

Les corps d'inspection de catégorie A : PHISP, MISP, IASS, IGS, IES. Un seul corps de fonctionnaire de catégorie B : les techniciens sanitaires.

Les 6 corps de fonctionnaires contrôlent « dans le cadre de leurs compétences respectives :

- *l'application des règles générales d'hygiène*
- *l'application des lois et règlements relatifs :*
 - o *à la prévention des risques sanitaires des milieux*
 - o *aux eaux destinées à la consommation humaine*
 - o *à la protection des personnes en matière de recherche biomédicale et de médecine génétique*
 - o *au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain*
 - o *à la santé de la famille, de la mère et de l'enfant*
 - o *à la lutte contre les maladies ou dépendances*
 - o *aux professions de santé*
 - o *aux produits de santé*
 - o *aux établissements de santé*
 - o *aux LABM*
 - o *et autres services de santé ».*

¹⁹ Loi n° 2004 – 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

²⁰ Guide des bonnes pratiques d'inspection – IGAS – Collection MAFI

Le Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994, article 3 précise « *Les DDASS ont pour mission la protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiènes et la tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico – sociaux et sociaux* ».

L'article L 6116-1 du CSP (Ordonnance n° 2003-850 du 4/09/2009 art 1°) confie le contrôle de l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, aux MISP, aux PHISP, aux IASS, aux autres fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services déconcentrés du ministère de la santé et aux membres de l'IGAS.

Les textes précédemment cités donnent des pouvoirs exhaustifs et exclusifs à des corps de fonctionnaires limitativement énumérés dont font partie les IASS. Ils sont donc pleinement compétents dans les domaines de leur compétence pour participer aux inspections dans les USLD.

Dans le cadre de la protection des personnes accueillies, et dans une volonté d'amélioration de la réponse aux besoins de celles-ci, le contrôle par l'Etat a été renforcé. A partir de 1999, la MAFI et les MRIICE ont été créées pour renforcer les missions d'inspections dans les services déconcentrés²¹. La MAFI est chargée d'animer un réseau autour de la fonction inspection, elle élabore des guides pour les inspections. La MRIICE, service mis en place au sein des DRASS, coordonne la fonction inspection en apportant un appui méthodologique et un appui opérationnel. Ce service élabore également le PRIICE en lien avec les DDASS sur les deux domaines d'intervention des services déconcentrés prévus dans la Directive Nationale d'Orientation : la sécurité sanitaire et les établissements de santé, et le programme de lutte et de prévention de la maltraitance dans les établissements sociaux et médico – sociaux.

1.4.2 La place de l'inspection dans le dispositif de lutte contre la maltraitance

Deux types d'inspections doivent être identifiés, les inspections suite à plaintes et les inspections dans le cadre du plan maltraitance.

²¹ Note d'orientation du Ministère des Affaires Sociales (DAGPB et IGAS) du 18 mars 1999

1.4.2.1 Les inspections suite à plaintes

Chaque année, les DDASS réalisent des inspections en institution à la suite de plaintes, de signalements ou d'incidents, dont la plupart concerne une suspicion de maltraitance. Ces faits sont souvent dénoncés soit par les usagers eux-mêmes, soit par leur famille mais aussi par les personnels de la structure. Ces inspections sont souvent qualifiées de « curatives ».

Toute plainte évoquant une situation de maltraitance ou de violence doit, conformément à la circulaire n° 265/2002 du 30 avril 2002²², faire l'objet d'une enquête administrative qui a pour objet de s'assurer que les actes de maltraitance ne sont pas la conséquence d'un dysfonctionnement de l'établissement et de vérifier (au moyen d'une inspection sur place) que le fonctionnement de l'établissement ne menace pas la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies et que l'organisation de la structure ne favorise pas de tels passages à l'acte.

Des outils sont mis à la disposition des DDASS pour assurer le suivi de ces plaintes, notamment à travers l'application PRISME mise en place en juin 2003 par la DGAS. Ce système d'information permet de recueillir et d'analyser les signalements relatifs aux maltraitances et violences dans les ESMS mais aussi dans les USLD²³. PRISME permet de disposer d'une base de données nationale relative aux contrôles des établissements et aux signalements de situations de maltraitance. Il constitue un outil précieux d'observation et de mesure des phénomènes de maltraitance et de violences dans les établissements accueillant des personnes vulnérables. Il se décompose en un volet « signalement des maltraitances » (SIGNAL) qui permet de collecter et exploiter via les formulaires «fiches de signalement» les données relatives à des situations de maltraitance et/ou de violence dans un établissement et en un volet « inspections/contrôles » (VIGIE) qui collecte et exploite via les formulaires « fiche d'enquête administrative » les données relatives aux inspections effectuées dans le secteur.

Il existe un autre logiciel mis en place par la DHOS et la DGAS et s'appliquant aux deux secteurs dénommé PLAINTES mais qui reste un outil mis à disposition des services des DDASS sans obligation d'utilisation et donc inégalement utilisé.

²² Circulaire DGAS 5/ SD 2 n° 2002/265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico - sociales

²³ Circulaire DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 annexe 2 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

1.4.2.2 Le plan maltraitance

Initié et animé par la DGAS, le programme de contrôle pluriannuel a été mis en place en janvier 2002. Il répond à une double priorité : d'une part, la prévention et la lutte contre les violences en institution et, d'autre part, le renforcement de la fonction d'inspection dans les services déconcentrés, dans le cadre du dispositif mis en place en 1999 en vue d'appuyer la professionnalisation des missions de contrôle des DDASS et des DRASS.

Il porte sur le contrôle d'au moins 2000 structures sur cinq ans et concerne les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants, des personnes handicapées (adultes et mineurs), des personnes en difficultés sociales, des personnes âgées. Le caractère préventif de la démarche doit permettre d'établir une relation de confiance et d'impulser une démarche de coopération avec les établissements ; il s'agit d'instaurer une vigilance et un dialogue continu avec les institutions, afin de garantir que les établissements visités développent ou retrouvent leur vocation d'accueil, d'accompagnement ou de soins dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations et de respect des droits et libertés des personnes accueillies.

Le bilan d'étape du programme de contrôle pluriannuel en vue de repérer la maltraitance et les violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux fait apparaître que, compte tenu des modalités de mise en œuvre du programme (établissements ciblés, effet d'exemplarité, développement d'outils d'évaluation et d'analyse...), l'impact des contrôles dépasse largement les seuls établissements contrôlés. En effet, au-delà des inspections à titre préventif ou suite à des plaintes, les services déconcentrés ont un rôle d'impulsion, d'animation, d'appui technique et méthodologique, de suivi et d'accompagnement auprès des acteurs de terrain.

Ce programme, renouvelé et renforcé en 2007 a été nommé programme quinquennal de prévention et de lutte contre la maltraitance (2007 – 2012) pour les établissements médico – sociaux et est repris dans le cadre du PRIICE. Les modalités d'exécution de ce programme ont été précisées par l'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Trois grandes orientations ont découlées de cette circulaire :

- améliorer la procédure de signalement ;
- renforcer la fréquence et l'efficacité des contrôles ;
- mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance.

Ainsi, chaque année, un quota annuel d'inspection est fixé dans le but de détecter la maltraitance dans les structures et ce avec une répartition en fonction du public accueilli (50% des inspections sur le secteur handicap, 45% sur le secteur des personnes âgées et 5% concernant les structures accueillant des personnes en situation d'exclusion) afin de rétablir un équilibre entre les différentes populations, le secteur des personnes âgées étant un secteur naturellement plus inspecté, compte tenu du nombre important de plaintes.

Pour compléter ce dispositif, une circulaire DGAS/2A/2008/316 du 15 octobre 2008, relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées prévoit :

- le développement des contrôles inopinés ;
- la généralisation des démarches d'autoévaluation des pratiques de bientraitance ;
- des enquêtes flash.

Ce programme est une démarche de contrôle pour arrêter des pratiques déviantes mais il contient également une notion de prévention pour éviter que celles-ci n'apparaissent. De fait, la prévention de la maltraitance reste un objectif commun à toutes les missions d'inspections.

