

**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

**Promotion 2006**

---

**PREVENTION ET LUTTE  
CONTRE LA MALTRAITANCE  
DANS LES ETABLISSEMENTS  
SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX  
DE LA REGION NORD PAS DE CALAIS**

**Apports du programme d'inspection**

---

**Fabienne LO RE**

---

# Remerciements

---

A Mme le Docteur Edith PONS mon maître de stage

Aux confrères et collaborateurs de la DRASS du Nord Pas-de-Calais, de la DDASS du Nord et de la DDASS du Pas-de-Calais

Au Docteur JUZEAU et à toutes les personnes qui ont accepté de partager leur expérience lors des entretiens et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour

A Francine pour sa présence amicale et bienveillante

A la promotion JAPT, pour les jours « avec »...

A mes Parents

« Est ce que je suis prêt à accepter de recevoir de toi ce que je ne peux pas voir de moi,  
est-ce que tu veux bien recevoir de moi ce que tu ne peux pas voir de toi ? »

Luc FOUARGE

---

# Sommaire

---

|          |   |                                    |
|----------|---|------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>1</b>                           |
| 1.1      | <b>Positionnement professionnel.....</b>  | <b>2</b>                           |
| 1.2      | <b>Matériel et méthode.....</b>   | <b>4</b>                           |
| 1.2.1    | Recherche bibliographique .....   | 4                                  |
| 1.2.2    | Etude des rapports d'inspection.....  | 4                                  |
| 1.2.2.1  | <b>Recueil des données.....</b>   | <b>4</b>                           |
| 1.2.2.2  | <b>Analyse des données.....</b>   | <b>6</b>                           |
| 1.2.2.3  | <b>Limites de l'analyse des rapports d'inspection.....</b>  | <b>6</b>                           |
| 1.2.3    | Entretiens.....   | 6                                  |
| 1.2.4    | Réunions.....   | 7                                  |
| 1.3      | <b>DEFINITIONS.....</b>   | <b>8</b>                           |
| 1.3.1    | Maltraitance .....  | 8                                  |
| 1.3.2    | Violence.....   | 8                                  |
| 1.3.3    | Les différentes formes de maltraitance et de violence.....  | 8                                  |
| 1.3.4    | Mécanismes pouvant amener à la violence institutionnelle .....  | 9                                  |
| 1.3.5    | Bienveillance.....  | 10                                 |
| <b>2</b> | <b>ROLE DE L'ETAT DANS LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE<br/>LA MALTRAITANCE DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL .....</b> | <b>11</b>                          |
| 2.1      | <b>Développer la prévention de la maltraitance .....</b>  | <b>12</b>                          |
| 2.2      | <b>Améliorer les procédures de signalement de maltraitance institutionnelle .</b>   | <b>12</b>                          |
| 2.3      | <b>Développer une véritable culture de contrôle des ESMS.....</b>   | <b>13</b>                          |
| 2.3.1    | Mise en place d'une organisation administrative dédiée aux missions<br>d'inspection.....  | 13                                 |
| 2.3.2    | Affirmation réglementaire de la place de l'inspection .....   | 14                                 |
| 2.3.3    | La clarification des compétences des différentes autorités?.....  | 14                                 |
| 2.4      | <b>Le programme d'inspection de lutte contre la maltraitance dans les ESMS</b>  | <b>15</b>                          |
| 2.4.1    | Les objectifs des contrôles.....  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| 2.5      | <b>Le contrôle « au long cours » .....</b>  | <b>16</b>                          |
| <b>3</b> | <b>CONTEXTE REGIONAL .....</b>  | <b>17</b>                          |

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| <b>3.1</b>     | <b>Mise en œuvre régionale de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance .....</b>                                  | <b>17</b> |
| 3.1.1          | La Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE).....                                     | 17        |
| 3.1.2          | Les services des DDASS.....  | 18        |
| <b>3.1.2.1</b> | <b>Dans le département du Nord.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>3.1.2.2</b> | <b>Dans le département du Pas de Calais .....</b>  | <b>19</b> |
| 3.1.3          | Liens entre DDASS, DRASS et DGAS .....   | 20        |
| 3.1.4          | Les relations avec la Justice : .....  | 21        |
| 3.1.5          | Les relations avec les Conseils Généraux.....  | 22        |
| 3.1.6          | Antennes d'écoute téléphonique.....  | 22        |
| <b>3.2</b>     | <b>Éléments démographiques et économiques .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>3.3</b>     | <b>Problématique des populations et équipement médico-social .....</b>   | <b>23</b> |
| 3.3.1          | Personnes handicapées.....   | 23        |
| 3.3.2          | Personnes âgées.....   | 24        |
| 3.3.3          | Populations en difficulté sociale .....  | 25        |
| <b>3.4</b>     | <b>Professionnels en activité .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>4</b>       | <b>RESULTATS .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>4.1</b>     | <b>Généralités.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>4.2</b>     | <b>Type d'établissements.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>4.3</b>     | <b>Composition de la mission d'inspection.....</b>   | <b>29</b> |
| 4.3.1          | Une mission pluri-institutionnelle.....  | 29        |
| 4.3.2          | Une mission pluridisciplinaire .....   | 29        |
| 4.3.3          | Durée de l'inspection .....  | 29        |
| 4.3.4          | Forme du rapport.....  | 30        |
| <b>4.4</b>     | <b>Analyse des rapports d'inspection réalisés dans le cadre des plaintes.....</b>  | <b>30</b> |
| 4.4.1          | Typologie des plaintes.....  | 31        |
| 4.4.2          | Analyse quantitative des facteurs de risque mis en évidence lors de l'inspection.....  | 32        |
| 4.4.3          | Conclusions de la mission d'inspection .....   | 33        |
| 4.4.4          | Réponse des établissements aux recommandations .....   | 34        |
| 4.4.5          | Vécu des établissements et des gestionnaires d'établissement lors des instructions de plaintes.....                                    | 35        |
| <b>4.5</b>     | <b>Etude particulière concernant 2 établissements ayant bénéficié d'une inspection programmée et d'une inspection sur plainte.....</b> | <b>37</b> |

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>4.6</b>  | <b>Analyse des rapports d'inspection réalisés dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance.....</b> | <b>38</b> |
| 4.6.1       | Analyse quantitative des facteurs de risque mis en évidence lors de l'inspection.....  | 38        |
| 4.6.2       | Conclusions de la mission d'inspection .....   | 39        |
| <b>4.7</b>  | <b>Analyse qualitative des facteurs de risque mis en évidence.....</b>   | <b>39</b> |
| 4.7.1       | Conditions d'organisation .....  | 39        |
| 4.7.1.1     | <b>L'organisation, les conditions de travail et le personnel.....</b>  | 39        |
| 4.7.1.2     | <b>La vigilance et la protection des personnes.....</b>  | 40        |
| 4.7.1.3     | <b>Cadre institutionnel.....</b>   | 41        |
| 4.7.2       | Conditions de fonctionnement.....  | 42        |
| 4.7.2.1     | <b>Organisation des soins :.....</b>   | 42        |
| 4.7.2.2     | <b>Le déroulement du séjour et la vie dans l'établissement :.....</b>  | 44        |
| 4.7.3       | Conditions d'installation.....   | 47        |
| <b>4.8</b>  | <b>Recommandations réalisées par la mission d'inspection : .....</b>   | <b>48</b> |
| 4.8.1       | Recommandations ayant trait à l'organisation du travail .....  | 48        |
| 4.8.2       | Les conditions de fonctionnement .....   | 50        |
| 4.8.3       | Les conditions d'installations.....  | 50        |
| <b>4.9</b>  | <b>Comment les établissements ont-ils vécu les inspections réalisées dans le cadre du programme ? .....</b>                        | <b>51</b> |
| <b>4.10</b> | <b>Quelle politique est appliquée dans les établissements de Belgique ?.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>5</b>    | <b>Synthèse.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>6</b>    | <b>Propositions : .....</b>  | <b>61</b> |
| 6.1         | <b>Concernant les services déconcentrés de l'Etat.....</b>   | 61        |
| 6.2         | <b>Concernant l'articulation des services de l'Etat avec les autres institutions .....</b>   | 63        |
|             | <b>Conclusion.....</b>   | <b>64</b> |

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADNSEA : Association Départementale du Nord pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale  
CDPLCM : Comité Départemental de Prévention et de Lutte Contre la Maltraitance  
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel  
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées  
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale  
CTRI : Comité Technique Régional et Interdépartemental  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DNO : Directive Nationale d'Objectifs  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux  
ETP : équivalent temps plein  
ICE : Inspection Contrôle et Evaluation  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
MACE : Mission d'Accompagnement Contrôle et Evaluation  
MAFI : Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection  
MRIICE : Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation  
PCG : Président du Conseil Général  
PRIICE : Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection, Contrôle et Evaluation  
PRSP : Programme Régional de Santé Publique  
PUI : pharmacie à usage intérieur  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
UDAPEI : Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

# 1 INTRODUCTION

Fruit d'une évolution progressive des mentalités de notre société, la politique nationale de lutte contre la maltraitance dans les Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ESMS) est conduite depuis de nombreuses années.

