



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur des soins
Promotion 2005**

**La lutte contre la maltraitance
en établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes :
quelle politique du directeur des soins ?**

Laurence GRELET

Remerciements

Merci à tous : ma famille, mes amis, mes collègues et ceux qui m'ont aidés et guidés dans l'élaboration de ce mémoire.

« Autrui en tant qu'autrui n'est pas seulement un alter ego ; il est ce que moi je ne suis pas » (Levinas, 1983)

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA MALTRAITANCE	3
1.1 L'ASPECT JURIDIQUE	3
1.2 LA SEMANTIQUE	3
1.3 LES CLASSIFICATIONS	4
1.4 L'AMPLEUR DU PHENOMENE	5
1.5 LES PROTAGONISTES	6
1.5.1 <i>Les victimes</i>	6
1.5.2 <i>Les auteurs</i>	7
1.6 LES CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE	8
1.7 LES CAUSES DE LA MALTRAITANCE	8
1.7.1 <i>La notion de vulnérabilité</i>	9
1.7.2 <i>La question de l'altérité</i>	10
1.7.3 <i>Les relations sociales en institution</i>	11
1.7.4 <i>L'institution</i>	11
2 LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE	14
2.1 L'EVOLUTION DU DROIT	14
2.2 LA BIEN-TRAITANCE	16
2.2.1 <i>Le concept</i>	16
2.2.2 <i>Une démarche d'amélioration continue de la qualité</i>	17
2.3 LA GESTION DU RISQUE DE MALTRAITANCE	23
2.3.1 <i>Le risque</i>	23
2.3.2 <i>La gestion du risque</i>	24
3 L'ETUDE	25
3.1 LA METHODOLOGIE	25
3.1.1 <i>Les entretiens</i>	25
3.1.2 <i>Les questions</i>	26
3.1.3 <i>Les sites explorés</i>	26
3.1.4 <i>La sélection de la population</i>	27
3.1.5 <i>Les biais et les limites</i>	27
3.2 L'ENQUETE	28
3.2.1 <i>L'exploitation des entretiens</i>	28

3.2.2	<i>L'analyse</i>	38
4	LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE	40
4.1	LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE	41
4.1.1	<i>L'engagement explicite des responsables</i>	41
4.1.2	<i>La politique managériale</i>	43
4.1.3	<i>La réflexion</i>	43
4.1.4	<i>Les projets</i>	45
4.1.5	<i>La gestion des ressources humaines</i>	48
4.1.6	<i>L'évaluation</i>	50
4.2	LA GESTION DU RISQUE DE MALTRAITANCE	50
4.2.1	<i>La connaissance du risque</i>	51
4.2.2	<i>Le dépistage</i>	51
4.2.3	<i>Le signalement</i>	52
4.2.4	<i>Le suivi des événements indésirables</i>	53
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	LISTE DES ANNEXES	I
	ANNEXE I	II
	ANNEXE II	VI
	ANNEXE III	VII

Liste des sigles utilisés

ALMA	Allo maltraitance
ANGELIQUE	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AS	Aide soignante
ASH	Agent des services hospitaliers
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DH	Directeur d'hôpital
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DS	Directeur des soins
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
IDE	Infirmière diplômée d'état
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ISO	International standardisation organisation
PSD	Prestation spécifique dépendance
USLD	Unité de soins de longue durée

INTRODUCTION

Le récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la violence et la santé montre qu'aucun pays n'est à l'abri de la violence¹. C'est un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie et la santé. Ses conséquences somatiques et psychologiques constituent un déterminant majeur de l'état de santé des individus². La lutte contre la violence a été déclarée problème de santé publique dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

La violence faite aux personnes âgées dépendantes est parfois invisible mais bien réelle. Quand on parle de violence contre les personnes âgées, on pense aux vieillards battus, mais il y a aussi toutes les autres violences, souvent cachées : les placements en institution sans consentement, les vols, les détournements et les abus de confiance. Pour évoquer ce type de violence, le terme de maltraitance est utilisé. La maltraitance est une violation de la dignité humaine. Le respect de la dignité est l'un des principes essentiels qui s'impose comme fondement de la vie sociale et comme valeur absolue sur laquelle s'appuie le droit³.

Toute personne a le droit de mener une existence digne jusqu'aux derniers instants de sa vie, cependant la maltraitance en institution existe. Elle est souvent insidieuse, cachée et faite de multiples petites violences normalisées sous couvert de soins "ordinaires". Elle peut se manifester par de simples "négligences" voire de l'indifférence, des plans de soins où la personne aidée demeure objet plutôt que sujet. Elle est liée à une relation d'emprise psychologique et de dépendance matérielle, qui s'installe en provoquant la négation progressive de la personnalité du vieillard, de ses droits et libertés. Dans notre culture la vieillesse n'a pas une bonne image. Être vieux, c'est avoir perdu beaucoup de qualités, c'est souvent être dépendant. Les "vieux" la redoutent, les enfants en portent souvent la charge, les soignants choisissent rarement de travailler en gérontologie quand ils ont d'autres choix.

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. Genève : 2002, 52 p.

² Haut comité de la santé publique, *Rapport violence et santé*, mai 2004, 190 p.

³ AMYOT J. J., BARRE C., FOURCADE B. « Comment les personnes âgées parlent-elles de leur dignité ? » *Pluriels*, Novembre-Décembre 2003, n° 39-40, pp.

La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes et ses exigences concernant la qualité des prestations offertes ainsi que la rénovation de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales⁴ et ses dispositions relatives au droit des usagers doivent avoir un impact sur le mieux être des personnes âgées qui résident dans ces structures. L'enjeu est grand car la population vieillit et les cas risquent de se multiplier. De l'ensemble de ces réflexions est né un nouveau concept, la "bienveillance" envers les sujets âgés comme rempart contre la maltraitance.

Le directeur des soins est un acteur de santé publique qui doit participer à la mise en œuvre des dispositifs initiés par l'état. Il est membre de l'équipe de direction et garant de la qualité des soins dans l'institution où il assure ses missions⁵. Le positionnement et l'engagement de cette équipe, et plus particulièrement de celui du directeur des soins sont déterminants dans la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Afin de lui donner toute sa pertinence, l'élaboration d'une telle politique implique une réflexion préalable et notamment sur les facteurs qui peuvent être favorisants. A travers nos lectures, nous avons pu en identifier quelques uns qui nous paraissent essentiels :

- L'engagement du directeur de l'établissement et du directeur des soins est déterminant dans le développement d'une politique de lutte contre la maltraitance dans l'institution.
- L'organisation de la lutte contre la maltraitance est effective.
- L'adhésion des soignants au projet d'établissement permet une prise en charge respectueuse de la dignité et des besoins des personnes âgées.
- L'organisation du travail définie dans le projet de vie concilie organisation collective et respect du résident.
- L'existence d'une politique de formation institutionnelle donne aux soignants les moyens de développer leurs connaissances en gérontologie et sur la maltraitance.

Ce mémoire professionnel consiste dans un premier temps, à analyser les expériences et écrits de spécialistes dans le domaine afin de déterminer quelles sont les stratégies qui permettent de lutter contre la maltraitance. Dans un second temps, une enquête portant sur deux établissements publics de santé nous permettra de vérifier, si ces stratégies existent sur ces sites et comment elles y sont développées. Nous pourrions vérifier alors la pertinence des hypothèses de facteurs favorisants posées dans cette introduction, afin

⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁵ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, date, pages.

de mieux définir le rôle du directeur des soins dans la lutte contre la maltraitance en institution et établir ainsi des propositions.

1 LA MALTRAITANCE

Ce concept a fait l'objet de nombreuses publications scientifiques particulièrement dans les pays anglo-saxons. En France, le Professeur Robert Hugonot, médecin gériatre à Grenoble a été le premier à médiatiser cette problématique. Il a créé en 1995 l'association ALMA (Allo maltraitements des personnes âgées), réseau d'écoute téléphonique d'information et de recueil des cas de maltraitance.

1.1 L'aspect juridique

La maltraitance n'est pas une notion juridique. Les actes de maltraitance sont pris en compte à travers la notion de particulière vulnérabilité mentionnée au 2° de l'article 222-3 du code pénal qui précise qu'elle est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique. Cependant, même si le législateur méconnaît la notion de maltraitance, les actes de maltraitance sont réprimés pénalement. De plus, l'article 223-6 du code pénal réprime fermement le simple fait de connaître l'existence de faits de maltraitance, de les dissimuler ou encore de s'abstenir de porter secours à la victime.

1.2 La sémantique

Le mot maltraitance est d'apparition récente. Le Robert, dictionnaire historique de la langue française indique la date de 1987. En effet, cette notion est développée dans le rapport "Violences contre les personnes âgées au sein de la famille" (Conseil de l'Europe, Strasbourg 1987). Les mots violence et maltraitance sont souvent utilisés l'un pour l'autre. La définition de la violence proposée par le Conseil de l'Europe est la suivante : "La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière".

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence ainsi : "Usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne, ou risque fort d'entraîner, un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence".

Le Petit Larousse (2003) quant à lui, définit la maltraitance comme le fait de maltraiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, c'est aussi l'ensemble des mauvais traitements eux-mêmes. Maltraiter signifie : traiter durement, avec violence, brutaliser, soumettre une personne ou un animal à de mauvais traitements.

Ces différentes définitions mettent en évidence que la maltraitance est un phénomène qui peut se présenter sous la forme d'une certaine brutalité mais aussi d'omissions ou de négligences ayant des conséquences physiques et psychiques. Les classifications suivantes vont nous permettre de préciser un peu plus cette notion de maltraitance.

1.3 Les classifications

Selon le Haut comité de la santé publique, on peut distinguer sept grands types de maltraitance envers les personnes âgées⁶ :

- Les négligences physiques par manque de soins ou de surveillance,
- Les abus physiques, actes à l'origine de douleurs, blessures ou déficiences,
- Les négligences psychologiques, défaut d'assistance, abandon
- Les sévices psychologiques, menaces, infantilisation, exclusion,
- Les négligences matérielles, par non - utilisation des ressources du sujet,
- Les abus matériels ou l'exploitation financière,
- La violation des droits, lors de prises de décision à son insu.

La classification du Conseil de l'Europe (1992) bien que plus ancienne apporte quelques précisions supplémentaires :

- Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
- Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
- Violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
- Violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

⁶ Haut comité de la santé publique, *Rapport violence et santé*, mai 2004, 190 p.

- Négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire,
- Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage,
- Privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

Au regard de ces deux classifications nous constatons que la maltraitements des personnes âgées peut prendre des formes très diverses. L'ensemble des négligences et des maltraitements passives est insidieuses et difficiles à détecter. La violence active, en terme de brutalité intentionnelle, n'est probablement pas la plus fréquente comme nous le montrent les données suivantes.

1.4 L'ampleur du phénomène

En France, entre 1995 et 2000, les 23 centres d'écoute d'ALMA avaient reçu 16 383 appels de maltraitance. Mais ALMA ne couvre pas encore tout le territoire et n'est pas connu de tous. Près de 67% des cas de maltraitance ont eu lieu à domicile, 29% en établissement et il faut rappeler que 73% des plus de 85 ans vivent à domicile⁷. La maltraitance concernerait 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans, soit 600 000 personnes en France. Si 15 % des cas de maltraitance sont dus à des violences physiques, une part importante résulte d'un manque de soins tels que le refus d'aide, par exemple pour les repas et pour l'hygiène quotidienne, ou encore la privation de visites ou le non-respect de la vie privée. En institution, les maltraitements par omission ou négligence représentent 48% des cas contre 14% pour les maltraitements psychologiques et 6% pour les maltraitements financiers. Les formes de maltraitance les plus fréquentes sont dans l'ordre, physiques, psychologiques et financières. Les maltraitements médicaux ou médicamenteuses sont en augmentation⁸.

La maltraitance envers les personnes âgées reste difficile à chiffrer et à apprécier en raison du niveau de dépendance des personnes concernées et de leur difficulté à s'exprimer. Nous manquons encore d'une véritable grande étude épidémiologique qui déterminerait l'ampleur du phénomène, cette carence a été soulignée dans le rapport officiel sur ces maltraitements remis en janvier 2002 par le Professeur Michel Debout (médecin légiste à Saint Etienne) au Secrétariat d'État aux Personnes Âgées. La difficulté

⁷ Haut comité de la santé publique, *Rapport violence et santé*, mai 2004, 190 p.

⁸ Ibidem

des institutions médico-sociales, judiciaires et politiques à répondre aux maltraitements réside d'abord dans la problématique de leur repérage. En effet, le signalement ou le diagnostic de ces violences demeure encore trop rare.

La violence contre les personnes âgées est plus "masquée" que toute autre violence, parce que ni les professionnels, ni les familles ne sont disposés à accepter cette réalité. Quel que soit le mode d'enquête utilisé, le nombre de cas décelés est sous-évalué car fortement lié aux tabous, à la honte et à la culpabilité⁹. L'expérience des centres d'écoute Alma démontre que le silence qui entoure la maltraitance envers les personnes âgées est exacerbé par la complexité des relations humaines. La famille reste un huis clos, l'institution peut l'être ou le devenir aussi. Un manque évident de véritable communication est à l'origine de mésententes, de conflits entre les différents protagonistes des situations de maltraitance qui ont de graves conséquences sur les victimes¹⁰.

1.5 Les protagonistes

La cause des situations de maltraitance n'est pas l'exclusivité des soignants comme auteurs, la victime qu'est la personne âgée peut aussi avoir des comportements difficiles à gérer.

1.5.1 Les victimes

Selon ALMA la moyenne d'âge des victimes est de 79 ans et elles sont des femmes (75 %) veuves pour la majorité. D'après le rapport du Dr Debout, ces victimes sont aussi pour la plupart des personnes démentes, incontinentes urinaires et fécales, dyspnéiques et qui font des chutes à répétition¹¹. Les victimes de maltraitance dans le contexte étudié sont des personnes âgées dépendantes. Le maintien à domicile est privilégié mais devient parfois insuffisant pour garantir la sécurité de ces personnes. Alors le placement en institution s'impose sans pour autant que cela soit un choix délibéré des personnes âgées. Leur dépendance naturelle liée à leur état de santé peut alors glisser vers un état de dépendance pathologique qui altère leur autonomie. Les personnes âgées perdent leur liberté pour jouir de la vie qu'elles ont choisie. Cette transformation est la conséquence d'une réponse inadaptée de l'aidant (famille, soignant, institution) et génère chez les personnes âgées une blessure intime qui peut modifier leur identité¹² et ainsi les fragiliser.

⁹ Haut comité de la santé publique, Rapport *violence et santé*, mai 2004, 190 p.

¹⁰ BUSBY F. « La maltraitance et les personnes âgées » Actualité et dossier en santé publique, 2000-06, n° 31, 35-37.

¹¹ DEBOUT M., Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rennes : ENSP, 2003, 77p.

¹² GONZALES L., *Ethique et évaluation de la dépendance*, 15 mars 2005 <<http://www.fehap.fr>>

Lorsqu'une personne âgée est placée en institution, il s'agit pour elle de faire le deuil de son milieu de vie, de ses habitudes, de sa position sociale. Un deuil impossible peut générer une dépression, une désorientation, une entrée dans la démence voire le décès de la personne dans 10 à 12 % des cas dans les 6 mois suivants¹³. Les personnes âgées sont vulnérables mais elles peuvent aussi induire des comportements inadaptés du fait de leur propre agressivité. De même, les problèmes de communication liés à des déficits sensoriels, neurologiques, intellectuels ou à une incohérence du langage peuvent amener les soignants à désinvestir la relation.

1.5.2 Les auteurs

La frontière entre des actes violents et des actes plus anodins qui relèvent de la contrainte de soin est ténue. Les personnes maltraitantes sont souvent pleines de bonnes intentions et n'ont pas conscience du véritable impact de leurs actes (exemple : attacher pour éviter les chutes, fermer la porte de la chambre à clé pour éviter les fugues...). Cette forme de maltraitance est d'autant plus difficile à identifier et à dénoncer qu'elle n'est pas nécessairement perçue comme telle par l'auteur et également celui qui la subit. "*Le maltraiteur est une personne qui pour des motifs qui lui échappent, transgresse les limites de la bienséance et du respect de l'autre et en arrive à violer les droits fondamentaux de l'être humain*" (Longerich, 2003). La maltraitance est l'expression d'un pouvoir sans régulation où la personne âgée perd ses droits. En perdant ses droits, elle perd aussi la possibilité de faire des choix et "*Cette position infantilisante, conduit à la maltraitance où la contrainte bascule vers la tyrannie et l'agressivité vers la violence*" (Gineste, 2004). La violence tend à détruire le lien qui unit l'auteur à l'objet attaqué. Il y a toujours une composante d'autodestruction dans la violence, l'individu violent ou maltraitant se détruit socialement mais aussi intérieurement¹⁴. L'auteur de maltraitance est un être en souffrance qui mérite sanction, c'est dans l'ordre des choses, mais également écoute et attention afin de l'aider à envisager d'autres attitudes dans le soin.