Si l'ensemble des mesures mises en œuvre ont pour vocation de répondre à la lutte contre la maltraitance dans les établissements relevant du secteur médico – social, il n'en demeure pas moins que ce phénomène est aussi à rechercher sur le secteur sanitaire notamment dans les USLD.

1.4.3 La mission de l'IASS

L'Article R 1421-15 du CSP stipule : « Les membres du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale sont chargés sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico – sociales et sociales de l'Etat et apportent, en tant que de besoin leur concours à la mise en œuvre des politiques dont sont chargées les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

A ce titre ils assurent notamment des missions :

- 1° D'inspection et de contrôle des établissements sanitaires, sociaux et médico – sociaux ;
- 2° De planification, de programmation et d'allocation de ressources des établissements sanitaires, sociaux et médico – sociaux ;
- 3° De pilotage, d'animation et de contrôle des dispositifs en matière de politique de santé publique, d'intégration, d'insertion et de développement social ;
- 4° D'évaluation des politiques publiques ;
- 5° De contrôle de la législation et de la gestion des organismes de protection sociale (...) ».

En tant qu'inspecteur, il est nécessaire de repérer les organisations inadéquates, les conduites inadaptées ou les négligences qui peuvent affecter les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements et entraîner des dysfonctionnements.

Dès lors qu'il est établie et démontré qu'il y a des menaces sur la santé, la sécurité et le bien être des personnes accueillies, les IASS ont le devoir d'agir et ils disposent de différents outils pour sanctionner les ESSMS. Ils peuvent faire des injonctions, envisager une fermeture, ou nommer un administrateur provisoire. Par ailleurs, des mesures peuvent être prises à l'encontre des personnels. Dans les établissements publics, des mesures de suspension et de sanction disciplinaire peuvent être prises à l'encontre des agents de corps de direction (directeurs et directeurs adjoints) par le ministre de la santé sur demande du préfet. La loi du 2002-2 a renforcé la possibilité de sanctionner immédiatement les actes de maltraitance lorsque ceux-ci ont pour origine le comportement de membres du personnel ou une carence totale de l'équipe dirigeante. L'injonction peut porter sur une réorganisation mais également sur une mesure individuelle conservatoire à l'encontre du salarié ayant commis des actes de maltraitance telle une suspension des fonctions.

L'IASS est de part ses missions statutaires un acteur majeur de la lutte contre la maltraitance en institution.

2 De la théorie à la pratique : résultats d'enquête en USLD

La thématique de la lutte contre la maltraitance et de la mise en œuvre de politiques de bientraitance est largement abordée au sein des USLD. Les personnels se sont approprié cette question et une remise en cause de nombreuses pratiques a eu lieu.

2.1 La maltraitance en USLD, une préoccupation des professionnels

Afin de réaliser ce mémoire, j'ai rencontré divers professionnels localisés en Ile de France afin de collecter leur sentiment sur cette thématique de la maltraitance en USLD. Il s'agissait à la fois de professionnels travaillant au sein des USLD et de personnels des services déconcentrés. Je suis ressortie de ces entretiens avec une certitude, la maltraitance n'est pas une fatalité car son éradication est au centre des préoccupations de chaque professionnel dans son niveau de compétence. Quels que soient les acteurs, tous ont pris la mesure de la nécessité de lutter contre la maltraitance. Les médecins qui ont parfois par le passé priorisé la fonction soin au bien-être des patients ont aujourd'hui admis que l'un ne pouvait pas aller sans l'autre. Cette simple reconnaissance est à elle seule une grande avancée dans la lutte contre la maltraitance. J'ai également constaté une réelle volonté des instances politiques et directionnelles d'intégrer la lutte contre la maltraitance dans les projets d'établissements. A titre d'exemple, l'hôpital Charles Foix indique dans son projet qu'outre la prise en charge des problèmes médicaux, une attention particulière sera accordée à la qualité de vie.

Concernant la définition de la maltraitance, les professionnels en ont une approche très technique qu'ils explicitent avec des exemples réels, il ne s'agit pas pour eux d'un concept ou de mots mais bien de faits très concrets. L'absence de définition consensuelle leur laisse penser qu'il faudrait définir des degrés dans ce qui est considéré comme de la maltraitance au sens large. Il leur semble indispensable de vérifier s'il y a un côté volontaire dans l'acte maltraitant en faisant la liste des comportements et des actions. Pour eux, la maltraitance est souvent la conséquence d'un environnement, le produit d'une institution, et due à l'absence de moyens suffisants. Ainsi, si tout est fait dans le bon ordre et avec les moyens suffisants il y a nécessairement bientraitance, si les procédures sont respectées il n'y a pas de maltraitance. Ils insistent aussi sur l'importance de faire la différence entre ce qui relève réellement de la maltraitance et ce qui relève en réalité de la sécurité. Cette approche est commune aux professionnels de santé en USLD et aux personnels des services déconcentrés. Les IASS interrogés m'ont tous fait part de

difficultés liés à la part subjective dans l'appréciation de la maltraitance. Si des outils sont à leur disposition, s'il existe un certain nombre d'indicateurs à prendre en compte pour évaluer ces situations, tous ont conscience de la nécessité d'avoir une approche sous l'angle du rapport entre les obligations de la structure et les moyens qui lui sont donnés pour répondre à sa mission. A titre d'exemple, le manque de personnel qualifié peut aussi être dû à un manque de financement de la part des services de l'Etat.

Pour les personnels soignants, travailler dans le secteur de la santé c'est exercer une mission qui est noble et qui a une valeur sociétale forte. Ils ont choisi ces métiers par vocation, ils sont très engagés et voués à la cause d'autrui. Les personnels font preuve de dévouement pour gérer des situations souvent complexes. Au quotidien cela se traduit par une présence attentive auprès des personnes âgées et par le défi de concilier à la fois la qualité des soins et la préservation d'un minimum de vie sociale. Or, de par sa nature, l'institution est potentiellement maltraitante et peut être source de frustration pour les personnels qui bien que remplis de bonnes intentions perdent parfois le cœur même de leurs missions.

C'est ainsi que j'ai rencontré deux anciennes aides soignantes qui ont fait le choix de changer de profession car elles ne supportaient plus les difficultés de leur métier. Néanmoins, elles sont restées dans le secteur hospitalier. L'une d'elle, est devenue secrétaire hospitalière et l'autre animatrice, toujours en USLD. Elles m'ont chacune leur tour raconté la pénibilité du métier d'aide soignante, la frustration de ne pas pouvoir passer plus de temps auprès des patients, les toilettes complètement déshumanisées... le sentiment d'un travail à la chaîne à l'opposé des motivations qui étaient les leurs lorsqu'elles avaient pris leur poste. Dans leurs nouvelles fonctions, elles se sentent plus à l'aise car elles peuvent se permettre le luxe de prendre le temps avec les patients. Leur approche est totalement différente car elle se situe dans l'échange et non plus dans le soin. Autre exemple, les patients n'ont pas le choix de leur médecin car il s'agit de personnel employé par le service, ce simple fait peut être pour eux synonyme de maltraitance et entraîner des difficultés dans la relation patient - médecin.

Pourtant, si des frustrations demeurent pour le personnel soignant, tous les professionnels que j'ai rencontrés s'accordent à dire que d'énormes progrès ont été faits ces dernières années. Les anecdotes que l'on m'a citées m'ont fait froid dans le dos et pourtant elles témoignent d'un passé qui n'est pas si lointain. Fort heureusement, l'institution a changé, il y a désormais des chambres nominatives et plus de longs dortoirs, on n'oblige plus une personne à manger de force... Les normes sociétales ont également évolué, les normes d'hygiène ont changé, la structure des locaux a été modifiée. Tous ces éléments sont autant de points qui potentiellement réduisent les risques de

maltraitance. La personne âgée est prise en considération et l'on essaye du mieux possible d'améliorer son quotidien. Ainsi, une plus grande place est faite à l'animation au sein des USLD. Même si les moyens alloués sont encore limités, les animateurs sont pleinement impliqués dans leur mission et font de leur mieux pour proposer des activités à la portée des patients. Lors de mon stage dans un de ces services, j'ai moi-même pu assister à un atelier pâtisserie et à un atelier chant. J'ai pu constater le plaisir ressenti par les personnes accueillies et mesurer la nécessité de telles activités. En effet, les journées peuvent sinon paraître bien longue pour une personne placée.