Cette politique, déjà affirmée pour les enfants mineurs victimes de sévices, a été progressivement étendue aux personnes âgées et aux personnes handicapées : le code pénal en 1994 a généralisé les mesures de protection concernant les personnes vulnérables tandis que plusieurs circulaires du ministère de la solidarité étendaient leur champ d'action également à ces personnes.

En décembre 2000, l'affaire des « disparues de l'Yonne » éclate avec l'arrestation d'un employé d'un établissement médico-social mis en cause dans la disparition de 7 jeunes filles. Ces disparitions avaient eu lieu dans la plus grande indifférence de l'opinion et des pouvoirs publics 21 ans auparavant. L'employé sera jugé et condamné à perpétuité en 2004. Cette affaire a marqué l'opinion publique et l'esprit des élus qui ont créé une commission parlementaire<sup>1</sup>.

Jusqu'en septembre 2001, les inspections étaient réalisées essentiellement dans le cadre de l'instruction des plaintes. Depuis, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) a mis en place un programme national d'inspection de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS, pour une durée de 5 ans. Il a pour objectifs de procéder au dépistage des situations de maltraitance et de les prévenir, en évaluant les dysfonctionnements des structures susceptibles d'entraîner des risques de maltraitance.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, complète cette politique. Elle affirme les droits fondamentaux des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux en les plaçant au centre des préoccupations des projets d'établissements. La lutte contre les mauvais traitements y est directement mentionnée dans plusieurs articles et l'inspection des établissements y trouve une place forte.

C'est dans ce cadre que les services déconcentrés de l'Etat participent à la mission régaliennne de protection des personnes.

---

<sup>1</sup> BLANC P., JUILHARD JM. *La maltraitance envers les personnes handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir : briser la loi du silence*. Rapport du Sénat n° 339, 2002-2003.

A mi parcours de la mise en place du programme national de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS, la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE) de la Région Nord Pas-de-Calais décide d'en faire le bilan. Nous nous sommes alors posé les questions suivantes :

Les inspections réalisées dans le cadre du programme différent-elles dans leurs modalités de celles réalisées pour instruire les plaintes ? Ont-elles mis en évidence de réels risques de maltraitance ? Ont-elles eu un impact sur les établissements sociaux et médico-sociaux ? Permettent-elles de dégager des axes d'orientation pour promouvoir une politique de bientraitance ?

Nous débuterons ce travail en essayant de définir les termes de maltraitance, violence, bientraitance.

Puis nous exposerons la politique nationale de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS et les textes réglementaires qui légitiment l'action des agents des services déconcentrés de l'Etat dans cette politique.

Ensuite, à la lumière :

- de l'organisation des services de la région Nord Pas de Calais,
- du bilan des inspections réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 30 décembre 2004 dans le cadre des plaintes et de ce programme,
- des différents entretiens réalisés auprès de divers professionnels, nous ferons des propositions pour améliorer l'accompagnement des établissements par les services déconcentrés de l'Etat dans cette démarche de rénovation des pratiques professionnelles.

## **1.1 Positionnement professionnel**

Médecin Inspecteur de Santé Publique en stage à la DRASS du Nord Pas de Calais, j'ai été pré affectée à la DDASS des Ardennes. Le MISP actuellement en poste, avec qui je partagerai les missions, n'a pas encore réellement investi le secteur du handicap. Dans la perspective de prendre en charge cette thématique, ce sujet me permettra de me familiariser avec la pratique des inspections dans le secteur médico-social.

Lorsque l'autorisation de fonctionnement des ESMS dépend de l'Etat, le MISP peut accompagner les établissements (le plus souvent en binôme avec un Inspecteur de l'action Sanitaire et Sociale – IASS) lors des diverses étapes de leur vie administrative : création, extension, modification d'autorisation. Il a, outre le rôle incontournable de contrôle, un rôle de conseiller technique.

Afin de mener à bien cet accompagnement et contribuer pleinement à la défense des droits des personnes, il doit acquérir une bonne connaissance des réalités quotidiennes et des problématiques des personnes accueillies en créant des liens avec les représentants d'associations « d'usagers », et en participant, par exemple dans le domaine des personnes handicapées, à la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) qui remplace les anciennes COTOREP et CDES.

Il doit avoir une bonne connaissance des typologies d'ESMS existant : problématique des publics accueillis, difficultés des professionnels de ces établissements, conditions d'accueil des usagers, adéquation des établissements aux besoins des publics accueillis. Il est attentif aux besoins qui pourraient émerger. Il veille à l'adéquation des projets d'établissement avec les schémas, Il peut émettre un avis sur les projets lors du passage des dossiers au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS), il définit des priorités.

Une fois acquise cette connaissance du terrain, il peut s'impliquer avec les partenaires institutionnels, associatifs et les usagers, à l'élaboration des schémas départementaux, et des programmes interdépartementaux (tels que le programme interdépartemental d'accompagnement de la dépendance -PRIAC) afin de définir les besoins en équipement et moyens. En effet la première des maltraitements est d'orienter une personne dans un établissement qui n'est pas en capacité, au vu de son profil de l'accueillir par manque de moyens matériels, organisationnels et de compétences humaines adéquates. Il participe au diagnostic et à l'évaluation des besoins.

Par sa participation à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et du Programme Régional de Santé Publique (PRSP), en s'appuyant sur les réseaux, il peut permettre la mise en place de passerelles encore trop rares entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Le MISP participe ainsi à la planification.

Enfin, par le biais des inspections : comme tous les membres de la « mission d'inspection », le MISP veille à ce que « la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation des personnes accueillies ne soient pas menacés ». Il a pour mission spécifique d'entendre les usagers et leurs familles et de recueillir leurs témoignages, notamment lorsqu'ils sont relatifs aux actes et traitements mettant en cause la santé ou l'intégrité physique des personnes<sup>2</sup>. L'inspecteur et/ou le MISP recueillent également les témoignages des personnels de l'établissement.

Dans chacune de ces étapes de contrôle et d'accompagnement, le MISP participe à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre la maltraitance.

---

<sup>2</sup> Décret N° 2003-1010 du 22 octobre 2003.

Parce que les populations accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux sont particulièrement vulnérables, parce que la maltraitance dans ces établissements chargés de prendre soin de ces populations est inacceptable, parce que les victimes nécessitent une prise en charge somatique et psychique, la lutte contre les maltraitances institutionnelles est un véritable problème de santé publique où le MISP a un rôle essentiel à jouer.

## **1.2 Matériel et méthode**

La demande de la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, Contrôle et Evaluation (MRIICE) du Nord Pas de Calais était de faire le bilan des inspections réalisées dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

### **1.2.1 Recherche bibliographique**

Une recherche documentaire a été nécessaire afin de prendre connaissance du cadre réglementaire, de se familiariser avec la thématique, et d'enrichir les connaissances par des expériences d'autres régions.

### **1.2.2 Etude des rapports d'inspection**

#### **1.2.2.1 Recueil des données**

A partir des tableaux d'activité des années 2002 à 2004, de la Mission Régionale et Interdépartementale d'inspection, Contrôle et Evaluation, nous avons recherché les rapports d'inspection réalisés dans le cadre du programme étudié.

Il a été nécessaire de se rendre à la MRIICE, dans les services Mission d'Accompagnement Contrôle et Evaluation (MACE) de la DDASS Nord, Inspection Contrôle et Evaluation (ICE) de la DDASS Pas de Calais, les pôles handicaps et les pôles personnes âgées des 2 DDASS, soit 7 services.

Une grille d'analyse des dossiers a été élaborée (voir annexe I) :

- une première partie assez générale, permet d'identifier le type d'établissement en fonction de la population accueillie, le type d'inspection réalisée et ses modalités (nombre de jours, composition de la mission d'inspection, forme du rapport).

- Une seconde partie réalisée à partir du « guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les ESMS » élaboré par la DGAS, reprend les grandes catégories de facteurs de risque concernant :

**Les conditions d'installation :** Cette catégorie comporte 5 rubriques :

- l'implantation géographique et l'environnement : appréciant l'implantation de l'établissement, et son accessibilité pour le public,
- les espaces privés et collectifs : abordant le cadre de vie et les locaux,
- l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et l'adaptation des équipements aux populations accueillies,
- l'hygiène et la maintenance des locaux et équipements,
- la sécurité des installations : notamment dans les domaines incendie, alimentaire, qualité de l'eau...