Les professionnels des unités de long séjour n'ont pour la plupart, pas fait le choix de travailler dans ce type d'institution. De plus, le regard que porte notre société sur les personnes âgées est parfois discriminant pour ceux qui travaillent auprès d'eux par rapport à d'autres activités dites plus nobles, comme la pédiatrie ou la réanimation. Ceci pose le problème de la reconnaissance des professionnels qui travaillent en gériatrie.

¹³ DEBOUT M., Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rennes : ENSP, 2003, 77p.

¹⁴ GINESTE Y. *Silence on frappe...De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Milly-la-Forêt : Animagine, 2004. 328 p.

Cette problématique a une incidence sur l'intérêt que les soignants peuvent porter aux personnes âgées, ils ne font pas preuve de la même empathie que ceux qui ont choisi de travailler dans ces services. La relation s'en trouve altérée voire inadaptée ou maltraitante. Les personnes âgées sont fragiles et les conséquences d'une attitude violente peuvent avoir de graves répercussions sur leur psychisme.

1.6 Les conséquences de la maltraitance

L'agression représente un stress hautement pathogène pour le vieillard. Les répercussions psychiques sont parfois d'une ampleur démesurée par rapport à l'agression. Elles peuvent prendre la forme d'une aggravation des déséquilibres intellectuels, d'un état dépressif grave ou d'un état démentiel. La mélancolie est l'état dépressif le plus redouté car il est à l'origine de nombreux suicides de vieillards. La France est le pays qui a le taux de suicide le plus élevé pour les plus de 65 ans après l'Autriche¹⁵. Le plus souvent le suicide des personnes âgées est l'expression d'un enfermement dans la souffrance psychique et physique. La maltraitance entraîne une surmortalité importante, puisque seuls 9% des personnes âgées maltraitées survivent à 13 ans, contre 40% des personnes du même âge non maltraitées¹⁶.

A partir de ces données descriptives concernant les protagonistes et les conséquences de la maltraitance, il convient de chercher à comprendre les causes des situations de maltraitance afin de lutter efficacement contre ce phénomène.

1.7 Les causes de la maltraitance

Maltraiter ne signifie pas nécessairement frapper ou exercer de la violence. La maltraitance peut prendre des formes plus subtiles car elle reflète tout un système d'interactions complexes entre la personne âgée, le soignant et l'institution¹⁷. Il importe pour mieux comprendre le phénomène de la maltraitance en institution, d'identifier les relations des soignants avec les résidents. Les soignants peuvent développer des comportements inadaptés du fait d'une pathologie psychiatrique ou de conduites addictives. Ce ne sont pas les cas les plus fréquents. Il s'agit le plus souvent de relations qui dérivent du fait d'une perte du contrôle des émotions des soignants liée à la surcharge de travail, à la démotivation, au manque de formation, aux représentations personnelles de la vieillesse ou à l'attitude des personnes âgées elles mêmes. Elles sont vulnérables

¹⁵ Debout M., *Violence, maltraitance et personnes âgées*, [Cours en ligne]. Mercredi 29 janvier 2003 [mis à jour le 22.12.04] Disponible sur Internet : <<http://www.inserm.fr/ethique/cours.nsf>>

¹⁶ DEBOUT M., *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003, 77p.

¹⁷ Ibidem

mais elles n'en restent pas moins exigeantes, parfois lentes, dans l'opposition voire agressives.

1.7.1 La notion de vulnérabilité

Selon la DRESS¹⁸, par vulnérabilité nous entendons "l'état de fragilisation sociale, physique ou psychologique affectant les personnes, consécutif à un état de dépendance sociale forte envers autrui, lié à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale". La société traditionnelle permettait aux vieillards d'accéder à un nouveau statut comprenant un rôle social reconnu : les anciens étaient les gardiens de la culture. Ce temps n'est plus, la dernière phase de la vie se déroule dans un désert statutaire et social. Or les rôles sociaux constituent le lien entre l'individu et son environnement, une reconnaissance de la personne et de son identité. Les gens âgés sont faibles et fragiles, c'est-à-dire vulnérables.

La vulnérabilité des personnes âgées trouve sa source dans une intrication de facteurs tels que la fragilité physique, intellectuelle, psychologique, l'isolement et les conditions économiques (le transport d'argent ou le dépôt de valeurs dans une banque expose la personne âgée à l'agression d'un tiers). Cette vulnérabilité est reconnue par le législateur. En effet, des articles du Code Pénal (art. 222-13 et 14) disposent que des violences exercées sur des personnes particulièrement vulnérables en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique sont plus sévèrement réprimées. Bien que reconnue, cette notion n'a pas de définition précise et reste vague.

L'apparition de la dépendance physique et/ou psychique a deux conséquences essentielles. D'une part, elle entraîne des frais considérables qui précipitent nombre de ces personnes dans la dépendance économique vis-à-vis de leur famille ou de la collectivité. D'autre part, privées d'autonomie, c'est-à-dire de la liberté de décision concernant l'organisation de leur existence, ces personnes peuvent devenir dépendantes des décisions souvent arbitraires d'autrui, même quand elles se veulent bienveillantes. Elles deviennent ainsi vulnérables et sont particulièrement exposées aux violences et aux maltraitances. L'image des soignants à l'égard des personnes âgées est déterminante dans leur prise en charge.

¹⁸ DREES, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative » *Etudes et résultats*, Janvier 2005, n°370, pp 1-12.

1.7.2 La question de l'altérité

La vieillesse renvoie à la mort annoncée, le "vieux" fait peur car annonce ce qui va nous arriver. Cette image est tellement insupportable qu'on la nie. On retire au "vieux" sa dimension d'humain à part entière, ce processus de déshumanisation nous permet de ne pas nous renvoyer à cette image. Nous considérons la personne âgée comme quelqu'un de différent, de tout autre afin de nous protéger. Or toute communication suppose bien quelque chose de commun et si nous sommes incapables de voir en face de nous un être humain la communication devient impossible voire génératrice de violence.

L'humanité a du mal à accepter la diversité, la personne âgée est vue comme différente, étrangère ; elle n'est plus reconnue. Nous parlons alors d'âgisme à son égard. Ainsi, la parole de la personne âgée n'est plus écoutée, on lui dit ce qu'elle doit penser, on nie son nom en l'appelant "papi ou mamie". Il existe certains comportements où l'on nie la pudeur de la personne âgée (exemple : toilette au lit, la personne complètement nue). C'est une négation de la sexualité de la personne en tant qu'homme ou femme. Ne plus considérer les personnes âgées comme des êtres humains est un mécanisme de défense pour limiter le stress de voir un autre soi-même.

L'angoisse des soignants devant la mort et la vieillesse (laideur du corps, démence, dépendance) sont sources d'agressivité et d'épuisement. Nous parlons maintenant de "burn out" (être brûlé jusqu'à la trame, consumé par son travail) ou d'usure professionnelle¹⁹. Cette angoisse représente une souffrance souvent méconnue qui peut être à l'origine de comportements inadaptés voire maltraitants dans la relation aux personnes âgées. "*... une souffrance qui ne peut s'exprimer en mots a de fortes chances de trouver une exutoire dans la violence*" (Debout M., 2003)²⁰. Les études montrent qu'en cas de "burn out" les soignants risquent de se désintéresser des patients et de leurs collègues ou au contraire de s'engager dans une relation fusionnelle²¹.

Il est difficile de s'occuper d'une personne âgée dépendante. Celle-ci a besoin de celui qui l'aide, elle ne peut pas vivre sans aide. C'est une relation de dépendance, qui rend prisonnier aussi bien l'aidé que l'aidant. "*Il y a là une idée de confinement de la relation, propice aux dérives relationnelles.*" (Debout M., 2003). Il faut envisager ici la dimension socioculturelle de cette relation. La représentation de la vieillesse dans la société joue un

¹⁹ LANDRY D., « Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 203-220.

²⁰ DEBOUT M., *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003, 77p.

²¹ Ibidem

rôle important. Aujourd'hui la vieillesse est synonyme de relégation sociale. On ne voit pas dans les médias de représentations de vieux "vieux". On ne voit que des vieux qui sont restés jeunes. Ces images pèsent sur la relation sociale.

1.7.3 Les relations sociales en institution

Les représentations sociales du vieillissement oscillent en permanence entre le positif et le négatif : soit on loue l'expérience et la sagesse du vieillard, sa transmission de traditions et de patrimoine, de mémoire et aussi de valeurs, soit on stigmatise l'image du "vieux" dégradé physiquement ou psychiquement, qui inquiète et coûte à sa famille. Cette image a été accentuée par les lois sociales de 1905 instituant l'assistance obligatoire aux personnes âgées. La notion de retraite signifiant l'incapacité à travailler et l'image médicale du "vieux", surtout caractérisée par ses dépendances, vient renforcer cette dévalorisation de la vieillesse. Le "vieux" est celui qui ne peut plus rien faire. La vieillesse est vécue comme une décrépitude²². "... *le vieillissement et la mort sont le lot de l'existence humaine, simples signes de la finitude de l'homme. Mais la modernité réfute ce fatalisme.*" (Lecorps, Paturet, 1999).

Dans leur organisation sociale, les soignants ont un esprit de corps très développé. Le travail en équipe est une valeur forte défendue par le personnel hospitalier (Abraham, 1995)²³ et en cas de maltraitance le groupe sacrifie souvent sa conscience professionnelle à un esprit d'équipe. Dénoncer un collègue maltraitant n'est pas chose facile, et c'est ainsi que certains préfèrent garder le silence de peur des représailles ou d'être rejeté. Cette loi du silence si souvent observée, rend difficile l'action régulatrice de l'institution et donne l'impression qu'elle protège le personnel avant les résidents.

Dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, il convient de réfléchir à l'implication du soignant en tant qu'individu dans un contexte social. Mais aussi de repérer ce qui relève de la responsabilité de l'organisation collective dans l'apparition de ce phénomène.

1.7.4 L'institution

Les unités de long séjour sont ainsi définies dans l'article 4 de la loi du 31 juillet 1991 et l'article L.711-2 du code de santé publique : "Etablissement ou partie d'établissement qui

²² Haut comité de la santé publique, Rapport *violence et santé*, mai 2004, 190 p.

²³ DURIEUX D., « la décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines » *Revue hospital BE*, Mars 2001, n° 246 <http://www.abhbvz.be/français/revue/hb246:durieux.html>

a pour mission l'hébergement de longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien". L'institutionnalisation des personnes âgées n'est pas une nouveauté car notre société a régulièrement fait appel à l'exclusion en institution pour régler le problème de la vieillesse. Au XVI^e siècle, le grand enfermement a eu pour double objectif une charité encadrée et une précaution sociale. L'institution qu'Erving Goffman a qualifiée de "totale" a dressé des barrières pour restreindre les échanges sociaux avec l'extérieur. L'institution contrôlait la communauté d'individus²⁴. Le décret du 23 mars 1852 sépare les hospices et les hôpitaux et la loi du 14 juillet 1905 fait obligation aux hospices de recevoir les vieillards de plus de 70 ans, infirmes et incurables. Les indigents y perdaient tous leurs droits. Ainsi, le poids de cette culture historique pèse encore lourdement sur l'attitude des soignants et leur relation aux résidents en terme de reconnaissance de leurs droits²⁵. Cette toute puissance de l'institution est aujourd'hui remise en cause.

En quelques années, l'hospice s'est transformé en établissement pour personnes âgées dépendantes. La société reconnaît aux personnes accueillies des droits, et non plus uniquement le devoir de se conformer aux règles de l'institution. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale stipule que ce n'est plus à l'individu de s'adapter à l'institution, mais à l'institution de réformer son mode de fonctionnement pour prendre en compte la diversité et les droits des personnes accueillies. Les exigences à l'endroit des institutions se sont considérablement élevées, une prise en compte des personnes dans leur singularité se fait jour. Néanmoins, des dysfonctionnements et des insuffisances subsistent. Par exemple, dans le cadre du Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation établi pour l'année 2002, 18 institutions sociales et médico-sociales ont été inspectées au titre de la prévention de la maltraitance en Bretagne. Les établissements inspectés comprenaient 15 établissements pour personnes âgées. Les principaux types de dysfonctionnements repérés sont : l'organisation du travail (13 fois), la qualification du personnel (11 fois), les conditions matérielles de l'établissement (10 fois), le management et la régulation des conflits (9 fois) et l'inadaptation du mode de prise en charge des besoins des résidents (9 fois). Cette évaluation est restreinte mais peut donner des indications intéressantes.

²⁴ AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

²⁵ BOIS J.P., « Exclusion et vieillesse, Introduction historique » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 13-23.

Le manque de qualification est lié au manque de formation des personnels en gérontologie, il implique une incompréhension des vrais besoins des personnes âgées. Dans certains cas, les soignants sont amenés à prendre des décisions inadaptées pour les résidents car ils ont des idées fausses sur les conséquences cliniques et psychologiques du vieillissement. Les cadres jouent alors un rôle fondamental pour permettre un réajustement de la prise en charge. Lorsque l'encadrement est défaillant, cette régulation n'est plus possible. Aussi, la présence et la compétence des cadres est-elle primordiale dans les unités de long séjour.

Les effectifs insuffisants ne permettent pas de porter à chaque résident l'attention dont il a besoin. Un exemple : en fonction de l'effectif, le temps consacré à une toilette peut être inférieur à 15 minutes, ce qui est considéré comme un facteur de haut risque de maltraitance²⁶. Pour Eliane Corbet, docteur en psychopédagogie, *"Il existe une violence faite à un usager dès lors 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'usager accueilli"*²⁷.

Néanmoins, depuis une dizaine d'années, le milieu gérontologique a initié une réflexion sur la notion de projet de vie qui tend à préserver un certain sens de la vie pour les personnes âgées et donner aux professionnels un sens à leur travail. La difficulté réside dans l'ambiguïté de la structure qui est un lieu de soins du fait de l'état de santé des résidents mais aussi un lieu de vie car c'est leur dernier domicile. Les deux missions sont souvent difficiles à conjuguer. L'idéal de soins, basé en principe sur la guérison ne peut plus être complètement atteint puisqu'on ne guérit pas de la vieillesse. Cette dimension peut générer une forme de découragement chez les soignants, car l'issue des résidents est toujours la même quels que soient les soins.

La loi de 1997 sur la PSD (Prestation spécifique dépendance)²⁸, dans sa partie consacrée à la réforme de la tarification des établissements, reprise par la loi récente sur l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) avait formalisé la nécessité pour les établissements de présenter un projet pour prétendre au conventionnement tripartite. La loi de janvier 2002²⁹ vient valider cette démarche. Il s'agit de centrer les projets sur le bien

²⁶ GINESTE Y. Silence on frappe...De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées. Milly-la-Forêt : Animagine, 2004. 328 p.

²⁷ Corbet E. Conseillère technique au CRAI (centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée) Rhône – Alpes.

²⁸ Loi n°97- 6 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance

²⁹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

être des usagers. "La finalité du projet de vie est de fonder les attitudes et les actions des professionnels sur ce que les résidents vont énoncer d'essentiel à leur vie. Il tente ainsi de donner du sens et de la cohérence au travail des personnels"³⁰. Cette loi fait obligation de prévenir et de traiter les risques de maltraitance dans son décret d'application du 14 novembre 2003.

2 LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Depuis quelques années, les politiques sociales évoluent. Les pouvoirs publics, relayés par le secteur associatif, ont déjà pris de nombreuses initiatives pour protéger les personnes vulnérables.

2.1 L'évolution du droit

En réponse à une forte demande sociale, les évolutions législatives ont mis l'accent sur les droits des usagers, la protection des personnes et la lutte contre la maltraitance³¹.

- **Loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique a déclaré la maltraitance comme problème de santé public.
- **Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003** relatif au règlement de fonctionnement institué. Le règlement de fonctionnement rappelle que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.
- **Arrêté du 16 novembre 2002** porte la création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.
- **Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002** relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées recommandant aux préfets de département de mettre en œuvre une politique locale de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et, notamment, les personnes âgées. La direction générale de l'action sociale (DGAS) a

³⁰ AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

³¹ JOEL M – E., *Commission « Personnes âgées et personnes handicapées »*, 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, 69 p.

lancé, le 1er janvier 2002, un programme pluriannuel d'inspection des risques de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

- **Circulaire DGA 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 stipule que la lutte contre les maltraitements dont sont victimes les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les institutions sociales et médico-sociales doit être une priorité absolue. Cette circulaire précise que les violences institutionnelles constituent le symptôme de dysfonctionnements graves. Malgré les progrès accomplis ces dernières années, la prise en charge des situations de maltraitance au sein des établissements sociaux et médico-sociaux demeure encore trop souvent insatisfaisante et nécessite de renforcer l'effort de vigilance.

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale traite dans l'article L. 311-4 de la nécessité de remettre un livret d'accueil à la personne afin de prévenir tout risque de maltraitance. Ce livret d'accueil comprend en annexes : une charte des droits et libertés de la personne accueillie, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour. Cette loi garantit le respect des droits des usagers et de leur entourage, la protection des agents des structures sociales et médico-sociales témoignant de faits de maltraitance.