La notion de « bonnes pratiques professionnelles » est également mise en avant, les professionnels sont formés en conséquences : respecter l'intimité, frapper à la porte... Par ailleurs, des progrès ont également été fait concernant l'approche des pathologies mais aussi sur le plan médical au sens strict. Ainsi, la notion de douleur est désormais mieux prise en compte du fait des progrès de la médecine (morphine, échelle de douleur...). Il existe désormais un plan douleur, un plan nutrition, ce sont autant d'outils à disposition des professionnels pour faciliter et améliorer la prise en charge des patients. Les personnes interrogées ont ainsi constaté de par elles mêmes les progrès effectués, ont pris toute la mesure de l'importance de lutter contre la maltraitance mais restent conscientes des avancées qui demeurent encore à réaliser. Ainsi, un des professionnels avec qui je me suis entretenue a insisté sur le fait que malgré tous les efforts de chacun, « la vie en institution reste toujours un peu artificielle ». De plus, les professionnels sur le terrain sont confrontés à des questions éthiques difficiles comme l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique. La frontière est souvent mince entre la volonté de soigner et la nécessité de vouloir soigner à tout prix. Le soignant doit également gérer le rapport à la mort du patient mais aussi sa volonté de mourir. J'ai moi-même été confronté à cette question lors de mon stage d'observation en USLD, une patiente m'a demandé si j'avais du poison à lui donner. Ce genre de sollicitation est courant pour le personnel médical et para médical mais est toujours très déstabilisant. Ces questions d'ordre moral font souvent l'objet de débat mais n'ont pas encore été tranchées par la société, d'ailleurs, doivent-elles l'être ?

Par ailleurs, la maltraitance n'est plus un sujet tabou au sein des services et de gros efforts ont été faits pour communiquer sur ce sujet. C'est un travail de longue haleine mais qui commence déjà à porter ses fruits. Ainsi, l'hôpital Charles Foix, considéré comme un précurseur en matière de lutte contre la maltraitance au niveau de l'AP-HP, a mis en place deux actions : un comité de pilotage de lutte contre la maltraitance et, depuis 2006, un dispositif de signalement de suspicion et situation de maltraitance. Cette procédure de signalement des actes de maltraitance se décline en 9 étapes simples des actions à entreprendre. Par ailleurs, l'hôpital a mis en place un numéro de téléphone

interne spécifique à ce sujet, disponible de 10h à 16h, pour toute personne qui souhaiterait exprimer une difficulté. Une personne est chargée de gérer ces appels et travaille de concert avec le responsable qualité chargé des relations avec les usagers.

La mise en place d'une telle procédure propre à l'hôpital montre l'activisme de l'établissement sur la thématique de la lutte contre la maltraitance. La directrice des soins chargée de sa mise en place m'a clairement confirmé que ce dispositif avait permis de faire remonter certains actes qui autrefois seraient restés sous silence. Le nombre de plainte a augmenté non pas parce qu'il y a plus de cas de maltraitance mais bien parce qu'ils ne sont plus occultés et ce système de signalement a permis de les traiter de manière optimale. Ces signalements sont un signe positif de l'évolution des comportements, un tabou est tombé.

2.2 Une prise en compte au sein même de l'organisation des services

Pour une personne très âgée, fragile et qui souffre souvent de plusieurs maladies, l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie. Il ne suffit pas de soigner l'organe qui a nécessité l'hospitalisation. Il faut savoir évaluer tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile ou, à défaut, vivre mieux le reste de ses jours à l'hôpital.

2.2.1 L'organisation hospitalière et la prise en compte des besoins du patient

L'organisation hospitalière est considérée comme singulière²⁴. Elle se caractérise notamment, par de forts contrastes entre une dynamique de renouvellement de connaissances, d'avancées technologiques, d'innovations et une stabilité des routines de fonctionnement. La qualité de la prestation et du service rendu à la population accueillie sont liées, entre autre, à une subtile alchimie dans l'enchaînement des activités individuelles et collectives mises en œuvre par différents acteurs. Elles sont dépendantes également des caractéristiques personnelles et de la capacité des individus à coopérer au sein d'une organisation. Au fil du temps, de gros progrès ont été fait du traitement de la pathologie à la prise en compte des personnes.

²⁴ DRASS / ARHIF – Organisation des soins auprès des patients dans les établissements de santé – Juin 2009

Ainsi, les établissements sont tous très sensibilisés à cette thématique de lutte contre la maltraitance et de mise en œuvre de pratiques bientraitantes. Même si le secteur sanitaire dispose de moins d'outils que le secteur médico – social, il s'inspire des outils de ces derniers pour mettre en œuvre des actions préservant les patients.

La prise en charge des personnes âgées dans les établissements de santé est une préoccupation majeure pour leurs responsables. Ainsi, ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'hôpital mais bien à l'hôpital de s'organiser pour offrir aux personnes âgées, toujours plus nombreuses, outre des soins compétents, un accueil adapté à leurs besoins bien particuliers. En effet, les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétent en gériatrie.

Les personnes âgées placées en institution nécessitent deux types de soins :

- des soins liés à la dépendance (faire la toilette, s'habiller, se déplacer, se nourrir...)
- des soins liés à la santé (soin d'escarre, prise de médicament, surveillance de la tension...)

Les personnels rencontrés en USLD indiquent qu'il est absolument nécessaire d'aller au-delà du soin pour proposer une prise en charge de qualité à la personne âgée. Les USLD doivent également être des lieux de vie notamment parce que certaines personnes peuvent y rester plusieurs années jusqu'à leur mort. Ces questions sont développées dans les projets d'établissements et dans les projets de soins des pôles de longue durée.

La maltraitance n'est plus un tabou, elle est publiquement abordée au sein de l'institution et les établissements n'hésitent pas à mettre en place des moyens pour prévenir la maltraitance mais aussi pour agir lorsqu'un cas est dénoncé. Si l'hôpital Charles Foix a mis en place un dispositif de signalement de suspicion et situation de maltraitance, cette démarche n'est pas propre à cet établissement. Ainsi, dans le cadre de leur démarche qualité, d'autres établissements ont institué des Bureaux de Gestion des Signalements.

De plus, les établissements mettent en place des actions pour développer la bientraitance et les bonnes pratiques professionnelles. Ces démarches se révèlent souvent très positives car elles ont pour but d'améliorer la qualité de vie non seulement des résidents mais également des personnels et des familles. Il s'agit pour cela d'impulser des démarches et des réflexions collectives pour le confort de tous.

Enfin, les services ont parfaitement conscience qu'ils ont besoins d'effectifs médicaux en nombre suffisant pour assurer le bon fonctionnement de leurs services. Aussi, afin de fidéliser le personnel et notamment les médecins gériatres, ces derniers sont souvent associés à la recherche et à l'enseignement. L'objectif visé étant de rendre leur travail plus attractif. Dans la démarche, l'hôpital veille à ce que les personnels soignants se voient proposer régulièrement des formations.

Toutes ces actions mises en place par l'hôpital permettent de réduire à leur échelle les risques de maltraitances.

2.2.2 Le rôle des personnels soignants

Les personnels soignants sont au cœur de la problématique de la maltraitance qui plane sur eux comme une épée de Damoclès. Ils font preuve d'un grand professionnalisme et d'un investissement sans limites pour le bien-être des patients dans des conditions qui ne sont pas toujours optimale. Il faut le reconnaître, pour travailler dans ce secteur d'activité il faut faire preuve de don de soi.

De nombreux patients du secteur de gériatrie ne sont plus en situation de communiquer en utilisant les canaux habituels. Pour les personnels soignants intervenant auprès d'eux, l'entrée en relation ne peut se faire selon les modalités habituellement apprises. Ils vont devoir déployer de nouveaux savoir-faire, pour interpréter ce qui leur est dit ou montré, pour décoder la signification de mimiques, de gestuelles, de postures, et pour se faire eux même comprendre. « [...] Soigner c'est aussi dévisager, parler, reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu »²⁵.