**Les conditions d'organisation :** Cette catégorie comporte 11 rubriques :

- Le cadre institutionnel :
  - Respect des définitions administratives portant autorisation de fonctionner : passant par la conformité des populations accueillies aux catégories définies par les décisions administratives, et le respect des modalités d'ouverture.
  - Le projet d'établissement : son élaboration, son contenu, les liens avec le projet architectural, le projet de prise en charge, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur (conventions, interventions de bénévoles...), la mise en place d'une démarche d'évaluation.
  - La conduite générale de l'établissement : toutes les articulations entre associations gestionnaires, conseil d'administration, directeurs d'établissements, cadres de l'établissement et professionnels des équipes.
  - règlement de fonctionnement : mode d'élaboration, contenu, mise en œuvre.
  - les conditions de travail le recrutement, les effectifs, les qualifications et compétences des professionnels
  - la formation professionnelle : besoins, actions de formation et sensibilisation
  - l'organisation du travail : le règlement intérieur, les conditions de structuration du travail et le temps de travail
  - les conditions de travail : soutien des professionnels, épuisement, existence de lieux de participation et d'expression pour les professionnels
- la vigilance et la protection des personnes :
  - L'information et la chaîne de décision
  - La surveillance et la veille active
  - Le traitement des situations de violence et de maltraitance

**Les conditions de fonctionnement (10 rubriques) :**

- le déroulement du séjour et la vie dans l'établissement
  - Le projet de vie individuel : élaboration et contenu, mise en œuvre, évolution et évaluation
  - L'accueil, l'admission et les sorties sont ils préparés et organisés

- Le respect de la personne et de ses droits dans la vie quotidienne : cadre de vie, repères, rythmes de vie, respect de l'intimité, de l'individualité, de la dignité, de la vie privée exercice de la citoyenneté au cours de la vie en collectivité.
  - L'accueil des familles, des proches et de personnes extérieures
  - La protection des biens et personnes
- Les prestations comprennent les 5 rubriques suivantes : hébergement, accompagnement, éducation, soins, évaluation du fonctionnement.

De même, lorsque des recommandations ont été faites par la mission d'inspection, elles ont été relevées selon ces mêmes rubriques.

- Une troisième partie aborde les injonctions proposées par la mission d'inspection.
- Une quatrième partie fait un état des lieux des outils de la loi 2002-2 mis en place par les établissements.

#### **1.2.2.2 Analyse des données**

Ces données ont été saisies et traitées avec le logiciel Epiinfo. Leur analyse permet :

- un bilan quantitatif et qualitatif des inspections réalisées
- un descriptif des facteurs mis en lumière par les rapports réalisés suite à une inspection « préventive » et ceux réalisés dans le cadre d'une plainte
- une analyse des facteurs de risque repérés selon le type de population accueillie.

#### **1.2.2.3 Limites de l'analyse des rapports d'inspection**

Compte tenu du temps imparti, nous n'avons pas comptabilisé le nombre de fois où un rapport n'évoquait pas le sujet ou lorsque l'établissement avait mis en place des dispositifs préventifs. Seuls les facteurs de risque pointés dans les synthèses et conclusions des rapports ont été repris. Cette méthode ne permet pas une analyse statistique des données.

#### **1.2.3 Entretiens**

Parallèlement à cette étude sur dossiers, 18 entretiens semi directifs de 2 heures, ont été réalisés (Annexe II):

- au niveau des services déconcentrés DDASS et DRASS afin d'appréhender l'organisation de la mission d'inspection avec les différents services concernés, et le rôle que peuvent jouer les agents de l'Etat en dehors du temps des inspections, dans la lutte contre la maltraitance institutionnelle :

- auprès du responsable de la MRIICE

- auprès d'Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (3) et de Médecins Inspecteurs de Santé Publique (3).
- au niveau des partenaires :
- Un directeur d'IME afin de percevoir comment l'inspection avait été reçue et les conséquences qu'elle avait pu entraîner.
  - Le président d'une association gestionnaire d'établissements, pour connaître son sentiment à l'égard de la campagne d'inspections réalisée et les moyens internes mis en place dans le cadre de la lutte contre la maltraitance.
  - Un chargé de mission de l'Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UDAPEI), association fédérant plusieurs associations familiales et gestionnaires d'établissements, pour les mêmes raisons et évaluer les réactions éventuelles des familles.
  - Un chargé de mission du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI), qui a animé les divers groupes de travail ayant permis de rédiger le schéma départemental de l'enfance handicapée du Nord.
  - Un psychologue du centre d'Observation et de Guidance de Liernes (Belgique), pour connaître la réalité de la maltraitance dans les établissements de ce pays frontalier qui accueille chaque année plus de 4000 personnes handicapées de notre région.
  - Un chargé de mission de l'observatoire des maltraitances mis en place par le Conseil Général du Nord.

#### **1.2.4 Réunions**

La participation à plusieurs réunions (cf. Annexe III) a permis de compléter notre vision des divers dispositifs :

- réunion de la MIIICE avec un magistrat afin d'aborder la nécessité de mettre en place une organisation permettant de connaître les suites judiciaires des plaintes transmises par nos services
- la participation à un groupe de travail au Ministère dans le cadre de la préparation des annexes de la circulaire concernant PRISME : logiciel permettant la remontée d'information concernant la maltraitance, des services déconcentrés vers le niveau central et réciproquement.
- Observation d'une COTOREP, permettant d'observer le fonctionnement de cette commission, de prendre contact avec les difficultés des personnes handicapées, et la complexité pour les membres de la commission à donner un avis objectif et juste en évitant de faire jouer leur subjectivité.

## 1.3 DEFINITIONS

### 1.3.1 Maltraitance

Le mot «maltraitance» apparaît dans notre langue en 1987 : «mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc.). Le préfixe «mal» met l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de traiter l'autre. Dans tous les cas, la maltraitance aura des conséquences : lésions physiques, troubles de l'état général, du développement psychoaffectif et social. Souvent elle s'inscrit dans la durée, la personne maltraitée n'osant pas ou n'étant pas en capacité de s'exprimer, du fait de sa vulnérabilité.

La maltraitance est une expression de la violence, ce qui explique que souvent ces deux termes soient employés indifféremment.

### 1.3.2 Violence

Le conseil de l'Europe propose en 1987 cette définition : « *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* ».

### 1.3.3 Les différentes formes de maltraitance et de violence

La maltraitance peut être :

- Individuelle et elle correspond à un abus de pouvoir de la part d'une personne sur une autre plus vulnérable ou dépendante pour les actes de la vie quotidienne (enfant, personne âgée, personne handicapée, femme enceinte...). Elle peut se dérouler dans le milieu familial ou privé.

- Institutionnelle :

Les violences institutionnelles, sont celles que subissent les usagers dans les institutions spécialisées sociales et médico-sociales, et qui empêchent leur développement personnel. Elles peuvent être exercées par les professionnels sur les personnes accueillies, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux.

C'est le Pr TOMKIEWICZ qui décrit pour la première fois en 1982 la violence institutionnelle dans les services accueillant des enfants, comme « *toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure.* » Celle-ci peut s'exprimer sous plusieurs formes : acte intentionnel directement visible « en bosse »,

ou alors insidieuse, « en creux » survenant suite à un défaut de surveillance, une négligence ou omission, et souvent involontaire.

Le conseil de l'Europe propose en 1992 une classification des violences :

**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 et les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

**Négligences actives** : toutes formes de sévices, 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...

#### **1.3.4 Mécanismes pouvant amener à la violence institutionnelle**

Plusieurs facteurs peuvent être identifiés, en voici quelques-uns :

- Un personnel peu qualifié, tant dans les gestes techniques que dans la connaissance des besoins des personnes qu'il accompagne.
- La dépendance et/ou la défaillance intellectuelle sont pour toute personne vulnérable, des déterminants majeurs de la violence. Par un mécanisme qui renvoie au personnel soignant ou aidant, une image insupportable, celui-ci ne parvient pas toujours à élaborer une contre attitude adéquate, et pourra réagir aux souffrances dont il est témoin par des passages à l'acte<sup>3</sup>.
- Parfois le professionnel justifie son attitude comme une mesure de discipline nécessaire pour faire en sorte que « l'autre », entre dans le « moule ».
- L'usure du temps à laquelle sont confrontés les professionnels comme les personnes accueillies est aussi un élément de maltraitance. En effet, les handicapés vivent pratiquement toute leur vie dans des établissements dont ils ne sortiront jamais. Du

fait de l'accroissement de la longévité, la plupart des personnes âgées une fois entrées en maison de retraite y resteront une vingtaine d'années...

- L'entourage complaisant, ne reconnaissant pas l'acte maltraitant, ou faisant le choix de ne pas le dénoncer, permet à l'auteur de renouveler en toute impunité son comportement.
- Une violence institutionnelle existe dès qu'une violence commise sur une victime mineure ou vulnérable, par une personne ayant autorité sur elle, est couverte par une ou plusieurs personnes également dotées d'autorité. Le réflexe naturel de cacher ou nier la maltraitance donne priorité aux intérêts de l'institution sur ceux de la personne accueillie.