- **Arrêté du 26 avril 1999** fixant le contenu du cahier des charges de la loi n° 97- 6 du 24 janvier 1997, décrit des recommandations qui constituent des références qualitatives souples. Elles sont assorties d'indicateurs permettant d'apprécier les différents éléments concourant à un bon niveau de qualité des prises en charge. Il convient d'élaborer le projet institutionnel, document dans lequel sont définis les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins. La convention tripartite pluriannuelle déterminera les efforts à consentir par chacun des contractants pour atteindre graduellement ces objectifs de qualité. Le conventionnement tripartite vaut engagement de l'établissement dans une démarche d'assurance qualité.

- **Loi n° 97- 6 du 24 janvier 1997** prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Chaque établissement doit s'engager dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. La qualité des prises en

charge est toute à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

L'évolution de la réglementation montre une réelle volonté de lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Néanmoins, la maltraitance reste une réalité et nécessite pour lutter contre ce phénomène de réfléchir aux moyens de favoriser la mise en œuvre d'une politique de bientraitance associée à une gestion du risque de maltraitance³².

2.2 La bientraitance

"La maltraitance en institution apparaît souvent comme le symptôme de lacunes institutionnelles graves. Une institution qui n'a pas de démarche active de "bientraitance" court le risque de voir survenir des maltraitements de différentes sortes" (Anghelou D., Creoff M., 2001).

2.2.1 Le concept

"Quelque soit le degré de civilisation d'un peuple la bientraitance des personnes âgées ne va pas de soi. Le faible est toujours en danger".³³ La notion de bientraitance est une idée généreuse et une référence éthique dont il convient de définir les contours. Apparue dans le courant des années 90, cette notion donne corps à celle de respect et s'est particulièrement développée dans les structures d'accueil de la petite enfance. En 2000, la notion de bientraitance a gagné les structures pour personnes âgées. Néanmoins, si la pratique existe, le mot bientraitance est un néologisme qui n'est pas encore admis par les linguistes³⁴. A l'occasion d'un discours en novembre 2003, C. Jacob, Ministre délégué à la famille, a donné du concept de bientraitance la définition suivante : *"Art et manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien être à travers des actions concrètes"*.

L'adoption de la notion de "promotion de la bientraitance" en lieu et place de celle de la "prévention de la maltraitance", contribue à éviter une polarisation sur les seuls mauvais

³² ANGHELOU D., CREOFF M. « Prévention et repérage des risques de maltraitance en institution. Politique nationale et programme pluriannuel d (inspection des établissements sociaux et médico-sociaux » *Echanges santé social*, Octobre 2001, n°103, pp. 15-20.

³³ Haut comité de la santé publique, *Rapport violence et santé*, mai 2004, 190 p.

³⁴ MANCIAUX M., « De la maltraitance à la bientraitance » *ADSP*, Juin 2000, n°31, p63-65.

traitements en ouvrant sur les conditions d'une prise en charge réussie. Pour autant, on ne peut pas faire une opposition morale fondamentale entre le bien et la maltraitance, car tout ce qui n'est pas bien traitant n'est pas forcément maltraitant. La bientraitance contient des aspects objectivables congruents avec l'édification de normes, de procédures et de bonnes pratiques. Mais elle contient aussi des aspects subjectifs qui sont des limites à la standardisation des prises en charge des personnes âgées, car ce qui est bon pour l'un n'est pas forcément bon pour l'autre. Le personnel doit rester vigilant et être attentif aux besoins de chaque personne âgée. Cette attitude professionnelle ne peut pas se régler uniquement par des modes procéduraux. Chaque cas est un cas particulier qui nécessite une analyse personnalisée de ses besoins.

La bientraitance est une démarche qui doit être le fil conducteur de toute action réalisée auprès des résidents. Elle doit traduire des valeurs d'humanité au quotidien dans des actions concrètes qui expriment la considération et le respect que portent les soignants à leur égard. Elle implique : la recherche du bien être de la personne âgée, la reconnaissance de ses désirs, la possibilité pour elle de conserver son estime de soi. Cette démarche implique des changements de pratiques professionnelles. *"Il reste à inscrire ce progrès des idées dans la pratique quotidienne et à compléter la prévention des maltraitances envers les personnes âgées par la promotion de la bientraitance à leur égard et à celui des personnels"*³⁵. Pour les professionnels, pour être bien traitant, il faut être accompagné, écouté, formé, reconnu dans sa fonction et considéré dans la valeur de sa contribution.

La politique nationale de protection des personnes âgées a pour but de promouvoir la bientraitance des personnes en menant des actions à moyen et long terme visant à modifier le regard porté sur les personnes vulnérables et à améliorer leurs conditions de vie en institution. Cette promotion de la bientraitance implique la mise en œuvre des dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002³⁶ et le développement des démarches d'amélioration continue de la qualité des services.

2.2.2 Une démarche d'amélioration continue de la qualité

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels des EHPAD (établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes). Cependant un élément nouveau est introduit par la réforme de la tarification de ces établissements. La

³⁵ MANCIAUX M., « De la maltraitance à la bientraitance » ADSP, Juin 2000, n°31, p63-65.

³⁶ Direction générale de l'action sociale, Bureau de la protection des personnes, Janvier 2005, Prévention et lutte contre la maltraitance <<http://www.personnes-agees.gouv.fr/accueil/accueil.htm>>

formalisation de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité doit être systématique. L'arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 remplace la notion d'assurance qualité par celle d'amélioration continue de la qualité grâce à la mise en œuvre d'un projet d'établissement et non institutionnel³⁷.

A) La qualité

Les pensionnaires des institutions de long séjour sont devenus des résidents avec des droits et des devoirs. Les résidents et surtout leurs enfants veulent être informés et négocier les conditions de vie de leur parent. Ils sont dans une attitude de clients, de plus en plus consommateurs avec des exigences de qualité³⁸.

La démarche qualité, c'est étudier de façon détaillée l'ensemble d'un processus en rapport avec un référentiel choisi, identifier les points à améliorer, élaborer un plan d'actions, définir des priorités et formaliser le processus ainsi optimisé. Selon les normes internationales ISO (International standardisation organisation) 8402, la démarche qualité est la capacité d'une entreprise ou d'une entité à satisfaire les besoins exprimés et implicites de ses clients³⁹. La relation client fournisseur à la base de tout système qualité pose le problème de la capacité de certains résidents à exprimer leurs besoins. La qualité c'est aussi la nécessité de mieux communiquer sur les pratiques et ce qui les fonde et de respecter les normes édictées par les référentiels et la réglementation. Le terme norme est utilisé dans le sens de ce qui est habituel, souhaitable voire une exigence à respecter dans un cadre réglementaire.

Pour autant, l'amélioration de la qualité n'est pas qu'une affaire de normes, elle est liée aussi à l'implication de chacun des acteurs, quel que soit son niveau de responsabilité dans l'institution⁴⁰. Le directeur des soins a un rôle crucial à jouer pour initier cette démarche et faire en sorte que le management des cadres les amène à être des relais auprès des équipes. Le but du directeur des soins est de mobiliser l'ensemble des professionnels dans une action commune de lutte contre la maltraitance en développant la culture de la bientraitance et modifiant le regard qu'ils portent sur les personnes âgées.

³⁷ fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

³⁸ AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

³⁹ DURIEUX P., *Guide des principaux termes dans le domaine de la santé, évaluation qualité sécurité*, Paris : Flammarion, 1997.

⁴⁰ AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

Il doit alors exercer son leadership auprès des soignants car au-delà des stratégies, c'est aussi, son implication et sa force de persuasion qui amèneront l'encadrement supérieur, l'encadrement intermédiaire puis les soignants à s'associer à cette démarche et en assurer la réussite. L'ANAES (Agence nationale d'accréditation des établissements de santé) a mis en évidence des facteurs essentiels qui conditionnent le succès de la démarche qualité ⁴¹ :

- L'engagement explicite des responsables
- L'implication des personnels
- Le patient : raison d'être de la démarche
- La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs
- La communication interne
- La structure de la démarche

B) La réforme de la tarification

Cette réforme s'opère dans le cadre des conventions établies entre chaque établissement, l'autorité compétente pour l'Assurance maladie et le Conseil Général du département. Ces conventions doivent s'appuyer sur le cahier des charges publié au Journal Officiel du 27 avril 1999. L'objectif est la mise en œuvre au sein des établissements de démarches continues d'amélioration en matière de qualité, centrées sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins.

L'établissement définira ses projets d'amélioration de la qualité ainsi que les moyens nécessaires en personnel, formation, investissements, etc... La démarche qualité constitue un droit pour l'usager et un devoir pour les professionnels ; l'engagement dans cette démarche ne saurait en effet être liée aux seules obligations institutionnelles, réglementaires ou conventionnelles. Il s'agit de définir des axes d'amélioration de la qualité en mobilisant l'ensemble de ces acteurs autour de valeurs communes. Les enjeux de la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont :

- Le respect des règles éthiques, notamment celles relatives aux droits et libertés des résidents, cette dimension prend tout son sens dans le cas de la maltraitance. L'éthique soignante impose le respect de la dignité des personnes âgées quelques soient leur déficit ou leur dépendance.
- La satisfaction des besoins, implicites ou explicites des personnes âgées dépendantes et des familles. La difficulté pour les soignants, jeunes pour la plupart,

⁴¹ ANAES, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002.

est de s'adapter aux besoins des personnes âgées car ils ont évolué avec le vieillissement. Ils doivent pour cela avoir été formés en gérontologie.

- Une maîtrise accrue des organisations permettant une meilleure sécurité de fonctionnement. Dans les services de long séjour, l'organisation du travail doit bien évidemment tenir compte des contraintes institutionnelles, mais pas uniquement. Elle doit aussi être adaptée au rythme et aux besoins des personnes âgées.
- Une amélioration de la gestion des ressources humaines. Les conditions de travail ont une incidence majeure sur l'état d'esprit des soignants et leur disponibilité. La difficulté à prendre en charge les personnes âgées nécessite un personnel formé, stable, disponible et empathique.
- Une bonne image de l'établissement, fondée sur une qualité évaluée. Celle-ci se réalise à partir des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leur famille. C'est aussi l'occasion d'associer les familles et d'en faire des partenaires dans la prise en charge de leur parent.
- Une maîtrise accrue des coûts financiers liés à la non qualité. En effet, les dommages causés à une personne âgée, qu'ils soient physiques ou psychologiques, ont un coût en terme de prise en charge médicale voire judiciaire en cas de procès suite à une plainte.

Il ne peut y avoir d'amélioration durable de la qualité sans évaluation, autrement dit sans mesure, de l'existant d'abord, puis des résultats obtenus ensuite. Cela suppose des outils préalablement définis permettant à l'établissement d'identifier les points à améliorer, puis d'engager les actions d'amélioration nécessaires, tout en veillant au maintien de la qualité déjà acquise. Cette autoévaluation, initiale puis périodique, au minimum annuelle, constitue l'un des éléments essentiels du système d'information nécessaire à l'amélioration de la qualité.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale articule les instruments tels que le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le conseil de la vie sociale au droit des usagers. Tous ont pour vocation d'informer l'utilisateur et de lui permettre de faire valoir son droit d'expression et de participer à l'élaboration du projet de vie le concernant. Ces outils doivent aussi permettre aux professionnels de donner du sens à leur action. Ces outils ne s'inscrivent pas uniquement dans une logique sécuritaire.

Créer ses propres outils c'est aussi créer une dynamique en interne et du lien entre les acteurs. Ils contribuent à la réflexion sur le projet et permettent de s'approprier la loi⁴².

Le projet doit rester primordial, car lui seul garantit la mobilisation de l'ensemble des acteurs au sein des institutions autour des valeurs et des principes éthiques.

C) Le projet d'établissement ⁴³

Une démarche d'amélioration de la qualité doit s'appuyer sur un projet d'établissement. Ce projet est un document officiel qui trouve son fondement dans la politique médico-sociale du gouvernement et dans les besoins de la population. Il définit le cadre de références philosophiques, morales et humaines qui inspire la démarche ; les missions et les choix stratégiques de l'établissement pour répondre aux besoins des résidents. Il constitue le cadre général dans lequel l'ensemble des projets à vocation à s'inscrire (projet de vie et projet de soins).

D) Le projet de vie

Il se définit comme la concrétisation des orientations du projet d'établissement :

- Il précise les références éthiques et les traduit en programme d'action,
- Il prévoit les modalités d'expression des résidents et de participation des familles ou des proches,
- Il précise les modalités d'organisation de la vie quotidienne et de fonctionnement des divers services.

Le projet de vie doit donner des informations claires sur le fonctionnement de l'établissement, les droits et obligations des résidents et les conditions d'accueil et de prise en charge.

Il va tenter de préserver l'identité de chaque résident et l'aider à créer un mode de vie qui ait du sens pour lui. Il est admis que les services de long séjour sont des lieux de vie, cependant la logique du soin l'emporte le plus souvent, car fondée sur des impératifs d'hygiène et de sécurité. Cette logique est centrée sur la survie et non sur la vie.

⁴² AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

⁴³ Ibidem

E) Le projet de soins

Le projet de soins définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents. Il présente l'organisation médicale et paramédicale et doit être en cohérence avec les orientations du projet d'établissement. Il formalise les protocoles et procédures permettant une meilleure prise en charge des résidents concernant par exemple la douleur, l'incontinence, les personnes démentes, la prévention des escarres, les chutes et la fin de vie.

F) Le projet de vie personnalisé

Ce projet permet l'expression des attentes, des désirs, des aptitudes et des goûts de chaque personne. Il est consigné dans le dossier du patient.

G) Le projet d'animation⁴⁴

Depuis de nombreuses années les institutions ont mieux cerné leur mission, qui est passé d'une simple action d'hébergement de personnes déficientes à une véritable prise en charge hôtelière, médicale, technique, psychologique et sociale des personnes âgées. Aussi la conception de l'animation a pris une nouvelle dimension et préconise l'ouverture de l'institution sur l'extérieur. Les ateliers d'animation répondent aux caractéristiques suivantes :

- Ils sont facultatifs,
- Ils permettent une véritable expression de chacun des participants et suscitent ou maintiennent la conscience et l'estime de soi,
- Ils s'appuient sur des fiches de suivi individuel qui permettent d'apprécier les progrès réalisés par chaque résident,
- Ils développent et maintiennent l'autonomie par la possibilité de faire des choix,
- Ils permettent de retrouver des repères spatio-temporels, de réactiver la mémoire des résidents et de les "remettre en mouvement".

L'objectif final de tous ces projets est d'instaurer progressivement une véritable culture de la bientraitance. Les bonnes pratiques édictées doivent devenir un réflexe chez l'ensemble des personnes intervenant auprès de la personne âgée⁴⁵. Néanmoins, la prévention de la maltraitance par le développement d'une politique de bientraitance ne

⁴⁴ BRAMI G., *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*. Paris : Berger Levrault, 2004, 284p.

⁴⁵ Extrait de l'intervention de Mme Catherine VAUTRIN, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées le 12 janvier 2005 à l'occasion de la Journée nationale "Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux"

permet pas de supprimer totalement l'occurrence de ce risque. Aussi cette politique doit nécessairement s'associer à une stratégie de gestion du risque de maltraitance.

2.3 La gestion du risque de maltraitance

Lors de son discours du 12 janvier 2005, Mme Vautrin, secrétaire d'état aux personnes âgées, a invité les établissements à promouvoir une démarche intégrée de gestion du risque de violence et de maltraitance qui prenne en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins, d'accompagnement et d'hébergement de personnes vulnérables⁴⁶.

2.3.1 Le risque

Le risque fait partie de la vie, il est présent dans toute activité humaine. Le dictionnaire encyclopédique Larousse définit le risque comme un danger, un inconvénient possible, un préjudice éventuel, plus ou moins prévisible. Le Dr E. Hergon, enseignant chercheur à l'ENSP (Ecole nationale de la santé publique) définit le risque comme "une probabilité d'occurrence d'un dommage, résultant d'une exposition à un danger". Le risque est l'expression de la probabilité et de l'incidence d'un événement susceptible d'influencer l'atteinte des objectifs d'une organisation. Les établissements de santé sont considérés comme des systèmes complexes comprenant des possibilités de défaillance. Le risque peut alors être lié à une erreur ou une déviance des professionnels de ce système⁴⁷.

Certains groupes, par leur environnement et leurs caractéristiques sociales encourent plus de risques que d'autres. Le risque n'est pas seulement une donnée objective, c'est aussi une construction sociale. Dès lors, l'acceptabilité du risque n'est pas uniforme et peut varier en fonction des époques. La médiatisation et la volonté politique de lutter contre la maltraitance des personnes âgées montre l'évolution de la notion d'acceptabilité du risque de maltraitance⁴⁸.

La maltraitance peut ainsi être identifiée à un risque comme situation non souhaitée par l'institution et ayant des conséquences négatives sur les personnes âgées⁴⁹. Elle est la conséquence d'un comportement humain volontaire ou non. Cependant, le risque de maltraitance est un risque particulier, difficile à repérer et à définir car subjectif et

⁴⁶ Extrait de l'intervention de Mme Catherine VAUTRIN, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées le 12 janvier 2005 à l'occasion de la Journée nationale "Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux".