Marie Eve Joël, professeur des universités à l'université Paris IX Dauphine souligne dans ses travaux les difficultés rencontrées par les personnels. Les problématiques que rencontrent quotidiennement les professionnels, et en particulier la démence, l'incontinence (70% des personnes en établissement) ou l'impossibilité de communiquer verbalement les obligent à inventer en permanence une relation adaptée pour entrer en communication avec la personne âgée, pour faire accepter les soins ou pour réaliser actes et interventions traumatisantes. Ce sont ces circonstances de stress, d'épuisement qui vont provoquer l'usure et l'émoussement de la tolérance des soignants et qui

conjuguées à des dysfonctionnements institutionnels vont permettre l'irruption de la violence, l'agressivité, les abus, les négligences et les mauvais traitements.

Les personnels veillent à ne pas déshumaniser, dépersonnaliser l'utilisateur. En effet, du fait de l'organisation des soins, il y a un risque de réduire le patient à l'état d'objet de soin, il peut y avoir une mise à distance qui va nier son existence. Il est important de garder à l'esprit que même si les gestes sont répétitifs, ils doivent être pratiqués dans le respect de la personne à qui ils sont prodigués. A titre préventif, les cadres des services organisent plusieurs fois par an des toilettes évaluatives afin de vérifier si les personnels appliquent de bonnes pratiques professionnelles. Il est également important de respecter l'intimité de la personne âgée, il est donc demandé aux personnels de vouvoyer les patients, de systématiquement les appeler par leur nom, de frapper à la porte avant d'entrer dans leur chambre... tous ces petits gestes du quotidien contribuent à mettre en œuvre une prise en charge bienveillante.

2.2.3 La méthode « Humanitude »

Concernant le versant « soin », de nombreux travaux ont été faits sur le sujet de la maltraitance et de la bienveillance. C'est cette dernière valeur qui est beaucoup véhiculée, la notion de personne est désormais au centre de tous les dispositifs. Les choses sont de plus en plus basées sur les besoins et les demandes des usagers. Il y a cependant des différences de vocabulaires liés aux types de structures et au degré de médicalisation.

Pour éviter des gestes malveillants, certains services se réfèrent à la méthodologie de soin Gineste - Marescotti dite « humanitude » et pacification des comportements d'agitation pathologique. Ces derniers consistent en une très vive opposition, verbale ou/et physique au soin. Des techniques et outils se sont développés pour les prévenir et les pacifier (par le regard, la parole, le touché). Humanitude c'est du bon sens qui bouscule les pratiques²⁵. La méthode « humanitude » est une philosophie du soin qui permet d'entrer en communication avec le malade. Elle est basée sur 4 piliers : le regard, la parole, le toucher et la verticalité. La méthode, simple et humaniste, est basée sur l'approche émotionnelle et le respect des droits de l'Homme. Elle est mise au point en 1995 par Yves GINESTE, spécialiste des soins aux personnes âgées et son épouse Rosette MARESCOTTI, psycho gériatrique. A titre d'exemple, le personnel de l'USLD

²⁵ Extrait de « La présence pure » de Christian Bobin – Edition Le temps qui passe – 1999 ; citation reprise du guide « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » DGS – DGAS – Société française de gériatrie et gériatrie – Octobre 2007

²⁶ Le journal des patients et de leur famille, AP-HP, Hôpital Charles Foix n°18 juin 2009

Babinski à l'hôpital Charles Foix a été sensibilisé à cette méthode par une formation d'une semaine qui s'inscrit dans le projet médical et de soins de l'hôpital pour développer la bientraitance et le professionnalisme des personnels en gériatrie. La méthode humanité est tout à fait adaptée aux malades âgés, douloureux ou désorientés, présentant des troubles du comportement, de l'agressivité..., car elle repose sur l'approche du patient et l'instauration d'un climat de confiance réciproque. C'est l'apprentissage de gestes sûrs, doux et simples, l'utilisation du regard, de la parole, l'acquisition de savoir-faire pour permettre aux soignants et aux soignés de communiquer (apports théoriques et pratiques simples pour les toilettes). Ce concept permet de repenser les relations avec les patients, de réduire les facteurs de stress des uns et des autres. Il facilite alors la prise en charge des patients et la sécurité du soin ; les conditions de travail s'en trouvent alors améliorées. Humanité, c'est une prise en charge différente avec une étape préliminaire et des techniques précises. A titre d'exemple, un regard horizontal (face à la personne) et axial (droit dans les yeux) réduit l'agressivité d'un patient résistant. De même, une parole douce, réconfortante, un toucher progressif, permanent, pacifiant, facilitent l'entrée en communication avec le patient.

Lors de mes entretiens avec certains membres du personnel soignant de l'USLD Babinski, j'ai pu prendre la mesure de leur implication dans ce projet et entendre les changements que cela a induits dans leurs pratiques professionnelles. Tous s'accordent à dire que si ça n'est pas une méthode miracle, c'est un travail de longue haleine mais qui porte ses fruits et cela se ressent dans le service. A travers l'utilisation de cette méthode de travail on peut mesurer l'implication du service dans sa volonté de mettre en œuvre des pratiques bientraitantes à l'égard des patients. Voici deux citations de ce qu'en pensent les soignants :

« Cela redonne un sens au travail ; le soin est habituellement forcé et réalisé sans le consentement du patient ; c'est une modification des comportements des uns et des autres »

« On respecte les désirs et envies du patient et on fait les soins de façon plus agréable, dans un climat de confiance »

2.2.4 Le rôle de l'utilisateur

Les attentes et les exigences des patients portent principalement sur les éléments suivants : avoir rapidement accès aux services de santé et de soins, être au centre des

soins, être bien traités et soignés, être respectés et considérés en tant que personne par des professionnels qualifiés et compétents en qui ils ont confiance, avoir le libre choix du prestataire et de l'institution de soins, bénéficier de services de qualité et de la sécurité des soins, avoir des professionnels disponibles réalisant un travail précis et rapide...

L'utilisateur a désormais un rôle à jouer dans le fonctionnement d'une institution, ainsi, la personne hospitalisée peut exprimer ses observations sur les soins et sur l'accueil dont elle bénéficie. En effet, depuis notamment la Loi du 4 mars 2002, le poids de l'utilisateur a été renforcé.

De même, le Décret 2005 – 213 du 2/05/2005 relatif aux Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, impose aux établissements de santé la création de telles structures. La CRUQPC a pour mission d'améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital. Elle traite également des plaintes et des réclamations. Elle est composée au minimum du directeur de l'hôpital ou de son représentant, des 2 médiateurs, des 2 représentants des usagers. Le guide des plaintes et réclamations de la DHOS indique la procédure de mise en place de cette commission. Au travers de ce dispositif, le patient a le droit de faire une réclamation par oral ou par écrit chaque fois qu'il le juge nécessaire. Les CRUQPC sont donc un lieu de parole et permettent de faire entendre la voix des familles.

L'existence d'un lieu d'expression pour l'utilisateur mais surtout la prise en compte de ses observations constitue une énorme avancée dans la prise en charge des patients et notamment concernant la maltraitance.

2.2.5 Les chartes

Deux chartes ont été rédigées afin de rappeler et de formaliser dans un écrit les droits des personnes prises en charge en institution. Il s'agit de la charte du patient hospitalisé et de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante²⁷.

La charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire n°99 – 22 du 6 mai 1995 indique dans son préambule : « *Au-delà de la réglementation sanitaire, qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son*

²⁷ Fondation nationale de gérontologie, ministère du travail et des affaires sociales, 1996

autonomie. Les établissements doivent, en outre, prendre toute disposition pour que les principes issus de la loi et relatifs au respect du corps humain soient appliqués. A ce titre, il faut assurer la primauté de la personne et interdire toute atteinte à la dignité de celle-ci. De même, ils doivent veiller à la bonne application des règles de déontologie médicale et paramédicale. Enfin, ils s'assurent que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits. » Cette charte a été modifiée depuis et est désormais annexée à la circulaire relative aux droits des personnes hospitalisées²⁸ du 2 mars 2006. Elle comporte 11 articles reprenant les droits de toute personne hospitalisée. Afin de prévenir tout acte de maltraitance, elle stipule dans son article 8 que la personne hospitalisée doit être traitée avec égards et insiste notamment sur le respect de l'intimité et sur le respect des croyances et convictions de chacun.