Si ces quelques remarques peuvent en partie expliquer l'existence de la violence institutionnelle, et permettent d'en comprendre certains mécanismes, elle n'en est pas pour autant acceptable.

Le Pr TOMKIEWICZ affirme que « *Toute institution sécrète de la violence. C'est quasi naturel* ».

Lorsque l'institution nie la possibilité d'être maltraitante, et lorsqu'elle ne met pas en place une organisation bienveillante et bientraitante à l'égard des professionnels qu'elle emploie, se constitue un terrain propice à l'émergence de situations de violences plus ou moins visibles à l'égard des personnes accueillies, qui font le lit de la maltraitance.

### **1.3.5 Bientraitance**

Ce mot n'est pas encore admis par les linguistes. Il est apparu dans le langage courant, indique une mobilisation pour un meilleur traitement, une meilleure protection, il participe à orienter les actions sur la qualité de l'offre, et conduit à réfléchir sur ce qui garantit le développement des personnes accueillies. Il semble actuellement nécessaire d'utiliser un mot à connotation positive, afin que les professionnels s'investissent dans un mouvement de réflexion permettant de modifier leurs représentations et pratiques. La mobilisation autour de la bientraitance est une démarche valorisante, elle introduit un travail sur les bonnes pratiques professionnelles.

## 2 RÔLE DE L'ÉTAT DANS LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Si le secteur de la protection de l'enfance, confié au Président du Conseil Général en 1989 lors de la décentralisation, est aujourd'hui bien organisé, l'Etat veut étendre la politique de protection et prévention de la maltraitance à l'ensemble des personnes vulnérables. Pour lutter contre ce phénomène dont l'ampleur est encore difficile à apprécier car caché, le représentant de l'Etat dans les départements est clairement désigné pour organiser la coordination sur son Territoire, des divers acteurs impliqués dans la protection des personnes vulnérables (services déconcentrés de l'Etat, Collectivités Territoriales, organismes et associations concernés).

Depuis la **circulaire N° DAS/DSF 2/98/275 du 5 mai 1998** relative à la prise en compte des situations de maltraitance à enfants au sein des ESMS, les textes visant à lever le silence sur les violences institutionnelles et invitant les institutions à collaborer, se succèdent<sup>4</sup>. Ils concernent à tour de rôle les enfants, puis les personnes âgées et plus récemment, les adultes handicapés<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>LAFORCADE M. Contrôle et inspection : nouvelles attentes, nouvelle loi. *Direction CAFDES*, mars 2004, n° 21, p.9.

<sup>5</sup> - Note d'orientation de la DAGPB / IGAS n° 99-173 du 18 mars 1999, *sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions d'inspections déconcentrées dans le domaine sanitaire et social*.

- Instruction interministérielle N° Cabinet/DGAS/2001/52 du 10 janvier 2001, *relative à la protection de l'enfance*.

- Circulaire N° Cabinet / 2001 / 157 du 23 mars 2001 *relative aux priorités stratégiques en matière de santé et d'action sociale et à l'allocation de ressources aux DRASS et DDASS pour l'exercice 2001*. Fixant dans la *Directive Nationale d'Orientation 2001* au titre de la mission de contrôle la réalisation d'un « programme d'inspection » portant sur la prévention de la maltraitance des personnes vulnérables dans les ESMS.

- Circulaire DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 *relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables*.

- Loi 2001-1066 du 16 novembre 2001 *relative à la lutte contre les discriminations*, article 8 relatif à la protection des salariés des ESMS lorsqu'ils témoignent de faits de maltraitance

- Circulaire n° Cabinet / 2002 / 97 du 14 février 2002 *relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitements et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes*.

- Circulaire N° DGAS / SD2 / 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*.

- Loi N° 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

- Circulaire n° DAGPB / MOS / MSD / 2006 / 165 du 11 avril 2006 relative à la DNO pour 2006.

Cette succession de textes est renforcée par la **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci a été codifiée dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), elle réaffirme les droits fondamentaux des usagers, et s'insère dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance institutionnelle.

Le « bureau de la protection des personnes », créé en juillet 2000 à la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), est chargé de l'élaboration et du suivi de cette politique qui se décline autour des 3 axes suivants :

## **2.1 Développer la prévention de la maltraitance**

La prévention s'élabore d'une part à l'intérieur des établissements par une amélioration de la gestion du personnel : mise en place de lieux d'écoute et d'analyse des pratiques, élaboration d'un plan de formation, organisation de la protection des personnes témoignant de mauvais traitement. D'autre part, à l'extérieur des établissements, par l'implication et la concertation des différentes autorités concernées au sein par exemple du **Comité Départemental de Prévention et de Lutte Contre la Maltraitance (CDPLCM)**, qu'il est demandé au Préfet de mettre en place dans la circulaire 2002/280 <sup>6</sup>. Cette cellule a pour mission la collecte des données (cf. infra), l'élaboration d'un programme de sensibilisation et la proposition de sites d'inspection.

## **2.2 Améliorer les procédures de signalement de maltraitance institutionnelle**

Objectif principal de la lutte contre la maltraitance, l'amélioration des procédures de signalement passe par 3 moyens :

- la création d'une cellule inter institutionnelle de traitement et de suivi des signalements (au sein du CDPLCM) : elle a pour mission de regrouper les signalements effectués par les différentes instances, analyser les signalements, coordonner la gestion et le suivi des situations de maltraitance, élaborer un protocole précis d'intervention dans les situations de crise, prévoir les modalités des enquêtes et contrôles nécessaires, centraliser les données recueillies par les différents services en constituant un fichier départemental des signalements dans la perspective de la mise en place d'un observatoire départemental des violences, à l'initiative du préfet de département.
- le recours à des personnes qualifiées dans la connaissance des mauvais traitements (art L311-5 du CASF).

---

<sup>6</sup>- Circulaire n° DGAS / SD2 / 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.*

- la création de dispositifs de recueil téléphonique des signalements de maltraitance.

## **2.3 Développer une véritable culture de contrôle des ESMS**

Jusqu'en 1999, les missions des agents des services déconcentrés DDASS et DRASS étaient plutôt tournées vers la conduite des structures pour les adapter aux besoins et aux politiques (allocations de ressources, autorisations, orientation des populations...), que dans la fonction de contrôle.

### **2.3.1 Mise en place d'une organisation administrative dédiée aux missions d'inspection**

Suite à un rapport<sup>7</sup> IGAS soulignant la nécessité de renforcer les fonctions d'inspection au sein des DDASS et DRASS, de nouvelles organisations ont été créées en 1999<sup>8</sup> :

- A l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), création de la Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection (MAFI). Elle a une fonction d'impulsion, d'appui et de contrôle a posteriori, des services déconcentrés. Chargée de vérifier l'élaboration et la mise en œuvre des programmes régionaux d'inspection, de favoriser la diffusion interrégionale des expériences, de participer à la définition des tableaux de bord et du rapport annuel d'activité des différentes régions.

La MAFI participe à la définition de programmes d'inspections annuels ou pluriannuels par le biais des Directives Nationales d'Organisation (DN0). Elle élabore et diffuse des référentiels et des guides d'inspection<sup>9</sup>.

- Au niveau régional création des Missions Régionales et Interdépartementales d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE). Leurs fonctions sont : la définition et le suivi du programme régional, l'appui technique à la conduite des contrôles et l'identification des actions de formation nécessaires.

Le contrôle régulier constitue un véritable outil de prévention et de dépistage des violences dans les institutions. Il constitue également un appui aux structures qui accueillent un public difficile. Aussi il est proposé :

---

<sup>7</sup> DESTAIS N., VINCENT G., IGAS. Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social. Code mission AFS / SE / GT 960225. Rapport, 1998, Paris, 98p.

<sup>8</sup> Note d'orientation de la DAGPB / IGAS n° 99-173 du 18 mars 1999, sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions d'inspections déconcentrées dans le domaine sanitaire et social.

<sup>9</sup>MAFI, Inspection Générale des Affaires Sociales. *Gestion administrative des plaintes, Guide des bonnes pratiques, inspection par les DRASS et les DDASS*. Paris : Editions Sicom 05193 PARIMAGE, 2006. 31p.

MAFI, Inspection Générale des Affaires Sociales. *Guide des bonnes pratiques d'inspection*. Paris. 83p.

- de généraliser les inspections : ne pas attendre un signalement ou des dysfonctionnements avérés pour justifier d'une inspection. La démarche d'inspection devrait être acceptée par tout établissement, voire sollicitée par les structures elles-mêmes dans une démarche d'amélioration du fonctionnement.
- d'ouvrir le dialogue avec les diverses administrations concernées, afin d'élaborer et organiser cette politique d'inspection et de mutualiser les connaissances et compétences.