⁴⁷ HERGON E., *La gestion des risques*, Rennes : ENSP, 2005. 35p

⁴⁸ LECORPS P., PATURET J-B. , *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes : ENSP, 1999. 186p.

influencé par le système de valeurs et la culture de chacun. Le risque de maltraitance est un danger prévisible, sorte "d'aléa anticipable" qui fait appel à un double mouvement de prévention de sa survenue, d'assurance et de garantie face à ses conséquences, on parle alors de gestion du risque.

2.3.2 La gestion du risque

La gestion du risque est un processus, systématique, proactif et continu pour comprendre, prévenir et gérer ce risque. L'objectif stratégique de l'organisation est alors d'éviter la survenue d'évènements redoutés ou d'en limiter les conséquences⁵⁰. La démarche de gestion des risques va s'appuyer sur⁵¹ :

- La connaissance du risque,
- Le traitement du risque (prévention),
- La récupération (repérage, signalement, et correction de la défaillance).

Les institutions de long séjour doivent mettre en place une démarche de gestion du risque de maltraitance des personnes âgées⁵². Cette démarche doit s'envisager comme un processus continu, coordonné et intégré au fonctionnement des institutions et des services. Elle doit permettre de faciliter le repérage des situations de risque de maltraitance par l'utilisation d'indicateurs. Ceux existants actuellement ne sont pas vraiment adaptés car utilisés soit pour mesurer la charge de soin de la famille à domicile (échelle de Zarit)⁵³ soit pour évaluer l'institution dans le cadre du conventionnement tripartite (vade-mecum) ou d'inspections programmées par l'Etat (Programme d'inspections des établissements sociaux et médico-sociaux). Ces outils nécessitent d'être adaptés afin d'une part de repérer la charge mentale des soignants et d'autre part de repérer les signes portés par la personne âgée supposée maltraitée. L'élaboration de ces indicateurs demande un travail de réflexion et de clarification institutionnel. Le dépistage de ce phénomène dépend aussi du niveau de formation et de la connaissance qu'en ont les soignants et l'encadrement. La démarche de gestion des risques doit aussi permettre d'améliorer les procédures de signalement et de traitement des défaillances.

La mise en place d'une démarche de gestion du risque de maltraitance au sein d'une institution conduit à des changements majeurs ayant une incidence sur la politique des

⁴⁹ ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003.

⁵⁰ HERGON E., *La gestion des risques*, Rennes : ENSP, 2005. 35p

⁵¹ ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003.

⁵² FALCO H., Hubert Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Intervention du mardi 19 novembre 2002.

⁵³ Confère annexe I

soins initiée par le directeur des soins, les modes de management et les responsabilités des acteurs. La réussite de cette démarche dépend du management de l'encadrement et de l'implication de tous au plus haut niveau, du directeur à l'ASH (agent des services hospitaliers).

Chaque acteur doit réfléchir à la qualité des soins qu'il dispense, être capable de s'auto évaluer afin de réajuster la prise en charge lorsqu'elle ne correspond pas aux attentes et aux besoins des résidents. Le rôle des cadres est fondamental dans l'accompagnement des soignants dans cette démarche. Une culture de l'erreur plutôt que de la faute doit être développée afin de permettre à chacun de se remettre en question et de progresser. De plus, la bientraitance des résidents dépend aussi des conditions de travail du personnel. La question est de savoir si la bientraitance du personnel est une réalité. Le directeur des soins et l'encadrement ont la responsabilité de l'organisation des services afin de favoriser l'épanouissement professionnel des soignants.

3 L'ETUDE

Après avoir étudié les avis de spécialistes sur la question de la maltraitance et les moyens de lutte contre ce phénomène, nous allons explorer la réalité de deux établissements publics de santé en menant une enquête pour repérer comment s'organise concrètement la lutte contre la maltraitance sur ces sites.

3.1 La méthodologie

Pour élaborer ce mémoire professionnel nous avons employé une méthodologie utilisant à la fois des données théoriques, c'est-à-dire conceptualisées par des experts à partir des réflexions tirées de leurs expériences et des données recueillies sur le terrain par des entretiens auprès de professionnels.

3.1.1 Les entretiens

A) Motivation pour le choix de cette technique

La technique de l'entretien semi directif est choisie pour recueillir les informations concernant la prise en charge des personnes âgées. Ce choix est sous tendu par la crainte que les professionnels ne répondent pas à des questionnaires et que cette méthode ne rende pas suffisamment compte du vécu des personnes. La maltraitance est un sujet difficile à aborder car chargé d'une connotation bien évidemment très négative. C'est encore un sujet tabou, la parole a du mal à se délier autour de ce phénomène.

L'entretien de type semi directif invite la personne interrogée à s'exprimer spontanément à l'intérieur d'un cadre déterminé par l'interviewer. Il permet par la reformulation des propos d'accéder au vécu de chacun, de déceler des perceptions, des attitudes, des opinions, des expériences vécues. Il permet aussi de soulever l'ambiguïté d'une question ou encore par le jeu du face à face d'élargir celle-ci pour mieux la cerner par la suite. Compte tenu du sujet cette technique paraît la plus adaptée. Les entretiens sont enregistrés afin de faciliter le contact et le suivi des réponses aux questions.

Le but des entretiens est de mettre en évidence sur chacun des sites explorés :

- Quelle définition donnent les professionnels à la bientraitance et à la maltraitance ?
- Quelles sont les facteurs favorisant ce phénomène ?
- Qu'est-ce qui est mis en œuvre dans les établissements enquêtés pour développer une politique de bientraitance et lutter contre la maltraitance ?

B) La planification

Les entretiens sont réalisés sur rendez-vous, en fonction de la disponibilité des professionnels. Ils ont lieu dans les unités de long séjour, dans un bureau calme et à distance de l'effervescence de l'activité des équipes. Pour chaque entretien, le but du travail est précisé et le respect de l'anonymat confirmé. Les entretiens ont duré en moyenne 48 minutes.

3.1.2 Les questions

La grille d'entretien est présentée en annexe II. Cette grille est constituée de 9 questions ouvertes, composées de termes simples, compréhensibles de tous. Ce sont des questions exploratoires qui visent à faciliter la prise de parole des professionnels au sujet de leurs pratiques professionnelles. Elles doivent permettre de mesurer la portée, à chaque niveau de responsabilité de l'institution, de la politique de lutte contre la maltraitance. Les 5 premières questions sont consacrées à la bientraitance, les 4 dernières abordent la maltraitance. Ce choix est guidé par la volonté de ne pas bloquer les professionnels interviewés dans leur capacité d'expression en les renvoyant directement à leur potentiel de "maltraiteur". La plupart d'entre eux ont été satisfaits d'aborder le sujet par le biais de la bientraitance et sont venus à parler de la maltraitance spontanément au cours des entretiens.

3.1.3 Les sites explorés

Il n'existe pas de palmarès de la bientraitance pour repérer les établissements les plus opérationnels. Les conventions tripartites ne sont pas rendues publiques contrairement aux accréditations. De plus, le but de l'enquête n'est pas de porter un jugement de valeur, ni d'évaluer le degré de réussite des politiques de bientraitance et de lutte contre la

maltraitance mais bien de repérer les facteurs qui permettent leur mise en œuvre. Nous avons choisi d'explorer deux établissements.

Le premier, l'établissement X est un centre hospitalier universitaire qui propose 360 lits spécialisés dans l'accueil des personnes âgées dont 240 lits d'USLD (Unité de soins de longue durée). Cet établissement n'affiche pas de politique particulière de lutte contre la maltraitance. Au moment des entretiens, qui se sont déroulés en mars 2005, la gériatrie vit une situation de crise aiguë liée au sous effectif chronique des unités. La charge de travail augmente du fait de l'aggravation de l'état de dépendance des résidents et les arrêts maladie se multiplient au point de bloquer le fonctionnement des services. Cette situation est dénoncée depuis octobre 2003 et génère une crise au moment des entretiens. Le personnel décrit une fatigue intense et le chef de département menace de fermer 40 lits et de démissionner de sa chefferie.

Le second, l'établissement Y est un centre hospitalier général comprenant 500 lits pour personnes âgées dont 200 lits d'USLD et une Maison de retraite de 100 lits. Il ne présente pas actuellement, de difficultés particulières. Une politique active de lutte contre la maltraitance y est développée à l'initiative du directeur et du directeur des soins. Cette politique ne s'adresse pas uniquement à la gériatrie mais à l'ensemble de l'établissement.

3.1.4 La sélection de la population

L'échantillon de personnes interviewées tente d'être représentatif des équipes d'unités de long séjour. Chacune d'elles est impliquée soit directement dans les soins aux personnes âgées résidentes, soit dans l'organisation des soins à des niveaux divers. Cet échantillon comprend le directeur de l'hôpital, le directeur des soins, un cadre supérieur de santé, un cadre de santé, une infirmière, une aide soignante et un agent de service hospitalier de cette même unité.

3.1.5 Les biais et les limites

La situation d'entretien suppose une relation de face à face interactive, et il n'est pas exclu que ce contexte particulier influence quelque peu le discours de la personne interviewée. La maltraitance est un sujet encore difficile à aborder et particulièrement en présence d'un directeur des soins étranger à l'institution. Cependant, sa neutralité peut aussi avoir favorisé le dialogue.

Les limites essentielles tiennent d'une part, à la taille de l'échantillon qui ne permet pas la généralisation des résultats mais qui est en lien avec la faisabilité de l'étude compte tenu du temps imparti à ce mémoire dans le cadre de la formation. Et d'autre part, à la

dimension subjective de notre interprétation des entretiens au moment de l'analyse, sous tendue par notre système de valeurs et nos connaissances.

3.2 L'enquête

Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription informatisée, puis d'un classement des items par thème sous forme de tableaux afin de pouvoir faire une analyse à la fois verticale pour chaque établissement et horizontale lors de la comparaison des deux sites.

3.2.1 L'exploitation des entretiens

Par commodité, nous associerons les personnels interviewés à leur établissement respectif dans la synthèse et l'analyse des entretiens. Nous avons conscience que ces quelques membres du personnel ne sont probablement pas totalement représentatifs de l'ensemble du personnel. Mais cette limite tient à la dimension de l'enquête réalisée.

Les items représentatifs des idées des personnels interviewés sont comptabilisés. Le chiffre entre parenthèses correspond au nombre de fois où il a été cité. Cette opération consiste à déterminer la prévalence de ces items dans l'ensemble des entretiens et ainsi de repérer la tendance des propos.

A) Synthèse partielle par thème

Chaque thème sera traité à la fois verticalement pour un même établissement et horizontalement en comparant les propos des personnels des deux établissements.

a) *La bientraitance des personnes âgées*

Etablissement X

La bientraitance signifie pour les personnes interviewées : prendre soin (5) des personnes âgées dans le respect de leurs besoins, de leurs désirs (4), de leurs handicaps (2) et le maintien de leurs liens affectifs (2).

Etablissement Y

Pour le personnel de l'établissement Y, la bientraitance signifie accompagner (5) dans le respect de la dignité, des attentes et des valeurs (7) afin de donner bien être et confort (2) aux personnes âgées.

Comparaison des deux établissements

La notion de respect de la personne revient très fortement, par contre à des niveaux différents pour chaque établissement. Le prendre soin est pour nous, plus axé sur une dimension active du soignant dans "le faire à la place de" la personne âgée. Accompagner est une notion d'avantage centrée sur "le laisser faire", le maintien de

l'autonomie, le choix et la prise de décision. L'établissement X serait plus dans la satisfaction des besoins physiologiques et l'établissement Y dans le domaine du respect des valeurs et des désirs.

Pour les deux établissements, le sens donné à ce concept semble homogène pour l'ensemble des personnes interviewées quel que soit leur domaine de compétences. Il y aurait une certaine cohérence au sein de chaque établissement.

b) Les facteurs de bientraitance

Etablissement X

La gestion de l'équipe et le rôle du cadre (6) par la mise en place d'une réflexion sur les valeurs et le sens donné à l'action, ainsi que l'écoute de l'équipe et l'action bien traitante à son égard de la part du cadre et de l'institution paraissent fondamentales comme facteurs de bientraitance. Les moyens humains (5) semblent aussi très importants pour le personnel de direction et soignants. Ce qui paraît étonnant c'est que le personnel d'encadrement ne l'évoque pas alors que c'est une problématique criante dans l'établissement à ce moment là qui a généré une crise au sein des équipes. Le projet de vie (4) est donné comme un facteur important de bientraitance pour fédérer les équipes autour d'un projet commun clarifiant les principes de l'organisation des soins (3). L'équipement en matériel (3) semble aussi avoir son importance pour limiter la pénibilité des actions de soins et ainsi réduire la fatigue des équipes. Toutes ces activités relèvent des missions du cadre et doivent être en cohérence avec la politique de la direction des soins.

Etablissement Y

La gestion des compétences par l'accès à la formation et la mobilité du personnel (7) sont évoquées comme facteurs essentiels de bientraitance. Les personnes interviewées restent unanimes pour reconnaître au cadre un rôle fondamental au sein de l'équipe (7). Il doit favoriser l'expression et l'écoute des soignants, et être générateur par son management de la cohésion de l'équipe. Pour tous, la bientraitance des personnes âgées est conditionnée par la bientraitance des personnels. Les équipements (4) et des effectifs (3) suffisants sont importants dans la bientraitance afin limiter les sources d'épuisement physique. Seul le directeur des soins a évoqué le soutien de la direction des soins et de la direction générale comme facteur de bientraitance. Cet élément n'a pas du tout été repris par les professionnels, deux hypothèses peuvent en donner la raison, soit ce soutien est acquis par le personnel et de ce fait il n'y pense plus, soit cela ne paraît pas être un élément fondamental et l'essentiel se joue au niveau de leur encadrement direct. Ces deux hypothèses ne sont pas contradictoires.

Comparaison des deux établissements

Le management du cadre a une place prépondérante dans les deux établissements. Le cadre semble en effet être ressenti comme l'acteur incontournable du bon fonctionnement d'un service par la cohésion d'équipe qu'il induit et dans le rôle qu'il joue à la fois comme garant des règles et de la qualité des conditions de travail du personnel. Un effectif suffisant est une notion plus importante pour le personnel de l'établissement X., ce qui semble cohérent compte tenu du manque de personnel au moment de l'enquête. Par contre, la gestion des compétences massivement évoquée dans l'établissement Y est à peine abordée dans l'établissement X. En examinant les propos du directeur et du directeur des soins de chaque site, nous constatons que l'aspect formation est affirmé comme facteur de bientraitance dans l'établissement Y contrairement à l'établissement X où le sujet n'est même pas mentionné. Cet engagement des directeurs pour favoriser la formation peut expliquer le développement d'une culture de la formation pour mieux aborder les personnes âgées, largement intégrée et dont fait état le personnel de l'établissement Y.

c) Les causes ne permettant pas de respecter ces facteurs de bientraitance

Cette question vient pour confirmer les propos de la question précédente et compléter la liste des facteurs de bientraitance.

Etablissement X

Contrairement aux deux précédents thèmes, il n'y a pas de véritable consensus des personnes interviewées. Seule la défaillance des soignants par surcharge, fatigue, charge mentale excessive ou stress (7) est évoquée par l'ensemble des personnes. Chaque interlocuteur semble avoir répondu en fonction de ses priorités et de ses centres d'intérêts. Le manque de projet (1) et d'investissement des cadres (1) sont cités par le directeur des soins, les contraintes dans l'organisation des soins (1) par le cadre, le manque de moyens humains (3) par le directeur qui gère la crise liée au manque de personnel et par l'infirmière et l'aide soignante qui la vivent en direct ainsi que le manque de temps (2).

Etablissement Y

Les deux items majoritaires sont la défaillance des soignants (7) par surcharge de travail, manque de formation, stress ou manque d'effectifs (3) et la défaillance du cadre (6) par manque de reconnaissance des personnels, manque d'écoute, une mauvaise organisation et un manque de projet. Dans l'établissement Y, le développement de la bientraitance auprès des personnes âgées semble sous tendu par la composante humaine tant sur le plan des compétences individuelles que de l'organisation collective autour d'un projet.

Comparaison des deux établissements

Pour le personnel des deux établissements, la défaillance humaine face aux personnes âgées paraît de toute évidence être la cause essentielle ne permettant pas de respecter les facteurs de bientraitance. Il y a une logique avec la question précédente où les facteurs de bientraitance sont essentiellement liés aux moyens humains et au rôle du cadre dans son action auprès des soignants tant sur le plan individuel que collectif.

d) Dispositif mis en place pour développer la bientraitance dans chaque établissement

L'ensemble des actions menées est listé et classé par thèmes afin de faciliter la comparaison des deux établissements, qu'ils aient une politique de bientraitance implicite ou explicite, complétée ou non d'une gestion du risque de maltraitance. Les items différents entre les deux établissements sont grisés.