La charte des droits et libertés de la personne âgées dépendantes vise à travers ses quatorze articles à protéger la personne âgée et lui donne des droits qui doivent être respectés quel que soient les circonstances. Elle recouvre tous les domaines de la vie qu'il s'agisse du droit de pratiquer sa religion, du droit à l'accès aux soins, de droit au respect de la fin de vie ou encore du droit au maintien de l'autonomie. Son préambule énonce : « *Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit* ».

Or dans les faits, cela n'est pas toujours le cas. Ainsi, l'institution peut se révéler maltraitante du simple fait qu'elle ne respecte pas le libre choix de la personne âgée de vivre où elle le désire. Ce postulat est contraire à l'article 1 de la charte. Il arrive en effet, que les personnes âgées soient placées de force dans certains établissements. De même, les personnes âgées en institution peuvent se retrouver attachées à leur fauteuil roulant par des ceintures de contentions bien qu'elles n'en aient pas besoin... La charte a alors pour objectif de rappeler qu'une personne bien qu'âgée et dépendante n'en demeure pas moins un adulte que l'on doit respecter et non pas infantiliser ou dominer par abus d'autorité.

2.3 Des limites

Bien que les services aient pris toute la mesure des enjeux de la lutte contre la maltraitance, il n'en demeure pas moins des limites à leur action sur le sujet. Il s'agit à la fois de limites exogènes et de limites endogènes aux services.

²⁸ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006

Les difficultés de services peuvent être des facteurs de risque de maltraitance. Dans les services de longs séjours, ces difficultés sont liées à trois facteurs : à la charge de travail, au niveau des personnes et au niveau de leur encadrement. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de nombre de personnels mais aussi d'un problème de qualification et de compétence de ces personnels.

De nombreux services ne peuvent fonctionner à pleine capacité ou fonctionnent difficilement du fait du manque de personnel. Les postes sont certes budgétés mais ils ne sont pas pourvus. Il existe des services disposant de douze postes budgétés d'infirmières pour 90 lits or seuls cinq de ces postes sont pourvus. Ce ratio ne permet pas de fait d'apporter des prestations de qualité aux patients. Le turn-over important observé dans les unités gériatriques ne permet pas non plus une prise en charge satisfaisante des patients du fait du manque d'expérience professionnelle des soignants dans ce secteur spécifique.

En 2009, l'ARHIF a mis en place au niveau régional, en partenariat avec l'ensemble des fédérations hospitalières une procédure de certification des compétences en gériatrie, inspiré du travail réalisé à titre expérimental à l'AP-HP. L'enquête 2008 sur les effectifs 2007 a confirmé la baisse de difficultés de recrutements des infirmières mais plus de postes non pourvus pour les cadres et les aides soignants. Face aux difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels soignants dans la filière gériatrique, l'ARHIF en partenariat avec les professionnels, les fédérations hospitalières, la DRASSIF, et le CRIF a mis en place des actions concrètes visant l'amélioration de l'attractivité des soignants dans ce secteur, notamment le tutorat en gériatrie.

De plus, ce manque de personnel est aussi un facteur de risque de maltraitance car il oblige parfois à un glissement de tâches entre les personnels soignants. Or une aide – soignante ne peut pas se substituer à une infirmière, leur fiche de poste est différente et leur formation également. Ces pratiques professionnelles, bien que courantes sont à bannir pour le bien être des patients. Le problème des « faisant fonction » est une difficulté de l'Île de France qui n'est pas sans risque pour la bonne prise en charge des patients. La sous qualification du personnel est souvent responsable d'actes maltraitants non pas de façon volontaire mais par manque de connaissance et par l'absence de valorisation des soins d'aide à la vie.

La gériatrie ne bénéficie pas d'une aura positive auprès des personnels soignants, qu'ils soient en poste ou en formation. Il y a une désaffection de la plupart des soignants pour le monde gériatrique de long séjour. Les soignants hospitaliers y vont rarement par choix, négociant couramment avec la direction infirmière leur retour à terme vers un

service de court séjour. C'est un secteur d'activité difficile tant sur le plan moral que sur le plan physique et il n'est pas jugé comme attractif en terme professionnel. Une ancienne aide – soignante m'a d'ailleurs confié que « si c'était à refaire, je ne le referais pas » pour elle, le quotidien au sein de tels services était trop éprouvant et elle ne l'avait pas mesuré en début de carrière. A l'heure actuelle, beaucoup d'infirmières sortant de l'école ne veulent pas y travailler car ce secteur est présenté comme peu attractif dès leur formation. Généralement suite à un premier stage dans un USLD où elles sont parfois livrées à elles mêmes, elles sont dégoûtées d'un tel secteur. Les explications sont d'ordre culturel, en effet, ces services impliquent d'être régulièrement confronté à la déchéance, à la mort...et renvoient également à l'image négative de la personne âgée dans la société. Mais la principale raison semble être la charge de travail très importante liée au handicap physique et/ou psychique d'une part croissante des patients ou résidents âgés. Dans les faits, un professionnel rencontré m'a indiqué que l'on retrouve souvent dans ce type de service du personnel dont les autres services ne veulent pas ou plus (personnes ayant des problèmes d'alcool, de dépressions...).

Ainsi, dans les services de gériatrie autres que de court séjour, nombre de personnes âgées sont prises en charge par des soignants qui ne sont pas là par choix. Cela ne peut être un facteur de qualité de la relation même si la grande conscience professionnelle des soignants masque cette réalité. Par ailleurs, les soignants sont insuffisamment préparés aux particularités de la prise en charge gériatrique. Pour travailler en gériatrie et gérontologie, il faut être suffisamment armé en termes de connaissances, il faut disposer de savoirs, de savoir faire et de savoir être ce qui malheureusement est loin d'être toujours le cas dans les services.

Ainsi, la gériatrie est un secteur qui peut entraîner une certaine usure professionnelle, qui peut dès lors provoquer des actes maltraitants. Il faut donc prévenir les risques d'épuisement au travail. Il est indispensable que le personnel ait des temps de répit, d'où l'importance de l'alternance d'activité. Par exemple, aller ranger la pharmacie permet de rompre avec la difficulté morale qu'exige la présence auprès des malades. La maltraitance est de plus en plus fréquemment liée à l'usure professionnelle des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées. Ces derniers sont à la fois touchés par une charge mentale et physique lourde. Ils sont confrontés quotidiennement à des situations ou événements éprouvants : dégradation, souffrance physique ou psychique, décès, découverte d'une personne suicidée, démence, violence des relations et des comportements, réalisations de gestes qui provoquent douleurs et souffrances.

Par ailleurs, pour que le service fonctionne correctement, il est nécessaire qu'il y ait un bon encadrement. Or c'est un cercle vicieux car au vu des problèmes de personnels, ces services ne sont pas attractifs pour les cadres de santé. Néanmoins, les cadres en place sont souvent des personnes très impliqués dans leur service car justement très sensibles à la nécessité de valoriser la gériatrie. La maltraitance est souvent le fruit de contraintes de gestion, de manques de temps mais aussi de l'absence de vigilance dans le management des personnels. Si les difficultés des cadres sont réelles, un bon encadrement est la clé de voute du bon fonctionnement d'un service. Les cadres se doivent de concilier à la fois leurs missions d'animation et de gestion du personnel avec leur présence nécessaire auprès des résidents. Si le manque d'infirmière est criant, il est aussi frustrant pour les cadres de services de constater que les intérimaires embauchés sont en réalité des anciens membres de leur personnel qui a tout simplement préféré changer de statut afin de bénéficier d'une meilleure qualité de vie et de rémunération.

Les locaux dans lesquels sont installées les USLD sont eux aussi facteurs de maltraitance. En effet, il s'agit souvent de lieux vétustes ce qui n'est pas sans poser des problèmes notamment sur les questions d'accessibilité. Il n'est ainsi pas toujours aisé d'installer des ascenseurs, les couloirs ne permettent pas toujours le passage d'un fauteuil roulant... Tous ces éléments nuisent à une bonne prise en charge des résidents.