### **2.3.2 Affirmation réglementaire de la place de l'inspection**

La loi 2002-2 fait apparaître pour la première fois de façon distincte la mission de contrôle. Elle détermine les autorités détentrices du pouvoir de contrôle, renforce les pouvoirs des agents de l'Etat et donne une échelle de sanctions.

Enfin en 2006, le contrôle et l'évaluation sont affirmés comme priorités essentielles des services de l'Etat<sup>10</sup>. Par cette action qui doit être régulière et programmée, l'Etat s'assure de la mise en œuvre de ses politiques et garantit aux concitoyens le bon fonctionnement du service rendu par les institutions sociales et médico-sociales.

### **2.3.3 La clarification des compétences des différentes autorités?**<sup>11</sup>

La loi 2002 -2 rappelait la compétence régaliennne de l'Etat pour ce qui concerne la protection des personnes. Au titre de l'ordre public, seul le Préfet de département avait compétence en matière d'injonction, nomination d'administrateur provisoire et fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, « lorsque la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation des personnes accueillies sont menacées » (art L313-13 et art L331-1 du CASF). Elle définit les agents compétents en matière de contrôle pour les établissements soumis à autorisation (binôme MISP et IASS) et de surveillance pour tous les établissements qu'ils soient soumis à autorisation ou à déclaration (agents de l'IGAS et des directions des affaires sanitaires et sociales).

Or depuis l'ordonnance du 12 décembre 2005 le législateur donne aussi à l'autorité qui a délivré l'autorisation, le pouvoir d'injonction et de fermeture si elle constate des infractions aux lois et règlements ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers, ou le respect de leurs droits. Le préfet intervient en cas de carence du Président du Conseil Général. Mais cette ordonnance ne définit pas les professionnels habilités à exercer le contrôle, ce qui met en difficulté les conseils généraux « qui ne sont pas certains de disposer des moyens légaux suffisants pour asseoir des procédures de contrôle dans le

---

<sup>10</sup> Circulaire N° DAGPB/MOS/MSD/2006/165 du 11 avril 2006 relative à la directive nationale d'orientation pour 2006.

<sup>11</sup> Ordonnance N° 2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

cadre de la protection des personnes. Pour assurer la sécurité juridique, ils font appel aux agents de l'Etat (MISP et IASS) désignés par la loi 2002-2 »<sup>12</sup>.

Le code de santé publique (CSP) mentionne également dans son article L6116-2 qu'à l'intérieur des ESMS, le contrôle est exercé à l'initiative du préfet de département.

Par ailleurs, l'autorité judiciaire et les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) peuvent également exercer un contrôle du fonctionnement des établissements et services qui mettent en œuvre des mesures décidées par le juge.

Le rapport issu du contrôle sera contradictoire, et l'établissement devra avoir la possibilité de répondre, mais en aucun cas cette procédure ne pourra bloquer l'activité d'intervention des administrations.

Dans le cas des établissements soumis à autorisation conjointe, les deux autorités ont un pouvoir d'injonction, de nomination d'un administrateur provisoire et de fermeture. En cas de désaccord, c'est la décision du Préfet de département qui prévaut.

## **2.4 Le programme d'inspection de lutte contre la maltraitance dans les ESMS**

En 2001 est présenté le champ du programme d'inspections dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la maltraitance (cf. annexe 1). Il s'agit d'une démarche de prévention et de repérage des risques de maltraitance à personnes vulnérables (enfants et adultes) dans les ESMS et les lieux de vie soumis à autorisation. Cette année la DNO reconduit ce programme<sup>13</sup>. Les inspections doivent porter sur les principaux aspects du fonctionnement et de l'organisation des ESMS, y compris l'adéquation des moyens mobilisés par la structure à une prise en charge adaptée des personnes accueillies. Compte tenu du caractère préventif du programme, l'évaluation du fonctionnement doit être envisagée dans une logique de coopération avec les établissements. Ce programme est défini pour 5 ans, et fixe pour chaque région le nombre minimum d'inspections annuelles à réaliser dans ce cadre.

Les objectifs des contrôles sont :

---

<sup>12</sup> BAS-THERON F., BRANCHU C. Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Rapport IGAS n° 2005179, mars 2006, 89p.

<sup>13</sup> Circulaire N° DAGPB/MOS/MSD/2006/165 du 11 avril 2006 relative à la directive nationale d'orientation pour 2006.

-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 dans les ESMS.

-Repérer les risques en identifiant les points critiques dans le fonctionnement de la structure et/ou dans l'attitude des personnels.

-Repérer les dynamiques existantes ou émergentes, ainsi que les points d'appui dans les établissements, afin de soutenir, développer et capitaliser les bonnes pratiques.

-Formuler toute proposition pour améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et soutenir les équipes.

-Sanctionner le cas échéant, les insuffisances et les abus, en proposant au Préfet du département d'adresser des injonctions aux établissements, dont le non-respect doit conduire à prononcer une fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive.

En dehors des inspections programmées et des inspections sur plainte, le MISP intervient dans la lutte contre la maltraitance, à de nombreux autres niveaux.

## **2.5 Le contrôle « au long cours »**

Pour les ESMS dont l'autorisation est délivrée par le Préfet de département, le contrôle est exercé par les agents des services déconcentrés de l'Etat chargés de l'instruction des dossiers lors des différentes étapes des procédures d'autorisation pour leur création, extension ou transformation. Ils interviennent aussi dans le cadre des procédures de tarification et lors de la visite de conformité. A l'occasion de ces diverses étapes, ils doivent être attentifs à ce que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement permettent de respecter la santé, la sécurité et le bien être moral ou physique des personnes hébergées.

### **3 CONTEXTE REGIONAL**

#### **3.1 Mise en œuvre régionale de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance**

##### **3.1.1 La Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE)**

Service de la DRASS, créée en 1999, il n'a pas de lien hiérarchique sur les DDASS. Les 5 professionnels qui la composent sont mis à disposition et totalisent 2 ETP. Certains d'entre eux participent à des groupes de travail de la DGAS sur le plan de lutte contre la maltraitance, la gestion des plaintes, ou l'informatisation du logiciel PRISME.

**La MRIICE a un rôle d'animation et d'appui** : en décembre 2002, elle a organisé avec l'IGAS, une formation interrégionale Nord Pas de Calais, Picardie, à l'occasion de la sortie du guide des bonnes pratiques d'inspection de la MAFI, sous la forme de 2 journées d'ateliers interprofessionnels. Par ailleurs elle propose des référentiels juridiques.

**Définition du Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation (PRIICE)** : chaque année, au vu des priorités définies par la DNO et des propositions des DDASS ce service élabore le PRIICE qui sera validé en Comité Technique Régional et Interdépartemental (CTRI). Les établissements proposés peuvent être des établissements qui n'ont jamais fait parler d'eux, et au contraire être de établissements difficiles, pour lesquels un regard pluri-professionnel s'avère nécessaire. En 2005, le temps a été fortement mobilisé par le traitement des plaintes et la mise en place des suivis d'inspection. Ces derniers mobilisent les membres de la mission d'inspection réalisée dans le cadre du programme, 1 an plus tard. Ils sont nécessaires pour s'assurer de la mise en œuvre des recommandations et injonctions. Face à ces 2 constats, les propositions pour le PRIICE 2006 seront plus modestes.

**Rôle d'harmonisation et de production du bilan d'activité** : Une réflexion sur l'optimisation de l'organisation du travail est actuellement en cours. En effet les moyens en personnels restent constants et ne permettent pas d'assurer la montée en charge de l'activité d'inspection. Comme nous l'avons vu, aux inspections liées aux plaintes se sont ajoutées les inspections programmées, et les visites de suivi.

La MRIICE doit produire un bilan annuel de ce qui a été réalisé. Ces dernières années un effort d'harmonisation a été impulsé par la coordinatrice, et s'est concrétisé en 2006 par un tableau d'activité thématique, commun aux deux DDASS. Le nombre de plaintes augmente, ainsi que celui des journées sans que l'on puisse définir la part liée à l'amélioration de l'enregistrement et du comptage devenus plus systématiques. Une

réflexion régionale a permis d'établir un bordereau de transmission des plaintes identique pour les deux DDASS.

Il n'y a pas encore de centralisation des informations concernant les fermetures d'établissements. Enfin la MRIICE souhaite centraliser un exemplaire de tous les rapports d'inspection dans leur forme définitive, afin de constituer une base. La réponse à ce souhait n'est pas encore systématique puisque sur 73 dossiers, seuls 27 s'y trouvaient.