Tableau comparatif des dispositifs des deux établissements

Etablissement X	Etablissement Y
<u>Politique de bientraitance :</u> Projet de soins, de vie personnalisé, Réorganisation des soins, programme de lutte contre la douleur, Animation : lotos, fêtes, mise en place de référents Achat de matériel, Constitution de vestiaires personnalisés pour les personnes âgées.	<u>Politique de bientraitance :</u> Elaboration d'un projet de gériatrie en cours avec la participation de tous les personnels Réorganisation des soins, programme de lutte contre la douleur, accompagnement en fin de vie, prévention d'escarres, Equipement en matériel adapté Animation : chorale, salle de restaurant, Groupes de travail sur la douleur et les chutes, Enquête de bientraitance par le psychologue
<u>Gestion des compétences et des ressources humaines :</u> Formation des cadres et du personnel sur la maltraitance et la bientraitance Organisation de temps d'écoute pour le personnel, staffs, réunions avec le cadre, Recrutement d'aides soignantes, Développement de la mobilité du personnel.	<u>Gestion des compétences et des ressources humaines :</u> Politique de formation, formation action sur la bientraitance des personnes âgées et la maltraitance, Mise en place de groupes de parole avec le psychologue, Réunions pluridisciplinaires, Rééquilibrage des effectifs,

	Procédure d'accueil des jeunes professionnels
<u>Outils :</u> Elaboration d'un livret d'accueil Affichage de la charte du patient hospitalisé.	<u>Outils :</u> Elaboration d'un livret d'accueil Elaboration d'une « Charte de bientraitance » affichée dans tous les services et distribuée à tous les agents, Elaboration d'une procédure de dépistage et de signalement des conduites inopérantes, Dépistage de la dénutrition

Synthèse

L'établissement X n'a pas de politique de lutte contre la maltraitance affichée, néanmoins, la direction des soins a développé une politique de bientraitance implicite. En effet, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce travail, la bientraitance est sous tendue par une démarche qualité. Les démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé en France se sont développées progressivement sous l'impulsion de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 puis sous celle de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

Dans les deux établissements la politique de bientraitance s'appuie sur un projet de vie élaboré, pour l'établissement Y dans le cadre d'une démarche participative. Cette démarche favorise en effet l'adhésion des personnels. Chacun de ces projets se décline sur les deux établissements selon différents axes tels que :

- L'organisation des soins inclue des programmes de lutte contre la douleur, de prévention d'escarres, d'accompagnement en fin de vie,
- L'animation,
- L'équipement en matériel adapté à la spécificité des personnes âgées.

Sur l'établissement Y l'élaboration collégiale d'une charte de bientraitance pour l'ensemble de l'établissement s'est réalisée suite à la formation action sur la bientraitance. Un psychologue a mené une enquête sur la bientraitance qui a débouché sur la mise en place de groupes de parole car cette enquête a mis en évidence la souffrance des soignants face à la vieillesse et la mort au quotidien. Ces démarches sont le témoignage de la sensibilité des différents acteurs aux facteurs de bientraitance dans l'institution.

En terme de gestion des ressources humaines le dispositif est sensiblement le même dans les deux établissements. Il est centré sur la formation des différents personnels sur la bientraitance et la maltraitance des personnes âgées ainsi que sur le rééquilibrage des effectifs. En effet, la dégradation des résidents du fait du vieillissement alourdit considérablement la charge de travail des soignants et nécessite de réviser les effectifs pour les adapter à la réalité des soins. La différence entre les deux établissements se situe sur la politique de mobilité des personnels développée dans l'établissement X et l'élaboration d'une procédure d'accueil des jeunes professionnels sur l'établissement Y. Ces deux mesures sont différentes mais restent néanmoins ciblées sur les attentes et besoins des soignants en activité.

C'est par les outils élaborés, que l'établissement Y marque sa différence concernant la lutte contre la maltraitance. Ainsi, la procédure de dépistage et de signalement des conduites inopérantes ainsi que le dépistage de la dénutrition ne font pas partie d'une stratégie clairement énoncée et formalisée dans un projet, mais ces outils en sont des embryons.

e) *Les conditions de travail et leur incidence sur la bientraitance*

Etablissement X

Les professionnels de cet établissement ont décrit en quoi les mauvaises conditions de travail ont une incidence sur la prise en charge des personnes. Pour eux, le décalage entre un idéal de soins et la réalité, la charge de travail, le manque de personnel, le manque de temps sont générateurs de problèmes d'équipe, de fatigue, de stress, d'agressivité, de démotivation voire de burn out. Ils sont restés laconiques sur les bonnes conditions de travail, et en quoi elles ont une incidence sur la bientraitance. Ils ont juste souligné qu'une bonne ambiance de travail est favorable à l'épanouissement du personnel et le cadre en est le "veilleur" (expression utilisée par le cadre).

Etablissement Y

Les professionnels de l'établissement Y ont quant à eux d'avantage développé en quoi de bonnes conditions de travail favorisent la bientraitance au sein d'un service. Selon eux ces bonnes conditions sont liées à des effectifs suffisants, des repos réguliers, l'accès à la formation pour tous, l'accompagnement des jeunes professionnels, le fait de donner du sens à l'action, de prendre de la distance, de mixer les équipes, de disposer de matériel adapté. Ils restent succincts sur les mauvaises conditions de travail. A leur niveau, le manque de personnel, la fatigue ou le "burn out" peuvent porter préjudice à la prise en charge et favoriser la maltraitance.

Comparaison des deux établissements

La façon d'envisager l'incidence des conditions de travail sur le risque de maltraitance correspond peut être au vécu des professionnels. En effet, les soignants de l'établissement X vivent une crise liée au sous effectif chronique en rapport avec des arrêts maladie multiples que ne vivent pas ceux de l'établissement Y.

f) La médiatisation de la maltraitance

Etablissement X

Selon les personnes interviewées la maltraitance existe, les équipes sont parfois maltraitantes ou "border line" (limites) sans le vouloir (7). Ce phénomène reste difficile à définir et à comprendre (2). Ils pensent que c'est une bonne chose d'en parler et de dénoncer les situations de maltraitance (3). Cependant, la médiatisation est parfois excessive et pose des jugements hâtifs sur des personnes ou des établissements, préjudiciables pour leur image (4). Ceci pourrait jeter le discrédit sur tout le monde et amener à voir de la maltraitance là où il n'y en a pas (3).

Etablissement Y

Dans cet établissement, les professionnels pensent que la maltraitance est un phénomène bien réel mais difficile à délimiter (5). Il convient d'en parler pour lever le tabou et dénoncer la maltraitance (7). Néanmoins, la "surmédiatisation" risque de développer un climat de suspicion et de décourager les équipes (6). Pour eux, cette médiatisation répond au voyeurisme des individus, elle peut être maltraitante pour les soignants et risque de faire perdre la confiance dans les institutions alors que beaucoup de choses se font et que la situation s'améliore (1).

Comparaison des deux établissements

Pour les deux établissements la réalité de la maltraitance n'est plus à prouver, cependant ce phénomène reste difficile à détecter et à définir. Leur position sur la médiatisation est très partagée. D'une part, ils pensent qu'il faut parler de la maltraitance pour lever le tabou et la dénoncer. D'autre part, cette médiatisation peut aussi avoir des effets délétères par l'amalgame qui est fait et les jugements portés sur les soignants et les institutions. Il est à noter cependant, que l'établissement Y a un positionnement beaucoup plus fort que l'établissement X sur la question de la médiatisation de la maltraitance. En effet l'ensemble des personnes interviewées sur l'établissement Y s'est exprimé contre la moitié seulement sur l'établissement X. Est-ce dû au fait que la réflexion est plus avancée sur Y ? Sans plus d'information il est assez difficile d'extrapoler d'avantage.

g) Les causes du phénomène de maltraitance

Etablissement X

La population des personnes âgées est considérée comme une population vulnérable donc à risque concernant la maltraitance. Ce phénomène s'explique par la composante perverse ou très réactive de la personnalité de certains soignants qui les amènent à avoir des comportements violents dans un contexte d'énervement où ils contrôlent mal leurs émotions. La conséquence des conduites addictives de certains professionnels dénature leur vraie personnalité et engendre des conduites inopérantes auprès des personnes âgées. La réalisation d'un acte maltraitant peut aussi être dû au développement de mécanismes de défense par les soignants. Ceux-ci se concrétisent par des passages à l'acte du fait d'un certain agacement, d'une perte de patience, d'un manque de respect liés à la fatigue, la lassitude, une souffrance à cause du miroir que renvoie l'image de la vieillesse, l'inadéquation entre l'idéal de soins et la réalité, des problèmes personnels, un manque de communication ou de motivation, l'attitude agressive des personnes âgées ou des conditions de travail difficiles. La relation de dépendance du fait de l'état des personnes âgées induit un corps à corps, un toucher permanent qui implique une relation physique qui repousse les limites de l'intimité. Cette relation fusionnelle du soignant avec la personne âgée peut leur fait perdre la conscience de la nature de leurs actes et de la distance nécessaire pour rester professionnel.

Les professionnels de cet établissement nous ont fait, nous semble-t-il une présentation complète du mécanisme générateur de maltraitance. Après vérification des données de la première partie de ce mémoire, il s'avère qu'ils reprennent la quasi-totalité des explications proposées par les experts dans la littérature en ce qui concerne les comportements individuels. Cependant, ni le manque de formation, ni l'aspect institutionnel ne sont évoqués si ce n'est pour les conditions de travail.

Seuls le directeur et le directeur des soins sont restés sans réponse sur la question. Peut-être est-ce à mettre en lien avec la formation sur la maltraitance suivie uniquement par les cadres et le personnel soignant ou leur manque d'engagement pour lutter contre la maltraitance.

Etablissement Y

Les personnes âgées sont envisagées comme des personnes vulnérables, susceptibles d'être victimes de maltraitance lorsqu'elles ne sont plus considérées comme des personnes, ni respectées dans leur dignité humaine. Ce phénomène est associé au "burn out" des soignants et à leur difficulté de maîtriser leurs émotions qui les poussent à un

moment donné, à faire un passage à l'acte. Ils n'ont alors plus conscience de leurs actes. Cette usure professionnels est liée à la lassitude due à un travail répétitif, à la souffrance des soignants du fait de l'image qu'ils ont de la personne âgée ou de l'agressivité maltraitante des familles, à une démotivation, ou à un mal être personnel.

L'ensemble des personnes se sont exprimées sur le sujet quel que soit leur niveau d'intervention dans l'institution. Et elles ont ajouté des idées nouvelles par rapport à l'établissement X. Elles considèrent que les comportements inappropriés des soignants à l'égard des personnes âgées sont dus aussi à la violence de la nature humaine, au manque de formation, à la chronicité des relations, au manque de remise en question, à un contexte de relation de pouvoir, et au rythme collectif imposé aux résidents.

Comparaison des deux établissements

Les propos des personnels des deux établissements présentent de nombreux points communs dans leur représentation des mécanismes de survenue de la maltraitance auprès des personnes âgées. Les cadres, infirmières et aides soignantes des deux établissements semblent posséder une bonne connaissance du phénomène. Cette situation est sûrement le résultat des formations sur la maltraitance organisées sur les deux sites.

h) La lutte contre la maltraitance

Les professionnels des deux établissements ont pour ce thème, développé leurs idées selon deux axes qui correspondent à ceux de la lutte contre la maltraitance telle que définie dans la deuxième partie de ce mémoire. C'est-à-dire un axe de prévention sous tendu par le développement de la bientraitance et un axe de gestion du risque de maltraitance qu'ils ne nomment pas comme tel et qui s'organise autour du dépistage, du signalement et du traitement des situations avérées. La dimension de la bientraitance a déjà été traitée dans la première partie des entretiens. Nous nous attacherons maintenant à traiter la partie concernant la gestion du risque de maltraitance.

Etablissement X

L'aspect gestion du risque de maltraitance est largement sous développé par rapport aux autres thèmes de l'entretien et beaucoup plus pauvre. Les cadres, l'infirmière et l'ASH n'abordent pas le sujet, elles restent sur la notion de bientraitance. Le directeur, le directeur des soins et particulièrement l'aide soignante sont plus loquaces sur le sujet. Selon le directeur, la lutte contre la maltraitance, hormis les actions de prévention, dépend de la vigilance du cadre et de la vigilance interne de l'équipe sous forme d'auto surveillance (1). Pour le directeur des soins cette vigilance doit aussi être exercée par le cadre et les médecins qui doivent s'impliquer dans la lutte contre la maltraitance. En cas

d'acte maltraitant, l'aide soignante interviewée pense qu'elle doit en parler au cadre et ensuite en équipe pour que l'acte soit expliqué et pris en compte au niveau de chaque professionnel dans sa pratique future comme un comportement inadapté. L'auteur de maltraitance doit être reçu en entretien par le cadre et changer de service s'il y a lieu. Cette aide soignante a été le témoin d'une telle situation et a beaucoup réfléchi avant de prendre la décision d'en parler au cadre. Elle craignait les représailles de l'auteur responsable de la situation de maltraitance à laquelle elle a assistée.

Le cadre apparaît comme prépondérant dans son rôle de garant de la sécurité des personnes âgées et de veilleur pour dépister les situations de maltraitance. L'aide soignante interrogée est claire sur sa position de témoin et a dépassé la crainte des représailles pour s'engager dans une procédure de signalement auprès de sa hiérarchie. Pour elle il est important de lever "l'omerta" et d'en parler en équipe afin de casser les situations d'isolement de certains soignants face à leurs angoisses et à leur souffrance.

Etablissement Y

Tous les professionnels ont développé des idées concernant la lutte contre la maltraitance versus gestion du risque même s'ils ne le nomment pas en tant que tel. Le cadre est essentiel. Il est garant du respect des règles et a un rôle de contrôle, de surveillance de suivi de l'équipe pour dépister d'éventuelles situations de maltraitance. En cas de maltraitance avérée, le cadre doit avoir un entretien avec l'agent maltraiteur, évaluer les conditions qui ont favorisé la situation, évaluer la prise de conscience de l'équipe et faciliter le changement de service du maltraiteur s'il y a lieu (5). De même le rôle de l'infirmière chef d'équipe est prépondérant dans le signalement des situations dont elle est témoin. Tous les membres de l'équipe doivent rendre compte (3) et être capables de s'autoréguler entre eux (2). Le directeur des soins doit aller au bout de ses responsabilités et sanctionner l'agent maltraiteur (1).

Comparaison des deux établissements

Le contenu des entretiens concernant la gestion du risque de maltraitance est plus riche pour les professionnels de l'établissement Y. En effet la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement X est centrée sur la bientraitance alors que l'établissement Y commence à mettre en place des actions centrées sur la gestion du risque.

Dans les deux cas le cadre apparaît comme le veilleur et le professionnel garant du respect des règles de sécurité à respecter. Néanmoins, tous les professionnels sont concernés par la gestion du risque de maltraitance. Dans les équipes, chacun a un rôle à

jouer par rapport à la régulation interne, au dépistage, au signalement ou à la gestion des dysfonctionnements.

- i) *Le risque de maltraitance est intégré dans la politique globale de gestion des risques*

Etablissement X

Non (7)

Etablissement Y

Non (7)

Des actions sont menées dans ce sens : la procédure de signalement des conduites inopérantes et le dépistage de la dénutrition.

Comparaison des deux établissements

Dans aucun des deux établissements la gestion du risque de maltraitance n'est intégrée à la politique générale de gestion des risques. Les actions initiées dans ce sens sur l'établissement Y sont menées isolément et ne font pas partie d'un projet structuré alors qu'il affiche une politique de lutte contre la maltraitance. Sur l'établissement X la lutte contre la maltraitance se concentre sur la prévention et au développement d'une politique de bientraitance.

3.2.2 L'analyse

L'objectif de cette partie est de vérifier si les facteurs de réussite de la lutte contre la maltraitance posés en hypothèse au début de ce mémoire sont pertinents et suffisants. Cette analyse se réalisera à partir des synthèses d'entretiens et du cadre théorique posé dans les deux premières parties de ce travail.

1. L'engagement du directeur de l'établissement et du directeur des soins est déterminant dans le développement d'une politique de bientraitance dans l'institution.

La bientraitance n'est qu'un axe de la politique de lutte contre la maltraitance, elle doit s'associer à la gestion du risque de maltraitance pour donner toute son efficacité à cette politique. La bientraitance est une démarche de prévention de la maltraitance qui implique le développement des démarches d'amélioration continue de la qualité des services. Cette démarche implique aussi la mise en œuvre d'un projet d'établissement dans lequel chacun des acteurs de l'institution doit s'engager. Le directeur des soins en tant que dirigeant, a un rôle crucial à jouer pour initier et faire vivre cette démarche. Les cadres ont, nous l'avons vu dans la synthèse des entretiens, un rôle central dans le

management des professionnels. Ils sont les veilleurs et les garants des règles de fonctionnement des services. La qualité de la prise en charge des personnes âgées en long séjour dépend des valeurs partagées par les soignants, de leur représentation de la vieillesse, du projet de vie mis en œuvre, des conditions de travail, du développement des compétences des professionnels. Le cadre est donc le maillon incontournable de la chaîne managériale pour relayer la politique du directeur des soins et mobiliser l'ensemble des acteurs dans la prise en compte de ce phénomène et dans l'action commune de lutte contre la maltraitance. L'implication du directeur des soins et sa force de persuasion sont essentiels dans cette démarche mais aussi sa façon d'y associer les cadres par son management. Cette première hypothèse nous paraît donc incomplète. Nous la reformulerons ainsi :

L'engagement des directions et de l'encadrement est déterminant pour lutter contre la maltraitance.