A ces limites exogènes, s'ajoutent des limites endogènes aux services. Les différentes cultures des membres du personnel qu'elles soient professionnelles ou d'ordre privé peuvent être source de maltraitance. A ce titre, peut être cité l'exemple de l'alimentation. Dans le rapport à la nécessité de manger, se pose la question de faire un choix entre deux actes qui l'un comme l'autre peuvent être considérés comme nocif à la personne. Est-il plus grave de forcer quelqu'un à se nourrir ou de ne pas le nourrir ? Pour un médecin, il est important que le patient mange car cela fait partie des déterminants de santé, l'alimentation fait partie intégrante du soin. Par contre, sur le plan humain, le fait de nourrir de force est discutable. Cet exemple montre les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels dans les services. Cela peut entraîner des conflits au sein des équipes, cela pose également des questions morales aux soignants. Les toilettes et les changes peuvent constituer un autre exemple de limites. En effet, par facilité, les équipes ont parfois tendance à mettre des changes à des personnes qui sont encore continent. De plus, toujours par facilité, ces changes ne sont pas toujours adaptés en termes de taille pour la personne. Le personnel dans cette action n'est pas volontairement maltraitant mais essaye juste de gagner du temps face à l'ensemble des tâches à effectuer avec des moyens parfois insuffisants.

En USLD, l'aspect soin est encore trop souvent privilégié par rapport au projet de vie. Cependant, il y a de moins en moins de résistances des médecins gériatres à s'approprier les démarches utilisées dans le secteur médico – social pour ce qui est de la prise en charge quotidienne des patients.

3 Préconisations

Au vu des données théoriques et des expériences collectées auprès des professionnels, un certain nombre de pistes peut être exploité pour prévenir et lutter contre la maltraitance dans les USLD.

3.1 L'adaptation des outils et la détection de la maltraitance en USLD

Lors des inspections, il s'agit d'effectuer des vérifications pour s'assurer que les garanties fixées par la loi sont respectées. 3 grands points de surveillance mentionnés par la loi autour des facteurs facilitant les risques de maltraitance sont à étudier. Il s'agit des conditions d'installation, des conditions d'organisation et des conditions de fonctionnement.

- Les conditions d'installation sont les conditions matérielles dans lesquelles sont accueillis les patients, elles recouvrent :
 - L'environnement et l'espace : isolement géographique, social, culturel
 - L'accessibilité, l'hygiène, la sécurité : inadaptation des locaux et des équipements, mauvaise utilisation des espaces, défaut de sécurité et d'hygiène
- Les conditions d'organisation touchent à la conduite de l'institution, notamment :
 - Le cadre institutionnel : déficience du projet d'établissement ou du règlement de fonctionnement, carences de l'équipe de direction, des instances gestionnaires...
 - Le personnel : une organisation du personnel et du travail qui ne permet pas aux professionnels d'être disponibles (sous effectif, planning inadaptés...) préparés (qualification, formation, définition claire des missions de chacun, circulation de l'information...) et efficaces (condition de travail, soutien et accompagnement des professionnels...) risque de générer des conduites individuelles ou collectives inadaptées.

- Les conditions de fonctionnement concernent le respect de la personne et de ses droits :

- La vie des personnes accueillies : accueil, projet individuel, vie individuelle et collective, attention portée aux personnes dans les moments importants du séjour, l'accueil et la place des parents et des proches, l'expression personnelle et la participation à la vie de l'établissement, les instances de régulation (règlement de fonctionnement et règlement intérieur, conseil d'établissement...)

- Les prestations : prise en charge de médiocre qualité ou inadaptées, négligences passives ou actives peuvent altérer ou compromettre la santé, le bien – être physique ou moral des personnes accueillies.

De ces trois angles d'observation découlent quatre grands items de facteurs de risques de maltraitance qui peuvent être identifiés. Il s'agit de l'organisation du travail, des conditions de sécurité des établissements, du manque d'organisation concernant la vigilance et la protection des personnes et enfin de la qualité des soins.

Comme l'indique à juste titre le PSGA, des signes simples peuvent constituer un faisceau d'indices propices au développement de la maltraitance. Ainsi, l'absence de réunions du personnel régulière, l'absence de cadres de santé, un fort absentéisme, une dégradation des conditions de travail, l'évolution rapide de la dépendance des personnes prises en charge, le défaut de plan de formation, l'évaluation ou la progression de carrière des agents ... sont autant de signes à rechercher lors des inspections. A titre d'exemple, l'escarre est un bon indicateur de soin qui peut être le signe de maltraitance. Cette affection grave qui peut entraîner le décès est à la fois un symptôme et un indicateur d'une maltraitance régulière. Qu'il soit dû à un défaut de connaissance à son sujet, d'un défaut de prise en charge, par négligence ou de façon volontaire, il est toujours le résultat d'un dysfonctionnement de l'organisation.

Les inspections ont pour but de rechercher en étudiant tous les aspects énumérés plus haut, si tout est bien mis en œuvre au sein de l'institution pour la bonne prise en charge des patients. Pour ce faire, les fonctionnaires des services de l'Etat utilisent un certain nombre de protocoles reprenant tous ces items. Ainsi, l'utilisation de grilles d'analyses des risques telles que celle proposées par la DGAS concernant les contrôles de niveau 1 dans le cadre du programme pluriannuel de prévention de la maltraitance

2007 / 2011²⁹, reprenant les items énoncés plus hauts peut permettre d'avoir une première approche de l'établissement visé concernant la maltraitance. En effet, chacun de ses items se déclinant en questions simples auxquelles il est possible de répondre par « oui » ou par « non ». Chaque « non » devant alors être approfondi en investigations plus poussées. L'évaluation se fait alors sur la base d'indicateurs relativement simples et explicites qui devront ensuite être étudiés plus finement. Il s'agira alors de déterminer la gravité et la fréquence du risque. La même démarche peut être envisagée en utilisant le guide proposé pour effectuer les « enquêtes flash »³⁰ dans les EHPAD. Cette méthode d'investigation succincte vise en l'état uniquement les EHPAD mais il est possible de l'utiliser également pour avoir une première approche de la situation dans une USLD sur ces questions de maltraitance. Excepté les questions concernant les informations préalables qui ne concernent que les EHPAD, le reste des items de la grille d'analyse de l'organisation de l'établissement est valable pour les USLD. Comme pour les contrôles de niveau 1 cités précédemment, il s'agit de questions simples amenant des réponses par « oui » ou par « non ».

Il existe de nombreux guides, à la fois sur les inspections et sur l'évaluation de la maltraitance. Cependant, la majorité de ces outils concernent principalement les établissements sociaux et médico – sociaux. Néanmoins, les thématiques abordées par ces divers ouvrages peuvent parfaitement être reprises pour les USLD. Par ailleurs, la littérature elle-même s'ouvre aux autres secteurs. C'est le cas du comité de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées qui précise dans son guide « la gestion des risques de maltraitance en établissements³¹ » que ce dernier a vocation à s'appliquer non seulement aux établissements pour personnes âgées mais également aux USLD. Ce guide distingue deux types de risques. Il s'agit tout d'abord des risques a priori, c'est-à-dire qui peuvent être anticipés pour mettre en œuvre une bonne prise en charge. Ensuite il s'agit des risques a posteriori, c'est-à-dire ceux que l'on découvre suite à un incident, à un accident. Dans les deux cas, il convient d'identifier les causes puis de déterminer la fréquence et la gravité.

Le tableau de bord proposé par ce guide est d'ailleurs connu des services de l'Etat qui se le sont approprié. C'est notamment le cas du département de Seine Saint Denis qui l'utilise lors de ces inspections tant en EHPAD qu'en USLD. Voir annexe

²⁹ Guide d'analyse des risques, contrôle de niveau 1, DGAS, Bureau de la protection des personnes, janvier 2007

³⁰ Guide de contrôle restreint – Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes – DGAS – Mai 2009

Par ailleurs, le cahier des charges des USLD note un certains nombres d'indicateurs à vérifier annuellement pour faire un suivi de ces établissements. Il s'agit notamment du nombre de journées réalisées, du nombre d'admissions, de la durée moyenne de séjour, de la répartition des modes d'entrée et de sortie, des GMP / PMP des patients mais aussi de la composition des équipes médicales et non médicales en ETP. Ces données peuvent constituer une première approche de la vie du service et de son dynamisme. De plus, la conformité du service avec les préconisations du cahier des charges est à rechercher.