### **3.1.2 Les services des DDASS**

Les 2 départements se sont dotés à partir de 2002, d'un service spécifique, afin de mieux coordonner et accompagner les professionnels composant les « missions d'inspection » : le service Mission d'Accompagnement Contrôle et Evaluation (MACE) pour la DDASS du Nord avec 3 agents, et le service Inspection Contrôle et Evaluation (ICE) pour la DDASS du Pas de Calais avec 6 agents. Les moyens dont sont dotés ces services diffèrent, mais l'organisation des missions aussi.

#### **3.1.2.1 Dans le département du Nord**

la MACE, est sous la responsabilité du Directeur de la DDASS. Le service applique le guide de gestion des plaintes édité par la MAFI. Une information a été réalisée auprès du service du courrier et des secrétariats des différents services, afin que toutes les plaintes soient transmises à la MACE. Ce service centralisateur, accuse réception de la plainte, l'enregistre et l'adresse avec un bordereau au service concerné pour transmission à l'Inspecteur référent (sauf s'il y a un conflit d'intérêt, notamment au niveau de financements alloués insuffisants) et s'il y a mise en cause de la prise en charge médicale, au Médecin Inspecteur du territoire dont dépend l'établissement. (Ce fonctionnement actuellement satisfaisant, il n'a pas été jugé utile de mettre en place une commission des plaintes). Ces professionnels sont chargés de l'instruction. Ils en déterminent eux même les modalités, et adressent les conclusions, le bordereau, et le rapport si une inspection a été réalisée, à la MACE. Un système de relance par le secrétariat de la MACE assure une quasi exhaustivité du remplissage des bordereaux permettant une exploitation statistique quantitative sur l'activité de gestion des plaintes. Pour ce qui est de la remontée d'informations à la DGAS, le renseignement du volet SIGNAL de PRISME n'est pas encore systématisé. Il est prévu que la MACE ouvre le dossier dans PRISME, et que ce soit l'instructeur qui renseigne les autres écrans.

Pour pallier au sous effectif en MISP, la DDASS 59 a établi une convention avec la DRASS pour que les Médecins Inspecteurs de la DRASS participent à certaines missions d'inspection des établissements du département du Nord, notamment en cas de plainte.

Pour ce qui concerne les inspections dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance la MACE tient un échancier pour les établissements figurant au PRIICE et

veille à ce que les inspections soient réalisées en étroite collaboration avec les services concernés. Pour les professionnels, le plus difficile est de coordonner les agendas pour les différentes étapes que sont la préparation, l'inspection et la rédaction du rapport. Une fois celui-ci rédigé il est adressé à la MACE pour transmission au commanditaire, au directeur de l'établissement et au gestionnaire. Depuis la création de la MACE les rapports d'inspection sont quasiment tous centralisés au niveau de ce service.

Enfin depuis 2005 la DDASS met en place un an après l'inspection programmée, une inspection de suivi pour évaluer la mise en pratique des recommandations. Cette inspection est assurée par les mêmes personnes constituant la mission d'inspection programmée. Ceci va entraîner une montée en charge des inspections de suivi. Il faut avoir à l'esprit que dans le champ du handicap chaque inspecteur de ce département a en charge 60 établissements. Il est donc difficile de leur demander d'assurer simultanément le suivi de ces établissements, l'instruction des plaintes, la participation au PRIICE et les inspections de suivi.

### **3.1.2.2 Dans le département du Pas de Calais**

Le service ICE (rattaché directement au directeur adjoint de la DDASS), est considéré comme chef de projet par rapport aux inspections dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance dans le champ social et médico-social.

Dans le cadre des plaintes : celles-ci sont maintenant centralisées, enregistrées et présentées à une commission qui se réunit tous les 15 jours, composée du directeur adjoint, des 2 chefs de pôle et d'un membre du service ICE. Cette commission décide du mode de traitement de la plainte, et s'il s'agit d'une inspection, est rédigé un courrier nommant un chef de projet. (Si les faits sont graves, il peut y avoir déclenchement de l'inspection sans attendre la tenue de la commission).

Dans le cadre du programme : la programmation est trimestrielle, et cible à tour de rôle chacun des secteurs du champ médico-social. Lorsqu'une inspection est décidée, il y a réunion entre les membres de la mission d'inspection, y compris les agents du Conseil Général ou de la CRAM, et une personne du service concerné (pôle exclusion, pôle handicap, ou pôle personnes âgées), qui connaît bien l'établissement et permet d'avoir un regard sur son antériorité. Lors de cette réunion, les objectifs de l'inspection sont fixés, les rôles définis, le calendrier établi, le protocole d'inspection et la lettre de mission sont rédigés.

Une fois l'inspection réalisée, le service ICE rassemble les différents écrits des professionnels, et met en forme le rapport qui doit être réalisés au plus tard dans les 6 semaines suivant l'inspection. Ce document est envoyé en recommandé au directeur de l'établissement contrôlé et à son gestionnaire. Dans le cadre de la procédure

contradictoire, une réponse est demandée dans les 6 semaines. Le rapport définitif, comportant la réponse de l'administration au directeur d'établissement, sera réalisé dès réception de la réponse de l'établissement, par le service ICE. Une fiche de suivi des dossiers a été établie, elle permet d'y récapituler le nombre d'heures effectivement passées par chaque agent pour les réunions, la réalisation de l'inspection et la rédaction du rapport, elle permet de voir à quelle étape se situe le dossier, et prévoit un échéancier, notamment pour les visites de suivi. Dans le cas où, le service ICE ne serait pas nommé chef de projet, le rapport est transmis par le service qui en a eu la maîtrise au service ICE pour validation par le directeur adjoint puis envoi à l'établissement contrôlé.

Pour les inspections dans le cadre des suites, ICE tient à jour l'échéancier et rappelle aux agents des services concernés les délais initialement prévus.

Pour les établissements ayant des recommandations et des injonctions à mettre en œuvre avec un échéancier précis, une réunion est organisée à la date butoir entre le Préfet, le gestionnaire, le directeur de l'établissement, et l'inspecteur chargé du suivi de l'établissement, pour faire le point des avancées. Il s'avère que depuis quelques temps, seuls le Préfet et le directeur de l'établissement sont réunis.

### **3.1.3 Liens entre DDASS, DRASS et DGAS**

Ces deux services tiennent à jour des tableaux de bord et des échéanciers, afin de rendre compte à leur directeur et à la MRIICE de l'activité d'inspection.

En principe depuis 2002, les rapports d'inspection dans leur version définitive, y sont centralisés, ce qui permet un archivage rationnel.

Par ailleurs ces services doivent assurer la transmission des informations à la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS) par le biais du volet SIGNAL du logiciel PRISME (Prévention des Risques, Inspections, Signalement des Maltraitements en Etablissement), Le degré de maltraitance entraînant un signalement dans PRISME n'est pas clairement défini et les services des deux DDASS n'ont pas les mêmes critères pour transmettre au niveau central : pour l'une tout signalement est transmis, pour l'autre uniquement les signalements ayant donné lieu à une inspection sont transmis. Les données concernant les suites judiciaires ne peuvent être transmises puisqu'elles ne sont pas connues des DDASS.

Si les administrations s'organisent, et mettent en place des outils, et des procédures pour tenter d'évaluer leur activité, les tableaux de bord mis en place dans la région, diffèrent de ceux du niveau central. La diversité de ces relevés, liée au fait que les deux niveaux ne cherchent pas les mêmes informations, peut entraîner une démotivation des agents qui ne prennent pas le temps de remplir les grilles.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les chefs de pôle doivent être informés des nominations de nouveaux professionnels sur les secteurs (notamment des MISP), afin qu'en cas de plainte, les professionnels référents de secteur soient informés. En effet un Médecin Inspecteur nous a fait part de son mécontentement apprenant incidemment qu'une inspection suite à une plainte avait été réalisée dans un établissement relevant de son secteur.

#### **3.1.4 Les relations avec la Justice :**

Il n'y a pas de relation formalisée. La MRIICE a rencontré à 2 reprises en 2005, des collaborateurs du Procureur du tribunal de Lille. L'objet étant de présenter les missions des services déconcentrés de l'Etat, et de proposer d'établir un protocole commun d'information sur les plaintes, les suites de signalements de maltraitance, et les suites d'inspection.

Le chargé de mission auprès du procureur que nous avons rencontré, après analyse attentive d'un certain nombre de plaintes de la DDASS du Nord, a proposé un classement en 4 catégories :

- Les plaintes portant sur des faits ne portant pas atteinte à la sécurité, la santé, le bien être des personnes, pour lesquelles le transfert à l'institution en cause suffit.
- Les plaintes dénonçant des dysfonctionnements mineurs, liées à une insuffisance de moyens et/ou des locaux inadaptés. Les services de la DDASS en assurent le traitement administratif sur pièce ou par une inspection. Elles ne relèvent pas d'un signalement aux autorités judiciaires.
- Les plaintes dénonçant des maltraitements graves et des négligences liées à des dysfonctionnements importants de la structure. Elles nécessitent un signalement immédiat aux autorités judiciaires, et n'excluent pas un traitement administratif par la DDASS.
- Les plaintes dénonçant des maltraitements physiques ou des négligences graves portant atteinte à l'intégrité physique. Elles doivent être transmises immédiatement à l'autorité judiciaire qui recherchera un auteur qui pourra être différent de la structure. Parallèlement l'enquête administrative pourra être menée par la DDASS.