2. L'organisation de la lutte contre la maltraitance est effective

La synthèse des entretiens met en évidence que la lutte contre la maltraitance est partiellement mise en œuvre dans les sites explorés à l'occasion de cette enquête. La politique de bientraitance est effective, car développée dans le cadre des démarches d'amélioration de la qualité, par contre la gestion du risque de maltraitance est embryonnaire voire inexistante. D'après la littérature et la réglementation, cet axe de la lutte contre la maltraitance est nécessaire pour avoir une action complète sur ce phénomène. Cette deuxième hypothèse n'est elle non plus, pas tout à fait pertinente. Nous proposons celle-ci :

La lutte contre la maltraitance est effective et comprend deux axes, une politique de promotion de la bientraitance et la gestion du risque de maltraitance.

3. L'adhésion des soignants au projet d'établissement permet une prise en charge respectueuse de la dignité et des besoins des personnes âgées.

4. L'organisation du travail définie dans le projet de vie concilie organisation collective et respect du résident.

Nous associons ces deux hypothèses car le projet d'établissement et le projet de vie sont complémentaires. En effet, le projet de vie se définit comme la concrétisation des orientations du projet d'établissement, il précise entre autre les modalités d'organisation de la vie quotidienne et de fonctionnement des services. Il nécessite en amont une réflexion sur le concept de bientraitance. Sa définition conditionne la nature de la prise en charge des résidents. Nous avons pu constater dans les entretiens, que la conception de la bientraitance est différente dans les deux établissements et teinte la prise en charge des personnes âgées de valeurs et d'intentions différentes. Par contre, pour les deux

établissements enquêtés, la politique de bientraitance s'appuie concrètement sur le projet d'établissement et surtout sur le projet de vie. Ces deux projets sont les pièces motrices d'une démarche d'amélioration de la qualité. Et nous l'avons vu plus haut, la réussite d'une telle démarche dépend du niveau d'adhésion de l'ensemble de professionnels à ces projets. Ces deux hypothèses pourraient être réunies dans une nouvelle formulation :

Les soignants adhèrent au projet d'établissement et au projet de vie qui fondent la politique de bientraitance de l'établissement.

5. L'existence d'une politique de formation institutionnelle donne aux soignants les moyens de développer leurs connaissances en gérontologie et sur la maltraitance.

Selon les professionnels interviewés, les causes ne permettant pas de respecter les facteurs de bientraitance sont essentiellement liées à des défaillances humaines quelles qu'en soient les raisons, individuelles ou du fait de l'institution. Aussi, cette hypothèse ne paraît pas complète. Elle devrait être plus large et évoquer la politique de gestion des ressources humaines car l'aspect formation n'est pas suffisant. En effet, même si la formation est affirmée comme facteur de bientraitance uniquement dans l'établissement Y, les deux établissements l'ont intégrée dans leur dispositif. Dans l'exploitation des entretiens concernant les causes de la maltraitance, les professionnels ont fait part d'une bonne connaissance du phénomène. Néanmoins, au regard des données recueillies, la gestion des compétences des soignants nous paraît tout aussi essentielle tant au niveau du recrutement que de l'évaluation des compétences, de la politique de mobilité des personnels et de l'accueil des jeunes professionnels. La nouvelle hypothèse est :

La politique de gestion des ressources humaines donne aux professionnels les moyens de développer leurs compétences en gérontologie et pour lutter contre la maltraitance.

Les hypothèses ainsi révisées nous paraissent plus pertinentes. Le directeur des soins s'appuiera sur ces facteurs de réussite pour définir la politique de lutte contre la maltraitance qu'il souhaite développer dans l'établissement pour personnes âgées dépendantes où il assure ses missions.

4 LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

La maltraitance institutionnelle est une réalité complexe, un phénomène multiforme, dont l'ampleur est difficile à appréhender. Ce fléau ne pourra être efficacement combattu que par une politique active de lutte contre la maltraitance. Comme nous l'avons vu dans la

partie précédente, quatre facteurs de réussite de la politique du directeur des soins ont été identifiés, ils se déclinent ainsi :

- La lutte contre la maltraitance est effective et comprend une politique de promotion de la bientraitance et la gestion du risque de maltraitance.
- L'engagement des directions et de l'encadrement est déterminant pour lutter contre la maltraitance.
- Les soignants adhèrent au projet d'établissement et au projet de vie qui fondent la politique de bientraitance de l'établissement.
- La politique de gestion des ressources humaines donne aux professionnels les moyens de développer leurs compétences en gériatrie et pour lutter contre la maltraitance.

4.1 La promotion de la bientraitance

Les objectifs de la bientraitance sont :

- développer la qualité de l'accueil des personnes âgées et de leur prise en charge
- respecter et protéger les personnes âgées résidentes

Nous l'avons vu précédemment la qualité n'est pas qu'une affaire de normes. Elle est conditionnée par l'implication de chaque acteur institutionnel. Cette implication dépend de la politique managériale mise en œuvre et de la place réservée à chaque professionnel dans la réflexion au sujet des projets.

4.1.1 L'engagement explicite des responsables

L'engagement massif des dirigeants d'une structure est le principal moteur de changement (Crozier, 1989). Afin de définir les caractéristiques de l'implication des directeurs et de l'encadrement, nous nous inspirerons des principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, élaborés par l'ANAES en avril 2002.

Cette implication conduit à exprimer dans les faits la détermination des responsables. Celle-ci donne des preuves qu'ils attachent une réelle importance à la démarche et dans le cas présent à la lutte contre la maltraitance, et qu'elle constitue une dimension incontournable de l'évolution de l'établissement. Cette détermination constitue une force d'entraînement de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Elle peut se concrétiser par différentes actions et postures :

❖ La participation de l'ensemble des directeurs à cette démarche

Quelque soit leur domaine, ils peuvent être amenés à intervenir. Le directeur général est impliqué dans sa façon de conduire le projet d'établissement et d'en définir les priorités. Le directeur économique est sollicité dans le cadre de l'équipement en matériel spécifique

afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels. Nous avons perçu dans les entretiens que les conditions de travail ont effectivement une incidence sur le risque de maltraitance des résidents. Le directeur des ressources humaines comme nous le verrons plus loin est directement impliqué en collaboration avec le directeur des soins dans la gestion des compétences des professionnels.

❖ **Une déclaration formelle d'intention du directeur des soins auprès des professionnels**

Elle peut s'organiser dans un premier temps à l'occasion d'une réunion de cadres. Le directeur y présentera les différents rapports qui ont permis la prise de conscience collective de l'ampleur de la maltraitance, le cadre réglementaire et les obligations des établissements par rapport à ce phénomène. La stratégie souhaitée pour lutter contre la maltraitance pourra ensuite être présentée en insistant sur les valeurs essentielles qui la sous-tendent et le rappel des sanctions encourues par les responsables de maltraitance ou les témoins.

❖ **L'exemplarité des responsables**

La dissonance entre les propos et les attitudes sont préjudiciables au fonctionnement des institutions, surtout lorsqu'il s'agit des dirigeants. Leur comportement doit être un modèle pour l'ensemble des professionnels en terme d'intégrité et de cohérence. Ils se doivent de respecter les principes et en pratiquer la rigueur demandée à l'ensemble des acteurs. La bienveillance des résidents est conditionnée par la bienveillance des personnels. Nous avons vu que la bienveillance commence par le respect de la dignité de la personne, c'est vrai pour les personnes âgées mais aussi pour les professionnels.

❖ **La disponibilité des responsables, qu'ils soient directeurs ou cadres de santé**

Les directeurs et particulièrement le directeur des soins ont un rôle central pour initier, soutenir, mener cette démarche à bien et donner le sens de l'action. Au quotidien, le directeur des soins est relayé par les cadres auprès des équipes. Néanmoins, il doit aussi savoir rencontrer directement les équipes pour les écouter et leur transmettre des messages forts.

❖ **Une communication interne**

Il est important de communiquer sur les objectifs de la politique de lutte contre la maltraitance menée et de s'assurer du partage du sens de la démarche par le plus grand nombre de professionnels. La transparence des informations et des décisions est une condition pour que les soignants se sentent véritablement pris en compte. Cette

communication peut se réaliser à l'occasion de réunions mais aussi dans le journal interne.

4.1.2 La politique managériale

"Le management est l'ensemble des comportements utilisés par un manager dans une situation donnée, entouré de ses collaborateurs. Le manager est une personne qui conçoit un projet en équipe à partir d'une démarche prospective. Il concilie l'exercice de la relation d'autorité avec une ouverture d'esprit qui lui permet d'admettre chez les autres des manières différentes de penser"⁵⁴. Son rôle est d'impulser, de valoriser, d'enrichir, de favoriser et de faire grandir les professionnels placés sous sa responsabilité. Il donne du sens à l'action qui incite à la créativité et à la motivation. Le rôle du manager est de prendre soin des professionnels en créant les conditions propices au développement de l'autonomie des membres de son équipe dans la réalisation de projet et l'exercice de leur fonction. Comme garant du respect des règles, il doit aussi rappeler le cadre réglementaire dans lequel les professionnels exercent leur activité.

Ce rôle de manager est celui du directeur des soins mais aussi des cadres. La cohérence de cette chaîne managériale est essentielle pour associer les équipes au développement de la bientraitance dans les services. Ce management se base sur une méthodologie participative car en associant les agents à l'analyse du système dont ils font partie, on génère une capacité à agir qui peut contribuer à lever les obstacles jugés jusqu'alors insurmontables. (Crozier, 1989)

4.1.3 La réflexion

La qualité ne se réduit pas à des procédures, ce qui compte c'est la réflexion participative des personnels et de faire circuler la parole. Selon Friedberg⁵⁵ le système de valeurs et la praxis d'un individu ne sont pas définitifs. Ils se structurent et se nourrissent mutuellement sans ordre établi. Cette notion nous permet d'envisager de travailler sur les valeurs individuelles des soignants afin de les faire évoluer de manière cohérente vers le respect de la dignité des personnes âgées.

"Ce qui fait la différence en terme de qualité, c'est la ressource humaine pertinente, c'est-à-dire organisée avec une culture. La perte de sens est un frein efficace au

⁵⁴ BONAFIOUS M., « Gériatrie : comment le cadre de santé peut-il prévenir la maltraitance ? », *Objectifs soins, le cahier du management*, Avril 2005, n°135, pp. I-VI.

⁵⁵ FRIEDBERG E., « L'analyse sociologique des organisations » *Pour La revue du Groupe de Recherche pour l'éducation et la Prospective*, 1988, n°28, 126 p.

changement.... Le but est de faire coïncider dans une démarche volontaire les valeurs officielles et les valeurs profondes qui gouvernent réellement le comportement de façon souvent inconsciente. Or le projet ne touche que les valeurs officielles". (Crozier, 1989)

Ce propos de M. Crozier nous amène à poser le principe que tout projet doit faire l'objet de préliminaires basés sur une réflexion. Cette réflexion peut porter sur plusieurs thèmes et prendre plusieurs formes :

- En ce qui concerne le plan de lutte contre la maltraitance cette réflexion portera sur les croyances, les valeurs, les normes et les représentations des professionnels à propos des personnes âgées et la notion de bientraitance. Ce temps a pour objectif de modifier le regard des soignants sur les personnes âgées et de leur permettre de les reconnaître comme des personnes avec une identité citoyenne. Cette réflexion à mener dans les équipes par les cadres, c'est se dire ensemble quels sont les idéaux que l'on cherche à atteindre dans le quotidien de l'accompagnement et de la vie de l'institution. Chacun pourra évoquer ses propres représentations de la dignité, de la liberté, de l'autonomie, ce que signifie pour lui respecter la personne, l'accompagner. C'est aussi l'occasion de fixer les normes des comportements soignants ou au moins les interdits. Il s'agit aussi de rappeler constamment l'esprit recherché et ce qui doit être proscrit. La production finale de cette réflexion peut se concrétiser par une charte de bientraitance signée de tous qui responsabilise les soignants, définit clairement les devoirs de chacun et les sanctions en cas de manquement.
- Il convient de libérer du temps dans l'organisation des soins afin de créer un espace de parole pour les professionnels pour analyser leurs pratiques, leurs organisations et réinterroger la légitimité de leurs interventions.
- La planification d'un temps de synthèse à propos des résidents est primordiale. Cette synthèse peut se réaliser en équipe, avec les médecins, psychologues, ergothérapeutes, animateur et en présence de la photo du résident car leur présence physique est délicate. Cette idée est de L. Gonzalez, gériatre qui pense que la photo organise un simulacre de la présence du résident et suffit à instaurer une éthique⁵⁶. Le projet de vie personnalisé de chaque résident doit faire l'objet d'une analyse en équipe à partir des éléments exprimés par la personne âgée elle-même. Souvent, la tendance des soignants est de se centrer sur les besoins physiologiques car ce sont ceux qu'ils connaissent le mieux. Les personnes âgées n'en restent pas moins des individus qui ont aussi des désirs qui ne se limitent pas à la satisfaction de la faim ou de

⁵⁶ GONZALES L., *Ethique et évaluation de la dépendance*, 15 mars 2005 <<http://www.fehap.fr>>

l'élimination. La satisfaction de leur désir est ce qui peut donner encore un sens à leur vie. Ce sont souvent des désirs simples, quand ils n'ont pas été éteints par l'organisation institutionnelle. C'est parfois le désir d'aller sur la tombe d'un être cher, d'aller boire un café au bar du coin, d'aller acheter son journal ou le désir de mourir. La difficulté des soignants est d'entendre la manifestation de ces désirs, surtout pour les personnes démentes. Car elle nécessite une bonne connaissance de ces personnes et une écoute fine de ce qu'elles sont encore à même d'exprimer.

- La famille est un ensemble qui positionne l'individu dans un réseau de relations. Elle est la première source d'affectivité qui peut se constituer d'autant de haine que d'amour. Les histoires familiales sont complexes et échappent la plupart du temps aux équipes. Le maintien du lien entre le résident et sa famille doit être préservé mais doit aussi correspondre aux souhaits des uns et des autres. Dans ce contexte et autant que faire se peut, la famille sera considérée comme un partenaire et associée à la réflexion concernant le projet de leur parent. Cette démarche peut permettre de réduire le sentiment de culpabilité éprouvé par les familles qui est souvent source de comportements inadaptés voire inacceptables par les professionnels (fuite, agressivité, surinvestissement de la surveillance de la prise en charge au point d'être tatillon voire insupportable).
- L'expérience des "cafés éthiques" dans un hôpital parisien nous paraît intéressante. Ils sont planifiés pour une heure, 6 à 8 fois par an le jour mais aussi la nuit. Vingt cinq membres du personnel y sont invités par le directeur des soins. C'est l'occasion de se rencontrer, d'échanger en direct sur les valeurs de chacun. C'est aussi le moment pour le directeur des soins de transmettre aux soignants les messages forts concernant la bientraitance des personnes âgées. Les professionnels peuvent ainsi mesurer son implication et sa détermination concernant la lutte contre la maltraitance.
- Quelle que soit la situation des effectifs des établissements de santé, les échanges avec d'autres professionnels d'autres structures nous semblent importants pour permettre d'avoir accès à des pratiques différentes voire de valoriser ce qui a été réalisé au sein des services. Cette démarche donne une "bouffée d'oxygène" aux professionnels. Elle leur permet de se comparer, de prendre conscience de ce qui est réalisé au quotidien, de profiter des expériences et des projets des autres équipes.

4.1.4 Les projets

La préparation d'un projet, c'est la création d'un avenir qu'on souhaite voir se réaliser et qui profite aussi bien aux résidents dans leur vie quotidienne qu'aux professionnels dans

leur travail. Dans les institutions pour personnes âgées dépendantes, nous avons vu qu'ils sont la base de la promotion de la bientraitance. Nous aborderons ici, le projet de vie qu'il soit institutionnel ou personnalisé, le projet de soins et le projet d'animation.

A) Le projet de vie institutionnel

Il s'agit dans ce projet de trouver la bonne articulation entre l'aspect communautaire et individuel afin d'aider les personnes âgées à vivre en institution sans leur faire perdre le goût de vivre. Il doit être conçu comme un filet de sécurité pour tenter d'éradiquer les pertes de droits des résidents et la maltraitance. Il convient de vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies.