Les inspections en USLD sont globalement les mêmes que les inspections dans le secteur médico – social. Ce sont les mêmes critères qui sont recherchés mais effectivement ils peuvent être exprimés différemment. En principe, dans le domaine sanitaire, il y a une plus grande présence médicale ce qui justifie la présence d'un MISP mais qui n'interdit pas d'y associer un IASS bien au contraire.

3.2 Le rôle des services déconcentrés dans la lutte contre la maltraitance en USLD

Il n'existe pas d'équivalent aux objectifs du plan maltraitance sur le secteur sanitaire. Ainsi, sur le volet sanitaire, le PRIICE d'Ile de France indique simplement comme priorité le contrôle des établissements et structures sanitaires dont font partie les USLD. Le PRIICE d'Ile de France indique que chaque DDASS établit son programme en fonction de ses objectifs prioritaires, à partir des saisines des différentes instances et / ou d'un certains nombre de critères qui leur sont propres. Parmi ces critères figurent les plaintes des usagers ou de proches, les problèmes de sécurité sanitaire et les dysfonctionnements qui peuvent potentiellement recouvrir de la maltraitance. Un quota de 2 – 3 inspections est recommandé. Le bilan du PRIICE indique le nombre d'inspections réalisées mais ne précise pas toujours le type de structures visées.

Pourtant, au vu des publics accueillis et du nombre de plaintes reçues par les DDASS concernant ces établissements, il va de soi qu'il existe aussi malheureusement de la maltraitance dans les USLD. Peu d'interventions sont réalisées en USLD concernant la maltraitance, les services de l'Etat effectuant surtout des visites de conformité et des

³¹ La gestion des risques de maltraitance en établissement : Méthode, Repères, Outils – Comité National de Vigilance contre la Maltraitance des Personnes Agées - 2007

démarches de certification. Néanmoins, il y a quelques inspections suite à des plaintes. Il est nécessaire à l'avenir de redonner sa place à l'inspection dans le domaine sanitaire.

La mise en place des ARS est l'occasion de donner plus de place à la MRIICE et au PRIICE dans le travail quotidien des IASS. Cette réforme va permettre de revoir l'ensemble des politiques menées dans les secteurs sanitaire, social, et médico – social. A l'avenir une politique ambitieuse d'inspection devrait être envisagée. Elle pourrait concerner également des inspections programmées dans les USLD afin de prévenir tout acte de maltraitance. De la même manière que sur le secteur médico – social, un quota d'USLD à inspecter chaque année pourrait être établi. Le rôle du PRIICE étant en effet d'impulser une dynamique régionale autour d'un certain nombre de thèmes, il est parfaitement envisageable de mobiliser les acteurs des DDASS sur la lutte contre la maltraitance en USLD.

Par ailleurs, comme l'a souligné Nora Berra³² lors de son discours du 2/12/2009, il est nécessaire de mettre en place un document unique qui serve de référence sur les questions de maltraitance. A l'heure actuelle, de nombreux outils existent, la majorité d'entre eux s'adressent au secteur médico – social mais il n'y a pas de lisibilité sur ces outils. La MRIICE qui a également pour rôle d'apporter un appui technique et méthodologique pour les inspections pourrait parfaitement être le relais de ces outils. Il serait intéressant de dresser un inventaire des référentiels existants de manière à constituer une « valise » type des outils à disposition non seulement par thématique comme par exemple pour la maltraitance mais aussi par type de structure. Actuellement, l'inspecteur travaille surtout en essayant de s'approprier les grilles mises en places par ses collègues ou issues des guides. Il est nécessaire que l'ensemble des outils, référentiels mais aussi études sur des sujets tels que la maltraitance soient communiqués à l'ensemble de la profession.

3.3 L'optimisation du traitement des plaintes

Il faut renforcer le processus de signalement entre les établissements et les services de l'Etat. Il existe dans chaque DDASS, une personne référente chargée de la gestion des plaintes. Mais chaque DDASS est organisée selon des configurations différentes qui ne permettent pas toujours une optimisation pour les remontées

³² Secrétaire d'Etat chargée des aînés auprès du Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

statistiques ou pour déterminer la personne ressource sur ce sujet. La procédure d'enregistrement des plaintes n'est pas toujours la même selon qu'il s'agit d'un établissement sanitaire ou médico – social. Se pose alors le problème de l'absence de secrétariat unique pour la gestion des plaintes en DDASS. Il est indispensable d'harmoniser les pratiques. De plus, l'outil PRISME n'est pas utilisé par toutes les DDASS et il est limité au secteur médico-social. Il faudrait également que soit développé le logiciel PLAINTES qui lui est commun aux deux secteurs et comprend d'ailleurs des liens avec PRISME. Pourtant, il existe une vraie volonté ministérielle de valoriser ces outils de travail. D'ailleurs dans un discours du 2 décembre 2009, Nora Berra³³ souhaite adapter le logiciel PRISME pour qu'il ne soit plus simplement un moyen de reporting et pour en faire un outil local de gestion des signalements partagé entre l'Etat et les Conseils Généraux. Ces difficultés de suivi des plaintes seront peut être résolues avec la mise en place des ARS qui sera l'occasion de redistribuer les rôles et les missions de chacun.

Le traitement des plaintes n'est pas toujours aisé, il se pose souvent la question de l'appréciation car il y a toujours un degré de subjectivité dans une plainte. Il s'agit bien de ne pas tomber dans l'affect mais de rester concentré sur des faits qui devront bien sûr être vérifiés. Une véritable dynamique doit être instaurée au sein de chaque service déconcentré afin d'optimiser la gestion et le suivi des plaintes. Il ne doit pas s'agir d'une caisse enregistreuse mais bien de la mise en place d'une politique volontaire dans les réponses apportées à ces plaintes.

3.4 Une plus grande place aux IASS sur le secteur sanitaire et la nécessité d'une approche interprofessionnelle

De part les missions qui lui sont confiées statutairement, l'IASS est parfaitement habilité et crédible à participer à des inspections dans les USLD. Dans beaucoup de DDASS, actuellement, les inspections en USLD sont essentiellement menées par les MISP, les IASS y sont rarement associés et lorsque cela est le cas ils sont souvent cantonnés aux vérifications administratives et budgétaires. Cette répartition des rôles s'est faite au fil du temps, et rend difficile pour l'IASS l'investigation des modalités de prise en charge. Or, les IASS et les MISP sont les deux principaux corps qui ont pour rôle de contrôler les établissements avec pour objet d'apprécier l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien être physique ou moral des personnes.

³³ Secrétaire d'Etat chargée des aînés auprès du Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

Aussi, dans le sanitaire et plus particulièrement dans les USLD, il est important de mettre en avant les compétences des IASS qui peuvent aussi vérifier tout ce qui touche à l'organisationnel, à la qualité. Le MISP de par son habilitation peut se focaliser sur toute les questions ayant trait au domaine médical, il est d'ailleurs le seul autorisé à recueillir les témoignages des usagers et des familles sur ces questions. Si l'IASS n'a pas accès au dossier médical, il peut néanmoins consulter le dossier administratif des résidents et recueillir le point de vue des personnels. Cependant, dans certains services, des IASS sont parfois réticents à aller en inspection et se déchargent notamment au motif que cela ne concerne pas leur service ou encore avancent comme argument « je ne tarifie pas, je n'inspecte pas ». Or tout IASS quel que soit son service d'affectation doit pouvoir aller en inspection sur l'ensemble des établissements qu'ils soient sociaux, médico – sociaux ou sanitaires. Pour remédier à cette dualité entre MISP et IASS il est nécessaire de prendre en compte le parcours de soins, il faut une « entrée » patient au lieu d'une « entrée » établissement. Cette méthode permettrait de réunir autour d'une plainte les MISP et les IASS afin d'y apporter une réponse commune et éviterait les débats sur « cet établissement relève de la compétence de telle personne ».

Il est important de redonner toute leur place et toute leur légitimité aux IASS lors des inspections sur les USLD. Du fait de ses compétences fonctionnelles, l'IASS peut apporter une véritable plus value lors des inspections sur ces secteurs notamment sur les aspects organisationnels et sur la maltraitance. Pour ce faire, il peut utiliser un certain nombre d'outils mis à sa disposition. Il peut ainsi se référer au Guide des bonnes pratiques d'inspection rédigé par l'IGAS dans la collection de la MAFI.