Les collaborations possibles entre les 2 administrations qui ont été évoquées comprennent :

- La nécessité d'avoir un référent dans chacun des tribunaux du territoire.
- La mise en place d'une fiche navette entre la DDASS et le Parquet, pour information mutuelle des plaintes, modalités de traitement, et des décisions prises.
- La possibilité de travailler sur des signalements difficiles avec les services de police ou de gendarmerie dans le respect des compétences de chacun

- La possibilité d'organiser une formation destinée aux professionnels des 2 administrations, sur le contentieux administratif et pénal.

Les jalons ont été posés et doivent maintenant être discutés entre les Procureurs du département et les directeurs des DDASS.

### **3.1.5 Les relations avec les Conseils Généraux**

A ce jour, aucun des préfets n'a mis en place la commission départementale de lutte contre la maltraitance, qui permettrait d'être un espace de dialogue pour coordonner la lutte contre la maltraitance institutionnelle. Néanmoins, les deux départements assurent des inspections avec des agents du Conseil Général lorsque l'autorité est conjointe.

Dans le Pas de Calais, le Conseil Général sollicite les services de l'Etat pour les foyers de vie accueillant des adultes.

Pour ce qui est des Maisons d'enfants à caractère social dont la compétence exclusive revient au Président du Conseil Général, les services de l'Etat reconnaissent ne pas instruire les plaintes du fait du manque de moyens humains. Ils n'ont pas mené d'inspection dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance car il serait nécessaire d'entamer le dialogue avec les Conseils Généraux, pour que cette démarche de prévention puisse être acceptée et planifiée.

Le Président du Conseil Général du Nord déclaré chef de file de la coordination des politiques sociales sur son territoire<sup>14</sup> a créé un observatoire de la maltraitance en Décembre 2004. Il se veut être un espace interinstitutionnel favorisant les échanges autour de la prévention de la maltraitance envers les personnes vulnérables et des bonnes pratiques professionnelles, proposer un réseau de soutien aux professionnels, développer un outil permettant de caractériser les typologies de maltraitance et informer les publics.

### **3.1.6 Antennes d'écoute téléphonique**

Pour la protection de l'enfance le N° national 119 et les dispositifs des conseils généraux sont opérationnels.

Pour les personnes âgées, l'association ALMA-Nord existe depuis 6 ans sur un territoire regroupant le Nord Pas de Calais et la Picardie. Elle reçoit environ 400 appels par an dénonçant des faits de maltraitance envers des personnes âgées. 60 à 80 d'entre eux, sont considérés chaque année comme nécessitant une prise en charge. 80% représentés par de la maltraitance intra familiale, et 20% de la maltraitance institutionnelle. En 2004 sur 314 appels, 17 appels ont été considérés comme recevables et relevant de la

---

<sup>14</sup> Loi N° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

maltraitance institutionnelle. 6 ont été transmis à la DDASS, et 2 aux services sociaux des Conseils Généraux, pour traitement.

Cette association a pour projet d'étendre l'écoute téléphonique aux personnes handicapées, d'ici l'année 2007.

### 3.2 Eléments démographiques et économiques<sup>15 16</sup>

Avec plus de 4 millions d'habitants, la Région Nord Pas de Calais a une densité de population 3 fois supérieure à celle de la France. Elle comprend deux départements : le Nord, premier département de France avec ses 2,5 millions d'habitants et le Pas de Calais 1,5 millions d'habitants.

Avec un taux de natalité de 13,7/100 habitants et un indice de vieillissement de 49,8 personnes de 65 ans et plus / 100 personnes de moins de 20 ans, la région est une des plus jeunes du pays (ces indices étant respectivement de 12,7 et de 65 pour la France).

Des indicateurs économiques défavorables, tant du point de vue des ressources que de la situation de l'emploi. Notre région se caractérise par une part importante de la population touchée par la précarité :

Tableau 1 : Taux de bénéficiaires d'allocations de ressources en 2004 :

| Bénéficiaires                        | Région                               | France   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------|
| De l'Allocation Parents Isolés (API) | 21,8 / 1000 femmes de 15 à 49 ans    | 11,9/100 |
| du Revenu Minimum d'Insertion (RMI)  | 45,6 / 1000 personnes de 20 à 59 ans | 30,9/100 |
| de la Couverture Maladie Universelle | 10,8 %                               | 6,8%.    |
| taux de chômage                      | 13,1%                                | 10%      |

### 3.3 Problématique des populations et équipement médico-social

#### 3.3.1 Personnes handicapées

Bien que les taux d'équipement régionaux pour l'accueil des personnes handicapées, soient en général plus élevés que les taux Nationaux, notamment dans le Pas de Calais, ils sont insuffisants pour couvrir les besoins de la population. En effet notre région présente un taux de personnes handicapées plus élevé qu'ailleurs.

De nombreux indicateurs défavorables concourent à expliquer le taux de prévalence élevé du handicap : insuffisance du dépistage prénatal et des mesures de prévention des

<sup>15</sup> DRASS Nord Pas de Calais. *STATISS 2005 Nord Pas de Calais*. Lille.

<sup>16</sup> Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord Pas de Calais. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 – 2011*. Lille 2006.

naissances à risque, impact sur la santé de l'environnement et de l'habitat, données sociales très défavorables touchant particulièrement les jeunes.

Tableau 2 : Taux de bénéficiaires d'allocations liées au handicap :

| allocations   | Région                    | France |
|---|---------------------------|--------|
| Allocation d'éducation spéciale (AES) : 12 000 jeunes | 10,3/00 jeunes <20 ans    | 8,4    |
| Allocation adulte handicapé (AAH)                     | 21,3/00 personnes ≥20 ans | 16,6   |

- En 2004, plus de 1000 enfants étaient en attente d'entrée en établissement et service soit 1/6ème des places installées. Si l'on ajoute les 1099 enfants de la région accueillis en Belgique, il faudrait créer 30% de places supplémentaires<sup>17</sup>. Le taux de prise en charge par le département du Nord et la Belgique était globalement de 87%.

- La cour des comptes<sup>18</sup> relevait fin 2001, 6 895 demandes non satisfaites enregistrées dans les établissements pour adultes handicapés de la région, ce qui signifiait que plus de 1,7 pour 1000 étaient en attente d'une place. Fin 2003, la Belgique accueillait 3000 adultes de la région.

- En 2003, 245 jeunes de plus de 20 ans, de la région, résidaient dans des établissements pour enfants et adolescents handicapés au titre de l'amendement Creton.

La proportion de personnes handicapées de plus de 60 ans hébergées a connu une très forte augmentation du fait du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie. En 1991, 34% des personnes résidaient depuis 10 ans ou plus en établissement pour adultes handicapés, ce rapport passe à 42% en 2001.

Compte tenu de l'écart en équipement entre les deux départements, il est prévu de procéder progressivement à un rééquilibrage au profit du Nord.

Dans le volet prise en charge des enfants et des adolescents du SROS III il est clairement énoncé la nécessité de mieux coordonner les différents intervenants des champs social et médico-social avec ceux de la prévention et du soin, afin d'améliorer la prise en charge des enfants handicapés. Dans les schémas de l'enfance handicapée la prévention de la maltraitance est citée.

### 3.3.2 Personnes âgées

18, 6% de la population a plus de 60 ans, et certains territoires sont repérés comme ayant une population plus âgée. Le nombre des personnes âgées augmentera particulièrement dans notre région, dans les années à venir, ainsi que celui des problèmes de santé

<sup>17</sup> DDASS du Nord. *Schéma Enfance Handicapée du Nord 2004-2008*. Lille, 30 décembre 2004.

<sup>18</sup> Cour des comptes. *La vie avec un handicap. Rapport au Président de la République*. Juin 2003.

mentale et des pathologies chroniques. 18% des plus de 75 ans, sont atteints de démence, dont seulement 20% sont diagnostiquées. 7,5% des personnes de plus de 60 ans bénéficient d'une aide à l'autonomie (APA), et parmi celles-ci, 24,1% vivent en établissement. Les tableaux ci-dessous mettent en évidence un nombre de bénéficiaires de l'APA dans la région plus élevé qu'en France et un sous équipement en matière d'hébergement notamment dans le Pas de Calais.