La perte des capacités d'adaptation est une des caractéristiques du vieillissement. Les personnes âgées n'apprécient pas le changement et surtout lorsqu'il s'agit d'un changement de lieu de vie. Le placement en institution de long séjour, nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce mémoire augmente la morbidité et la mortalité des personnes âgées. Aussi, il nous semble important de préparer l'entrée en institution. Le cadre peut aller en compagnie d'un soignant, rencontrer le futur résident à son domicile afin qu'il se familiarise avec les visages dans son environnement habituel. Une période d'essai peut aussi être envisagée, tout en sachant que la décision de placement en institution se prend maintenant lorsqu'il n'y a plus vraiment d'autres solutions. Les alternatives à l'institutionnalisation reposent sur les familles qui elles aussi vieillissent et s'épuisent au quotidien pour maintenir leur parent chez eux. La mise en place de soignants référents est aussi un mode d'organisation qui favorise l'adaptation du résident à son nouveau milieu. Il peut ainsi trouver des repères qui le rassurent.

Le projet de vie doit permettre de travailler sur les espaces d'autonomie possible pour chaque résident dans un lieu de vie qui compte des espaces privés et publics. L'arrêté du 26 avril 1999 indique que la personne âgée doit se voir attribuer un logement qui doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident. La reconnaissance de l'espace personnel du résident est primordiale afin de conforter son identité et sa sociabilité. La difficulté rencontrée réside dans l'organisation des locaux en présence de personnes démentes parfois fugueuses qui constituent l'essentiel de la population des EHPAD.

B) Le projet de vie personnalisé

Contrairement au projet de vie institutionnel qui s'intéresse à l'organisation générale de la prise en charge, le projet de vie personnalisé s'attache quant à lui à définir un projet adapté aux besoins, désirs et attentes du résident. La définition des besoins de la

personne âgée demande un travail d'observation, de recueil auprès du résident. Cette démarche demande un peu de temps car les soignants doivent apprendre à connaître la personne âgée, ses valeurs, sa culture et son histoire. Une grille d'entretien peut faciliter le recueil de ces données auprès de la personne âgée. Pour celles qui ont du mal à s'exprimer ou qui sont démentes, une grille d'observation permettra d'identifier les manifestations de leurs sentiments et émotions, et d'en repérer les circonstances.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce mémoire, il y a souvent confusion entre dépendance et perte d'autonomie. La dépendance n'empêche pas d'avoir accès à la décision. Au quotidien, il s'agit de repérer les possibilités effectives de choix du résident par rapport au déroulement de sa vie, sa possibilité d'exprimer ses souhaits, celle de refuser et d'être entendu dans ses refus. Il s'agit de trouver un équilibre entre liberté et sécurité, s'interroger sur ce qui est bon pour chaque personne plutôt que des fonctionnements systématiques. Toutes les pratiques sécuritaires appellent une discussion en équipe avec les médecins et la famille.

C) Le projet de soins

Les établissements de long séjour sont des lieux de soins et de vie où la survie et la vie se mêlent intimement. La mission de ces structures est double, elle associe la prise en charge médicale à l'organisation de la vie au quotidien. Le projet de soins définit l'organisation des soins dans ses principes et sa mise en œuvre. Il doit positionner la place du projet de soins par rapport au projet de vie. Il formalise les protocoles et procédures permettant une meilleure prise en charge des résidents. Cependant, le respect d'un référentiel et la standardisation des pratiques comportent des limites pour reconnaître la différence de chaque résident par rapport à ses valeurs, ses désirs et ses habitudes et nécessitent une adaptation dans leur prise en charge quotidienne.

Le dossier de soins est l'outil fédérateur et réglementaire qui permet de consigner l'ensemble des informations concernant le résident et la réflexion menée pour construire chaque projet de vie, de soins et d'animation.

D) Le projet d'animation

Le but du projet d'animation est de maintenir ou restaurer le lien social du résident. Il se construit en cohérence avec le projet de vie de chacun. L'esprit du projet d'animation a beaucoup évolué dans le temps car le profil des résidents a lui aussi beaucoup évolué. La proportion de personnes démentes devient prévalente et nécessite de réfléchir au sens de l'animation en équipe. Ce projet se construit au regard des potentiels et des désirs des résidents et non des soignants. Ceux-ci ont un deuil à faire, car animation ne signifie pas activité de loisir telle qu'ils la conçoivent dans leur vie. Toute l'équipe doit s'interroger sur

ce qui peut mettre de la vie dans la structure. Cette démarche implique créativité et aussi respect de ce que sont les résidents et de ce qu'ils ont été. La personne chargée de l'animation doit collaborer étroitement avec les soignants et posséder des compétences spécifiques.

4.1.5 La gestion des ressources humaines

La ressource humaine est la ressource fondamentale autour de laquelle s'ordonnent toutes les autres⁵⁷. Cette notion est particulièrement vraie dans les établissements de santé et dans le cadre de la maltraitance. Une stratégie de la qualité telle que celle qui sous tend le développement de la bientraitance dans un établissement n'est pas possible sans une réelle gestion des ressources humaines⁵⁸. Lors des entretiens, les professionnels ont bien mis en évidence l'importance des défaillances humaines comme explication de ce phénomène. La gestion des ressources humaines a une fonction stratégique pour lutter contre la maltraitance. Elle se décline selon plusieurs axes et ne peut se concevoir qu'en proche collaboration avec le directeur des ressources humaines.

A) Le recrutement

Le recrutement est la première étape de la gestion des ressources humaines. Cette étape est fondamentale car elle engage l'institution dans une collaboration avec un professionnel chargé de prendre soin des personnes âgées. Quel que soit la durée de l'entretien, il ne permet pas de s'assurer totalement de la fiabilité du candidat. Malgré l'utilisation des profils de poste et de différentes grilles d'entretien nous prenons un pari sur une personne sans jamais être véritablement sûr de notre choix. De plus, dans un contexte de pénurie comme dans certaines régions de France, le nombre de candidats pour un poste et surtout un poste en gériatrie est excessivement restreint et ne permet pas toujours un véritable choix. Néanmoins, il paraît essentiel de ne pas imposer la gériatrie comme lieu d'exercice à un professionnel.

B) L'accueil des nouveaux personnels

L'organisation de l'accueil des nouveaux personnels permet une intégration plus rapide dans l'institution. Après une période d'encadrement par des professionnels confirmés, il convient que le cadre assure un bilan régulier des compétences de ce nouvel agent. Un protocole peut aider le cadre dans cette démarche afin de baliser le parcours du professionnel tant au niveau des connaissances de fonctionnement de l'institution à

⁵⁷ CROZIER M. L'entreprise à l'écoute, Apprendre le management post-industriel. Paris : Inter éditions, 1989. 217p.

⁵⁸ DURIEUX D., « La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines » *Revue hospital BE*, Mars 2001, n° 246 <http://www.abhbvz.be/français/revue/hb246:durieux.html>

acquérir que des compétences spécifiques à développer en unités de soins de longue durée. Contrairement à des services plus techniques comme la réanimation ou les services de médecine, les soignants sont plus isolés car la plupart du temps la présence médicale n'est pas organisée à temps plein. Aussi, les professionnels de ces unités doivent développer leur capacité de jugement afin de savoir faire appel aux services des urgences à bon escient et réagir efficacement face à une situation d'urgence. Le suivi des compétences doit se faire régulièrement, c'est d'ailleurs un des thèmes centraux de l'évaluation annuelle. Le cadre doit s'assurer du niveau de performance de chacun des professionnels de l'équipe dont il a la responsabilité. Cette démarche implique pour le cadre une bonne connaissance des professionnels, basée sur l'observation de leur pratique au quotidien.

C) La politique de mobilité des personnels

L'entretien d'évaluation donne aussi au cadre l'opportunité d'apprécier le vécu de chaque soignant par rapport à ses conditions de travail. Il convient d'être à l'écoute de leurs besoins et de savoir répondre à leur souhait de changement de services. La chronicité des relations en unité de long séjour peut être à l'origine des dérapages des soignants qui les conduisent à la maltraitance. La politique de mobilité du personnel est à réfléchir sur le plan institutionnel pour identifier les stratégies qui permettent aux professionnels d'accepter de travailler auprès des personnes âgées sur une période donnée dans une perspective de changement à terme. La formation fait partie de cette stratégie et permet de valoriser l'activité en gériatrie.

D) La formation

Les professionnels ont des qualifications spécifiques acquises en formation initiale qui sont à réactualiser par la formation continue. La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées n'est possible qu'à partir du moment où les professionnels et futurs professionnels prendront conscience de ce qui se cache derrière le mot "maltraitance" qu'ils soient cadres ou soignants. La connaissance des besoins spécifiques des personnes âgées leur est nécessaire dans la pratique quotidienne ainsi qu'un travail sur la confrontation avec les corps dégradés et le rapport au corps de l'autre.

Lors de sa contribution à l'élaboration du plan de formation continue, le directeur des soins doit faire de cette problématique une priorité, afin de permettre aux personnels de développer leurs compétences gérontologiques. Ils doivent disposer également des connaissances leur permettant de conscientiser des actes maltraitants, d'identifier les

causes de la maltraitance et la détection précoce des signes de maltraitance. Cette formation peut se penser sous la forme d'une formation action comme dans l'établissement Y.

4.1.6 L'évaluation

La dernière étape d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est l'étape de l'évaluation. La qualité est appréciée au regard :

- de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale,
- des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

Le questionnaire de sortie a cette finalité dans l'hôpital, la difficulté en long séjour réside dans le fait que les personnes âgées ne sortent pas de l'institution ou très rarement. Aussi, il convient de rechercher un autre mode d'évaluation pour permettre aux résidents et à leur famille de s'exprimer régulièrement. Nous pourrions envisager une enquête menée une fois par an par les étudiants en soins infirmiers dans le cadre de l'enseignement de la démarche de santé publique par exemple.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge des résidents doit nous permettre d'apprécier si les soignants et l'institution sont véritablement dans une démarche de bientraitance et de limiter ainsi le risque de maltraitance des résidents.

4.2 La gestion du risque de maltraitance

Le risque de maltraitance est directement lié à la capacité de l'établissement à être en état de veille constante pour réagir rapidement et efficacement face à des agissements inadéquats. Les principes méthodologiques pour la gestion des risques s'appuient sur le développement d'une culture de l'erreur plutôt que de la faute⁵⁹. En effet, la faute comporte une connotation morale. Elle se corrige ou se sanctionne et ne favorise pas une attitude réflexive du fauteur. La faute est liée au non respect d'une norme qu'on est sensé connaître alors que la cause de l'erreur relève de l'ignorance. Elle peut être rectifiée pour autant qu'on en connaisse d'avantage⁶⁰. Dans le cas de la gestion du risque de maltraitance la situation est complexe car les personnels maltraitants peuvent être sur

⁵⁹ ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003.

⁶⁰ CARFANTAN S., *Vie et vérité*, Site philosophie et spiritualité, leçon 40, 2002 <http://sergecar.club.fr/cours/verite2.htm>

le registre de l'erreur ou de la faute. La plupart du temps, les négligences que subissent les personnes âgées sont liées à un manque de connaissance de la spécificité de leurs besoins. Mais parfois, nous reprendrons une citation de la première partie de mémoire : *"Le maltraiteur est une personne qui pour des motifs qui lui échappent, transgresse les limites de la bienséance et du respect de l'autre et en arrive à violer les droits fondamentaux de l'être humain"* (Longerich, 2003). Le traitement du risque lorsqu'il se produit doit donc prendre en compte les deux éventualités et implique une analyse fine des circonstances afin d'apporter des solutions adaptées.

4.2.1 La connaissance du risque

Nous avons vu, que la notion de maltraitance est difficile à définir car éminemment subjective. Elle nécessite une réflexion au sein de chaque équipe afin de définir en quoi les soins peuvent à un moment donné devenir maltraitants même s'ils sont sous tendus par une bonne volonté évidente. Cette réflexion pour être plus riche doit s'accompagner d'une formation en gérontologie et sur la maltraitance. Elle permettra d'élargir le champ de vision de chacun des acteurs et ainsi de mieux comprendre ce phénomène et les besoins des personnes âgées.

4.2.2 Le dépistage

Comme chez l'enfant, les signes de maltraitance de la personne âgée sont peu spécifiques. Si l'observation d'ecchymoses, de fractures, de traumatisme crânien ou de toute lésion inexplicquée peut faire penser à de la maltraitance physique, les autres formes d'abus sont autrement plus difficiles à caractériser. Néanmoins, selon le Pr Panteleimon Giannakopoulos, psychiatre gérontologue à Genève, l'aggravation chez les personnes âgées de pathologies chroniques, la déshydratation répétée, les escarres non traitées, le surdosage médicamenteux et la négligence corporelle sont autant d'indices qui doivent alerter l'entourage des personnes âgées qu'il soit professionnel ou familial.

Le repérage des signes d'une éventuelle maltraitance nécessite donc la mise en place d'outils. L'équipe soignante doit disposer d'indicateurs clignotants (escarre, dénutrition, rétraction, dépression...) qui sont autant de signaux d'alerte à repérer pour dépister une maltraitance volontaire ou non, le plus tôt possible, afin de limiter les dommages causés aux personnes âgées. L'observation de ces indicateurs peut se réaliser à partir d'une grille qui reprend l'ensemble des indicateurs que l'équipe définira comme pertinent pour signaler une éventuelle maltraitance. En présence de signes, ce dépistage doit initier une démarche réflexive en équipe accompagnée par le cadre, dans le but d'analyser la situation du résident et de mesurer si les soins dont il bénéficie sont bons pour lui, c'est-à-dire s'ils correspondent à ses attentes et ses besoins. Cette grille et la réflexion subséquente sont intégrées dans le dossier de soins afin d'en assurer le suivi.

La mesure de la charge mentale des soignants liée à la prise en charge des résidents peut aussi être intéressante à réaliser régulièrement. Elle permet d'évaluer le seuil de tolérance des soignants au regard de la charge de travail car nous avons vu que le "burn out" pouvait être source de maltraitance. Cette évaluation peut se réaliser à l'aide d'une grille inspirée de l'échelle de Zarit proposée en annexe I.

4.2.3 Le signalement

Dans le cas de maltraitance avérée, cette situation doit faire l'objet d'un signalement afin de corriger le dysfonctionnement, la défaillance institutionnelle ou humaine et la sanctionner s'il y a lieu.

D'après le rapport de M. Debout concernant la maltraitance des personnes âgées, l'ampleur de ce phénomène est sous estimée car peut signalée. Le signalement est une étape difficile à franchir pour les personnes maltraitantes car, soit elles n'ont pas conscience de leurs actes emprunts de bonne volonté, soit elles transgressent la loi de façon consciente ou non. Dans les deux cas cela ne favorise pas le signalement. Il reste le témoin lorsqu'il y en a un. Pour lui, la décision du signalement n'est pas plus facile à prendre car conditionné par sa représentation du travail en équipe. La crainte des représailles ou de l'exclusion amène les témoins à se taire et à laisser faire.

Néanmoins, la protection des témoins est inscrite dans l'article 11 de la loi du 11 juillet 1983⁶¹ et réaffirmée dans l'article 48 de la loi du 2 janvier 2002⁶². Le directeur des soins doit s'exprimer très clairement sur ce genre de situations et assurer son soutien aux témoins en garantissant déjà l'anonymat des témoignages. Il peut aussi initier l'élaboration d'un protocole de signalement de conduites inopérantes afin de permettre aux équipes de réfléchir à cette problématique et de trouver ensemble comment procéder en cas de situations de maltraitance. L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) dans son rapport 2001-110⁶³ préconise de réaliser un signalement systématique des actes de maltraitance envers les soignants grâce à une fiche de signalement. Cet outil peut être utilisé dans le cas de maltraitance de personnes âgées. La possibilité de signalement sans écrit peut aussi être envisagée afin de favoriser l'expression des témoins.

⁶¹ Loi n°83-634 du 11 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Loi dite loi le Pors.

⁶² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁶³ IGAS, Rapport n° 2001-110, Violences subies par les professionnels de santé.

4.2.4 Le suivi des événements indésirables

A) L'analyse de la situation

Une fois signalés les actes de maltraitances doivent faire l'objet d'une analyse afin de déterminer les causes de cet événement préjudiciable pour la personne âgée. Il peut s'agir d'un défaut d'organisation auquel cas l'analyse du dysfonctionnement doit permettre de le régler pour éviter une nouvelle survenue du risque de maltraitance. Dans le cas d'une défaillance humaine, le professionnel doit avoir un entretien avec le cadre et avec le directeur des soins afin d'expliquer son comportement. Le directeur des soins a besoin d'éléments pour comprendre ce qui a poussé ce soignant à être défaillant dans son rôle. S'agit-il d'un manque de connaissance qui entraîne une prise en charge inadaptée ou s'agit-il d'un manquement caractérisé aux obligations de tout professionnel ? La décision ne sera pas la même pour le directeur des soins. Elle peut être dans le registre de la formation en cas d'erreur ou de la sanction en cas de faute.

B) La sanction

Lors des entretiens, les professionnels ont exprimé leurs attentes concernant le directeur des soins dans le cas de maltraitance avérée. Ils souhaitent que le directeur des soins aille au bout de la démarche et assume ses responsabilités. Il s'agit pour lui de proposer au directeur des ressources humaines la sanction qui lui paraît la plus appropriée. Celui-ci aura ensuite à organiser un conseil de discipline. Cette démarche est importante pour les personnes maltraitantes mais aussi pour l'ensemble de l'institution : pour les personnes maltraitantes car c'est peut être aussi la reconnaissance d'une situation difficile pour laquelle il nécessite un soutien ; pour l'institution, en terme d'image et montrer aux professionnels, aux résidents et aux familles qu'il y a une règle et qu'il convient de la respecter.