Afin de mettre en avant la volonté des services de l'Etat de mieux coordonner les actions des IASS et des MISP, certains départements ont mis en place des mesures concrètes dans la répartition des tâches de ces deux corps de fonctionnaires. Ainsi, dans le département de Seine Saint Denis (93), les fiches de postes ont été revues afin de créer des binômes IASS/MISP lors des inspections dans les USLD. Toute inspection dans ces services doit être menée conjointement par un MISP et un IASS.

Ce travail en interdisciplinarité est essentiel car il permet d'avoir divers angles de vision sur un même aspect. Pourtant lors des inspections, les MISP n'associent pas toujours non plus, les infirmières des DDASS. Or, ces dernières sont les plus à même d'analyser certains aspects. Une des difficultés est d'arriver à s'adjoindre les compétences techniques spécifiques de chaque corps de fonctionnaires. En effet, une infirmière n'est ni sur l'aspect médical ni sur l'aspect administratif, elle n'est que sur l'administration du soin. Si l'on prend l'exemple des prescriptions médicales, chaque

corps va avoir son propre rôle à jouer : les PHISP vont vérifier le circuit du médicament, les MISP la prescription et les infirmières vérifieront si la prescription est lisible, si tout est indiqué concernant le dosage à donner au patient...Malheureusement, actuellement les infirmières sont peu associées aux inspections.

Ainsi, il est souhaitable que tous les corps d'inspections travaillent en étroite collaboration pour le bien-être des bénéficiaires de l'institution. La perspective des ARS devrait permettre de valoriser cette coopération interprofessionnelle.

Conclusion

La prévention et la lutte contre la maltraitance en institution ne doit plus être l'apanage du secteur médico – social et doit s'ouvrir à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Cette nécessité est particulièrement vraie pour les USLD qui sont à cheval entre le domaine sanitaire et le domaine médico – social. Les personnels des services déconcentrés doivent prendre la mesure de la maltraitance en USLD et agir avec les moyens qui leurs sont conférés notamment lors des inspections. Ce mémoire l'a démontré, les outils proposés à l'inspecteur pour affronter cette thématique dans le secteur médico – social et plus particulièrement dans les EHPAD sont tout à fait adaptables aux USLD.

De plus, il est important que les différents corps des services déconcentrés travaillent de concert sur ces sujets. Aujourd'hui encore dans les services se pose la question de la crédibilité d'un IASS par rapport à un MISP et inversement. La formation des membres de ces deux corps à l'EHESP et des modules de cours en commun devrait permettre à l'avenir de rompre ce cloisonnement des fonctions. La lutte et la prévention de la maltraitance en USLD passe par une culture interprofessionnelle et un travail en interdisciplinarité.

Néanmoins, la volonté d'agir sur la maltraitance dans les USLD va dépendre de l'avenir de ces unités. Les USLD relèvent actuellement du secteur sanitaire or une partie de leurs lits sont voués à devenir des lits d'EHPAD et relèveraient donc du secteur médico – social. Cette réforme dont on parle beaucoup dans les services des DDASS et des DRASS est attendue avec beaucoup d'appréhension par les professionnels du secteur. Ces derniers ont peur d'une perte de moyens pour leurs services et considèrent que dans les faits moins de 10% des patients accueillis devraient effectivement être en EHPAD car nécessitant de moindre soins. De même, la nouvelle loi HPST n'est pas sans laisser quelques inquiétudes auprès des professionnels qui n'ont pas encore eu le temps de « digérer » la précédente réforme de l'hôpital.

Cette réforme peut laisser penser que le terme USLD ne va bientôt plus avoir de sens. Les places seront soit qualifiées de places d'EHPAD et relèveront donc du secteur médico – social, soit ce seront des places dans des structures hospitalières plus pointues à l'image des SSR et du court séjour. Aujourd'hui, les USLD doivent répondre à leur mission première qui est celle de la prise en charge de personnes âgées polypathologiques, dépendantes et instables sur le plan médical.

Quel que soit le type d'établissement, quel que soit le secteur dont ce dernier relève, la maltraitance ne saurait être acceptée et toutes les mesures visant à son éradication doivent être mises en œuvre par toutes les personnes compétentes sur le sujet.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 97 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n° 2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale
- Loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2004 – 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi n° 2005 – 1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
- Circulaire DGAS 5/ SD 2 n° 2002/265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico – sociales
- Décret n°213-2005 du 2 mai 2005 relatif aux Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits de la personne hospitalisée, charte du patient hospitalisé
- Circulaire DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 annexe 2 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance
- Circulaire DHOS/02 n° 2007 – 117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- circulaire DGAS/2A/2008/316 du 15 octobre 2008, relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD
- Note d'orientation DAGPB/IGAS n° 99-173 du 18 mars 1999 sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions d'inspection déconcentrées dans le domaine sanitaire et social

Ouvrages :

- ARHIF, Organisation des soins auprès des patients dans les établissements de santé, Juin 2009
- Code de la Santé Publique
- Durning Paul, Maltraitance : une notion floue, des réalités incontournables, ADSP, 31/06/2000
- Formarier Monique et Jovic Ljiljana, Les concepts en sciences infirmières, Editions Mollet Conseil, 2009

Guides :

- Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, Guide « Gestion des risques de maltraitance en établissements : méthode, repères, outils, 2007
- DGAS, Bureau de la Protection des Personnes, Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les ESMS, Juillet 2002
- DGAS, Bureau de la protection des personnes, Guide d'analyse des risques, contrôle de niveau 1, janvier 2007
- DGAS / DGS / Société française de gériatrie et gérontologie, « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », Octobre 2007
- DGAS, Guide de contrôle restreint, Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes, Mai 2009
- DHOS, Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers, 2007
- IGAS, Guide des bonnes pratiques d'inspection, collection MAFI, 2001
- IGAS, Guide de contrôle des établissements sociaux et médico – sociaux, collection MAFI, 2007

Recommandations :

- ANESM, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Juin 2008
- ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance en établissement, Décembre 2008

- DHOS, Recommandation pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, 2004
- Fondation nationale de gérontologie, ministère du travail et des affaires sociales, charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1996

Articles :

- Lettre de la DREES « Une maltraitance ordinaire », février 2005
- Le journal des patients et de leur famille, AP-HP, Hôpital Charles Foix n°18 juin 2009

Rapports :

- Bas Philippe, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, « Plan Solidarité Grand Age », 27 juin 2006
- Juilhard Jean-Marc et Blanc Paul, Rapport de la Commission d'Enquête du Sénat n°339 « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence », 2002 – 2003
- Debout Michel, Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, rapport du groupe de travail, Edition ENSP – 2003

Discours:

- Nora Berra, Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, Discours prononcé le 2 décembre 2009 sur les résultats de l'enquête concernant la maison de retraite de Bayonne.

Sites internet :

- www.travail-solidarite.gouv
- www.has-sante.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.parhtage.sante.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des professionnels en USLD

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des personnels des services déconcentrés

Annexe 1 :

Grille d'entretien à destination des professionnels en USLD

- Pour vous qu'est ce que la maltraitance?

- Si l'on parle plus particulièrement de maltraitance en USLD, à quelles notions cela vous renvoi- t-il?

- On parle de plus en plus de la notion « d'humanité », pensez vous que l'individu soit suffisamment pris en considération dans ces établissements?

- Selon vous, les conditions de travail dans ce secteur permettent-elles de mettre en œuvre des bonnes pratiques de bienveillance?

- Quels indicateurs pourraient permettre de détecter des actes de maltraitance?

Annexe 2 :

Grille d'entretien à destination des personnels des services déconcentrés

- Pour vous qu'est ce que la maltraitance?

- Si l'on parle plus particulièrement de maltraitance en USLD, à quelles notions cela vous renvoi- t-il?

- Au travers des inspections auxquelles vous avez participé, quelles sont selon vous les différences entre le secteur sanitaire et le secteur médico- social concernant cette thématique? Les points communs?

- Quels outils utilisez-vous lors d'une inspection dans un établissement sanitaire ?

- Il existe de nombreux référentiels sur le médico-social, avez-vous connaissance d'ouvrages similaires sur le secteur sanitaire?

- Quels indicateurs pourraient permettre de détecter des actes de maltraitance?