CONCLUSION

La maltraitance est un phénomène qui s'exerce par la force ou par des négligences. Ces dernières sont plus insidieuses et de ce fait plus difficiles à détecter mais tout aussi néfastes car les besoins des résidents ne sont plus reconnus. Pour l'être humain, la reconnaissance de ses besoins est vitale. Le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté sont reconnus à tout individu sans distinction aucune de sa race, de sa couleur, de son sexe⁶⁴ et nous pourrions maintenant rajouter de son âge. Le respect des droits de l'homme tels que définis dans la déclaration universelle devrait suffire à garantir le respect des personnes âgées dépendantes en institution de long séjour. Et pourtant la réalité nous montre qu'elle est tout autre. La maltraitance des personnes âgées est encore bien réelle. L'évolution de la réglementation concrétise la volonté des pouvoirs publics de lutter contre ce phénomène. A cette volonté doit s'associer celle des responsables des structures de long séjour.

En tant que directeur des soins, nous sommes concernés par cette problématique. Bien évidemment toutes les institutions ne sont pas maltraitantes au sens où les professionnels agissent avec violence sur les personnes âgées. Mais nous ne sommes pas sûres que les résidents soient toujours bien traités, c'est-à-dire respectés dans leur attentes et leurs désirs. L'organisation institutionnelle est parfois prévalente sur une organisation des soins centrés sur la personne âgée. Nous devons nous poser la question de ce qui est bon pour les résidents.

L'étude de la littérature nous montre que de gros progrès ont été réalisés dans les institutions pour personnes âgées. L'enquête menée auprès de deux établissements a mis en évidence que la bientraitance des personnes âgées est un but recherché par les professionnels au travers d'une démarche d'amélioration continue de la qualité déjà initiée depuis plusieurs années. L'exploitation des entretiens suggère que cette démarche n'est pas toujours suffisante et qu'elle doit s'associer à une démarche structurée de gestion du risque de maltraitance pour lutter efficacement contre ce phénomène. Dans cette démarche le rôle du directeur des soins est essentiel dans sa détermination mais aussi dans sa façon d'accompagner les professionnels et particulièrement les cadres. Ceux-ci

⁶⁴ Déclaration universelle des droits de l'homme, *Adoptée par l'assemblée générale dans sa résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948.*

sont apparus dans ce travail comme un maillon essentiel de la chaîne managériale. Ils sont les relais incontournables de la direction des soins auprès des équipes dans la promotion de la bientraitance et la gestion du risque de maltraitance.

Ce mémoire s'est centré sur la maltraitance des personnes âgées, néanmoins cette démarche mériterait de s'étendre à tous les services de l'hôpital. Car tous les patients peuvent une fois hospitalisés être considérés comme vulnérables et victimes de l'organisation institutionnelle.

Bibliographie

Textes de loi

Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Arrêté du 9 août 2004 portant création du comité d'orientation et des commissions préparatoires du plan violence et santé.

Arrêté du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.

Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante, Fondation nationale de gérontologie, Ministère de l'emploi et de la solidarité

Circulaire DGAS / SD 2 n°2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

Circulaire DGA 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°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

Loi n°97- 6 du 24 janvier 1997 relative à la PSD.

Loi n°83-634 du 11 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Loi dite loi le Pors.

Ouvrages

AMYOT J.J, MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association réseau de consultants en gérontologie. Paris : 2002, 242p.

BERTIN E., *Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation, silence vieillesse*. Paris : L'harmattan, 1999. 91p.

BRAMI G., *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*. Paris : Berger Levrault, 2004, 284p.

CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Sociologie 128. Paris : Nathan université, 2001. 127p.

CROZIER M. *L'entreprise à l'écoute, Apprendre le management post-industriel*. Paris : Inter éditions, 1989. 217p.

DURIEUX P., *Guide des principaux termes dans le domaine de la santé, évaluation qualité sécurité*, Paris : Flammarion, 1997.

HUGONOT R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 2003. 212 p.

LECORPS P., PATURET J-B. , *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes : ENSP, 1999. 186p.

LEVET M. *Les valeurs de l'âge*. Toulouse : Erès, 2002.116 p.

MAISONDIEU J. *Le Crépuscule de la raison*. Paris : Bayard édition, 1989. 246p.

Ouvrages collectifs

ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003.

ANAES, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002.

Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'assemblée générale dans sa résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948.

XVII^e Assises nationales d'association d'aide aux victimes. *La victimisation des aîné(e) s, Négligences et maltraitances à l'égard des personnes âgées*. Paris : L'harmattan, Sciences criminelles, 2003. 281 p.

GINESTE Y. *Silence on frappe...De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Milly-la-Forêt : Animagine, 2004. 328 p.

Rapports

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, *Rapport sur le vieillissement*, N°59 - 25 mai 1998

DEBOUT M., *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003, 77p.

Haut comité de la santé publique, *Rapport violence et santé*, mai 2004, 190 p.

IGAS, *Rapport Violences subies par les professionnels de santé*, n° 2001-110.

JOEL M – E., *Commission «Personnes âgées et personnes handicapées »*, 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, 69 p.

Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. Genève : 2002, 52 p.

Articles

AMYOT J. J., BARRE C., FOURCADE B. « Comment les personnes âgées parlent-elles de leur dignité ? » *Pluriels*, Novembre-décembre 2003, n° 39-40, pp.

ANGHELOU D., CREOFF M. « Prévention et repérage des risques de maltraitance en institution. Politique nationale et programme pluriannuel d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux » *Echanges santé social*, Octobre 2001, n°103, pp. 15-20.

BALSA N. et alii, « Intérêt de la présence et du rôle d'un psychiatre au sein d'un réseau d'écoute de la maltraitance des personnes âgées » *Gérontologie*, 1999, n°110, pp. 8-9.

BILLE M. « Pour leur bien » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 121-134.

BOIS J.P., « Exclusion et vieillesse, Introduction historique » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 13-23.

BONAFOUS M., « Gériatrie : comment le cadre de santé peut-il prévenir la maltraitance ? », *Objectifs soins, le cahier du management*, Avril 2005, n°135, pp. I-VI.

BONIN-GUILLAUME S., « Maltraitance du sujet âgé, intérêt d'une approche criminologique » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, pp. 6-7.

BUSBY F. « La maltraitance et les personnes âgées » *Actualité et dossier en santé publique*, 2000-06, n° 31, 35-37.

DREES, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative » *Etudes et résultats*, Janvier 2005, n°370, pp 1-12.

GIRTANNER C. et alii, « Du constat des maltraitances auprès des personnes âgées vers des mesures d'aides adaptées dans un cadre de soins » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, p 5.

FRIEDBERG E., « L'analyse sociologique des organisations » *Pour La revue du Groupe de Recherche pour l'éducation et la Prospective*, 1988, n°28, 126 p.

HEINIGER M., « Moi, maltraiter ? Jamais ! » *Krankenpflege soins infirmiers*, Septembre 2003, pp. 48-51.

HUGONOT R., « La maltraitance des personnes âgées émerge enfin ! » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, p 1.

HUSSON M., « La santé, un bien supérieur ? » *Chronique Internationale de l'IRESS*, Novembre 2004, n°91.

LANDRY D., « Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 203-220.

LONGERICH B., « Ne faites pas à d'autre... » *Krankenpflege soins infirmiers*, Septembre 2003, pp. 52-53.

MAISONDIEU J., « La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? » *Gérontologie et société*, Septembre 2002, n°102, pp. 227-235.

MAISONDIEU J., « Fin de vie : démence ou suicide ? » *Gérontologie et société*, Septembre 1999, n°90, pp. 83-93.

MANCIAUX et alii, « Maltraitance en institution : que disent les soignants ? » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, p 10.

MANCIAUX M., « De la maltraitance à la bientraitance » *ADSP*, Juin 2000, n°31, p63-65.

MOULIAS R., « Violences passives en institution » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, pp.17-23.

STROBEL S., BONNOT B., COFFOURNIC C., PETER B., KLINGER H., « Peur de la maltraitance et maltraitance inconsciente » *Gérontologie*, 1999-2, n°110, pp. 2-4.

Conférences

HERGON E., *La gestion des risques*, Rennes : ENSP, Conférence du 19 janvier 2005, 35p.

ROUSSEL P., *Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*, Rennes : ENSP, Conférence de septembre 2004, 38p.

Documents électroniques

CARFANTAN S., *Vie et vérité*, Site philosophie et spiritualité, leçon 40, 2002
<http://sergecar.club.fr/cours/verite2.htm>

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Rapport sur le vieillissement N°59 - 25 mai 1998 <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm>

DEBOUT M., *Violence, maltraitance et personnes âgées*, [Cours en ligne]. 29 janvier 2003 [mis à jour le 22.12.04] <http://www.inserm.fr/ethique/cours.nsf>

Direction générale de l'action sociale, Bureau de la protection des personnes, Janvier 2005, Prévention et lutte contre la maltraitance <http://www.personnes-agees.gouv.fr/accueil/accueil.htm>

DURIEUX D., « la décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines » *Revue hospital BE*, Mars 2001, n° 246
<http://www.abhbvz.be/français/revue/hb246:durieux.html>

GONZALES L., *Ethique et évaluation de la dépendance*, 15 mars 2005
<http://www.fehap.fr>

Liste des annexes

ANNEXE I : Echelle de Zarit

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Charte de bientraitance

ANNEXE I

Echelle de ZARIT (Charge de soins pour la famille)

Extrait de la conférence de consensus de Nantes le 6/12/04

A Evaluation de la charge matérielle et affective

Le questionnaire présente une liste d'affirmations qui montrent l'état des gens prenant soin de quelqu'un d'autre. Les réponses sont distribuées sur une échelle ordinale à 5 degrés allant de "**jamais**" (0) à "**presque toujours**" (4). Un score de 88 est obtenu en additionnant les scores de chacun des items

Zarit suggère :

- score entre 61 et 88 --> fardeau sévère
- score entre 41 et 60 --> fardeau modéré à sévère
- score entre 21 et 40 --> fardeau léger à modéré
- score entre 0 et 20 --> fardeau absent à léger

B Evaluation des problèmes de comportement et d'autonomie

Dans le questionnaire sont énumérés une série de problèmes qui peuvent se poser avec le malade dont la famille a la charge.

La grille cotation comprend 2 parties : une partie "**fréquence**" et une partie "**réaction**".

Lire attentivement chacune des propositions et essayer d'évaluer avec quelle fréquence cette situation s'est posée avec le malade. Entourer ou cocher ensuite la case correspondante dans la partie "**fréquence**" en se reportant aux indications données dans le cadre "Comportement" en tête du tableau.

Par exemple, si cette situation s'est produite tous les jours, la case à cocher sera "**4**"; si elle ne se produit jamais, ce sera "**0**".

La partie "**réaction**" évalue la réaction devant ce problème, quand il se produit, c'est-à-dire, dans quelle mesure ce problème est gênant ou dérangent. Cocher de la même façon la case correspondant à l'intensité de la gêne (de "**pas du tout**" à "**extrêmement**") comme cela est indiqué dans le cadre précédent le tableau. La "**réaction**" doit être évaluée pour chaque situation après la "**fréquence**"

Echelle de ZARIT (Charge de soin pour la famille)

A- Evaluation de la charge matérielle et affective

- 0 : jamais
- 1 : rarement
- 2 : quelquefois
- 3 : assez souvent

4 : presque toujours						
Sentir que votre parent demande plus d'aide qu'il n'en a besoin						
Sentir qu'à cause du temps consacré à votre parent vous n'avez plus assez de temps pour vous						
Vous sentir tiraillé(e) entre les soins à votre parent et les autres responsabilités familiales ou du travail						
Vous sentir embarrassé(e) par les comportements de votre parent						
Vous sentir en colère lorsque vous êtes en présence de votre parent						
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis						
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent						
Sentir que votre parent est dépendant de vous						
Vous sentir tendu(e) quand vous êtes avec votre parent						
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent						
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent						
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent						
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent						
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur laquelle il pouvait compter						
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent compte tenu de vos autres dépenses						
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps						
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent						

Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre						
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent						
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent						
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent						
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins de votre parent sont un fardeau, une charge ?						
TOTAL partie A						
B- Evaluation des problèmes de comportement et d'autonomie						
FREQUENCE/REACTION						
0 : jamais survenu / pas du tout						
1 : est survenu, mais pas la semaine dernière / un peu						
2 : est survenu 1 fois ou 2 la semaine dernière / modérément						
3 : est survenu 3 à 6 fois la semaine dernière / beaucoup						
4 : survient tous les jours ou plus souvent / extrêmement						
X : ne sait pas/ne s'applique pas						
Poser la même question maintes et maintes fois						
Avoir des difficultés à se rappeler des événements importants du passé						
Perdre les choses ou les placer au mauvais endroit						
Oublier quel jour on est						
Commencer des activités sans les finir						
Avoir des difficultés à se concentrer sur une tâche						
Détruire des biens						
Faire des choses qui vous gênent						
Vous réveiller la nuit						
Parler fort et rapidement						

Sembler anxieux (se) ou inquiet (inquiète)						
Avoir des comportements potentiellement dangereux pour lui (elle) ou les autres						
Menacer de se suicider						
Menacer de blesser les autres						
Etre agressif (ve) verbalement envers les autres						
Sembler triste ou déprimé(e)						
TOTAL partie B						

ZARIT, & ZARIT JM (1987). The Memory and Behaviour Problems Checklist and the Burden Interview. Document technique, University Park PA, Pennsylvania State University

Traduction du Burden Interview de ZARIT par le Centre de Recherche en Gériatrie et Gériatrie, Hôpital d'YOUVILLE de SHERBROOKE, 1036 rue Belvédère Sud, SHERBROOKE, QC J1H 4C4, CANADA

Article de référence : Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments; Rejean HEBERT, Gina BRAVO, et Diane GIROUARD, Centre de Recherche en Gériatrie et Gériatrie, Hôpital d'YOUVILLE de SHERBROOKE. Canadian Journal on Aging. La revue canadienne du vieillissement/vol. 12 n° 3 1993, 324-337

ANNEXE II

Guide d'entretiens

1. Qu'évoque la bientraitance des personnes âgées pour vous ?
2. Quels sont pour vous les facteurs de bientraitance ?
3. Quelles sont les causes ne permettant pas de respecter ces facteurs de bientraitance ?
4. Qu'est-ce qui a été mis en place pour développer la bientraitance dans votre établissement ?
5. En quoi les conditions de travail peuvent elles avoir une incidence sur la bientraitance ?
6. Le phénomène de la maltraitance des personnes âgées est très médiatisé, qu'en pensez-vous ?
7. Comment expliquez-vous ce phénomène ?
8. A votre avis comment peut-on lutter contre la maltraitance ?
9. Pensez-vous que l'on puisse intégrer le risque de maltraitance dans la politique globale de gestion des risques de l'établissement ? Est-ce fait ici ?

ANNEXE III



CENTRE HOSPITALIER

Au Service de Votre Santé

CHARTRE DE BIENTRAITANCE AU CH

Chapitre 1 : La bientraitance des professionnels envers la personne accueillie

Article 1 : Organiser des prestations de qualité, adaptées et pertinentes et les évaluer.

Article 2 : Prendre en compte la souffrance des personnes et les soigner.

Article 3 : Respecter sans discriminer la personne dans son intégrité physique et morale.

Chapitre 2 : La bientraitance des professionnels entre eux

Article 1 : Travailler en cohérence d'action en appliquant les protocoles établis.

Article 2 : Collaborer, se respecter entre les différents professionnels et les partenaires extérieurs.

Chapitre 3 : La bientraitance de l'institution envers les professionnels et les personnes accueillies

Article 1 : Apporter des moyens financiers, matériels, humains nécessaires pour offrir des outils efficaces et garantir des prestations de qualité, dans la mesure des dotations allouées à l'établissement.*

** Efficace : qui aboutit à de bons résultats.*

Article 2 : Permettre la mise en place d'activités adaptées aux besoins des personnes accueillies en octroyant des structures adéquates, dans la mesure des dotations allouées à l'établissement.

Article 3 : Instaurer une communication simple et constructive, entre les agents et l'institution, en portant attention aux demandes et en garantissant une réponse.

Chapitre 4 : La bientraitance des professionnels envers l'institution

Article 1 : Veiller à utiliser, à bon escient, les moyens qui sont alloués.

Article 2 : S'engager à faire preuve de discrétion à l'intérieur comme à l'extérieur et à respecter la confidentialité.

Chapitre 5 : La bientraitance des personnes accueillies entre elles et envers les professionnels

Article 1 : Rappeler aux personnes accueillies la nécessité du respect de l'autre avec ses différences, ses habitudes de vie, sa culture et son travail.

La charte, élaborée et relue par un groupe de travail du CH, a été validée aux instances (CA, CME et CTE) d'Avril 2004