Tableau 3: taux de bénéficiaires APA et taux d'équipement pour l'hébergement des personnes âgées :

| <b>Bénéficiaires</b> | <b>France</b> | <b>Région</b> | <b>Nord</b> | <b>Pas de Calais</b> |
|----------------------|---------------|---------------|-------------|----------------------|
| <b>APA</b>           | 170           | 186,46        | 165,4       | 219,34               |

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus (1/1/04) :

| <b>équipement</b>              | <b>France</b> | <b>Région</b> | <b>Nord</b> | <b>Pas de Calais</b> |
|--------------------------------|---------------|---------------|-------------|----------------------|
| <b>Structure d'hébergement</b> | 130,4 lits    | 118,02        | 129,03      | 100,83               |
| <b>Lits médicalisés</b>        | 73,2          | 70,7          | 77,49       | 60,11                |

Le PRIAC prévoit de créer de nouvelles places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes dans les secteurs les moins bien équipés.

Le SROS III de la région, prévoit une prise en charge des personnes âgées articulant simultanément les champs sanitaire, médico-social et social. Le développement des coordinations entre les acteurs concernés est nécessaire pour une plus grande fluidité des prises en charge et afin d'apporter des réponses à la globalité des besoins. Enfin il inscrit la prévention et le repérage des situations de maltraitance comme l'un des thèmes prioritaires pour les formations continues des professionnels de santé des établissements.

### **3.3.3 Populations en difficulté sociale**

Nous avons vu plus haut les mauvais indicateurs, expliquant une grande précarité de notre population. Sur les 10 dernières années, l'offre d'hébergement a connu une très forte augmentation, surtout au profit des places d'urgence. Par ailleurs les conditions d'hébergement se sont sensiblement améliorées, par une humanisation des locaux. Enfin, la professionnalisation des équipes éducatives a été renforcée<sup>19</sup>.

Mais face à ces avancées, la demande d'hébergement ne cesse de croître : entre mars 2000 et Mars 2003, la progression a été de 38%. Elle touche les hommes seuls, un public jeune de moins de 25 ans, des demandeurs d'asile, et on remarque une forte augmentation de demandes d'hébergement pour les familles. Enfin, en 2002, 33,5% des demandes n'ont pu trouver de réponse. Les constats sont équivalents pour le Pas de

<sup>19</sup> DDASS du Nord. Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion du Nord 2004-2007. Lille, décembre 2004.

Calais<sup>20</sup>. Même si le taux d'équipement de la région (1.17/00 adultes de 20 à 59 ans) est supérieur à celui de la France (0,94) il est très insuffisant au regard des besoins.

### 3.4 Professionnels en activité

La région présente un déficit de professionnels de santé, prédominant dans le Pas de Calais. D'une manière générale, la densité en médecins de la région est de 14% inférieure à celle de la France. Ce déficit se manifeste pour les spécialistes, et surtout pour les spécialistes salariés non hospitaliers (-35%). Les médecins spécialistes les plus déficitaires sont les psychiatres (-44%)<sup>21</sup>.

Dans les structures médico-sociales, il existe des difficultés de prise en charge globale par manque de certaines catégories de personnels soignants et de financement ad hoc : ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes.

De plus, pour les établissements accueillant des personnes handicapées, deux phénomènes sont observés : des difficultés de recrutement liées au manque d'attractivité de la Région, absence chez les candidats de qualifications indispensables à l'accompagnement des personnes, et des parcours professionnels chaotiques issus de reconversions non choisies. (Un directeur nous dira même qu'historiquement, la mutation dans son établissement était en général liée à une sanction). La part d'agents non diplômés atteint parfois des niveaux importants<sup>22</sup>.

Par ailleurs, pour les établissements accueillant des personnes âgées, il manque des praticiens formés à la gériatrie pour mettre en œuvre la médicalisation des structures. 67 ETP existent actuellement, le besoin est d'au moins 42 ETP supplémentaires.

---

<sup>20</sup> DDASS du Pas de Calais. Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion du Nord 2002-2004. Arras.

<sup>21</sup> Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord Pas de Calais. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 – 2011*. Lille 2006.

<sup>22</sup> URAPEI Nord Pas de Calais. Pour un plan d'urgence régional, Le livre Blanc du handicap mental. Mai 2006. 20p

## 4 RESULTATS

### 4.1 Généralités

84 inspections réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2004, figuraient sur les tableaux de bord de la MRIICE. Après avoir effectué des recherches auprès des 7 services concernés à la DRASS du Nord Pas de Calais et dans les 2 DDASS, seuls 73 rapports d'inspection ont pu être étudiés. En effet, certains n'ont pu être retrouvés du fait d'un défaut d'archivage.

Tableau 4 : Répartition des inspections réalisées selon leur type

| <b>Type d'inspection</b>   | <b>Total</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|--------------|----------|
| <b>Programmée</b>          | 33           | 45.2     |
| <b>Sur Plainte</b>         | 31           | 42.5     |
| <b>Suites d'inspection</b> | 9            | 12       |
| <b>Total</b>               | 73           | 100      |

Au vu du nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux de la région Nord Pas-de-Calais, la Directive Nationale d'Objectifs demandait d'en inspecter 15 par an dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance. Avec 33 établissements inspectés en 3 ans, l'objectif a été atteint à 73,3%. Les inspections programmées n'ont débuté qu'au second semestre 2002 et représentent une activité régulière de 6 et 7 par semestre. Si l'on rapporte le ratio à une activité de 2,5 ans, l'objectif est atteint à 88%.

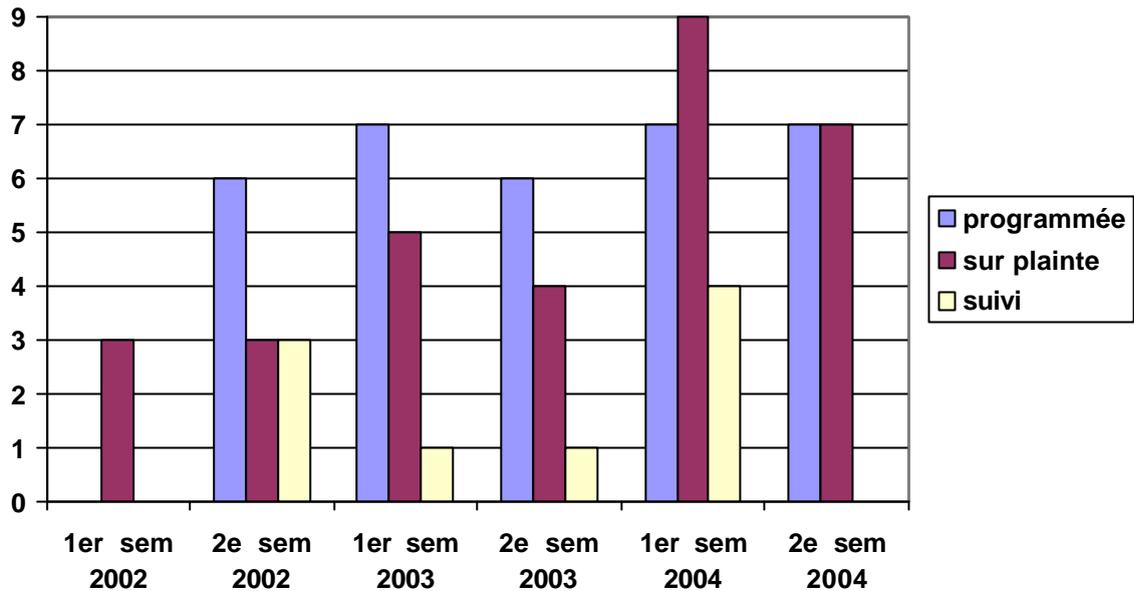
Parmi ces rapports, nous avons quasiment le même nombre d'inspections réalisées dans le cadre de la programmation que d'inspections réalisées sur plainte. Nous emploierons le terme de plainte non pas au sens judiciaire, mais au sens courant. Il englobe les requêtes, doléances, ou les réclamations mettant en cause un établissement accueillant du public<sup>23</sup>.

Enfin, 9 inspections « de suites » ont été réalisées dans l'année suivant l'instruction d'une plainte. Leur finalité est de suivre la mise en place des préconisations. Un chapitre leur sera consacré. 6 inspections sur les 9 réalisées, l'ont été dans le Pas de Calais.

Répartition des inspections selon leur type et le semestre de réalisation :

---

<sup>23</sup> MAFI, Inspection Générale des Affaires Sociales. *Gestion administrative des plaintes, Guide des bonnes pratiques, inspection par les DRASS et les DDASS*. Paris : Editions Sicom 05193 PARIMAGE, 2006. 31p.



Le nombre d'inspections réalisées a un peu plus que doublé entre 2002 et 2004 : le nombre d'inspections programmées est stable en revanche on note une nette augmentation des inspections déclenchées suite à une plainte.

#### 4.2 Type d'établissements

Tous types d'inspections confondus, 66 établissements ont été concernés : 36 pour le département du Nord et 30 pour le département du pas de Calais.

19 établissements sur 143 accueillant des enfants handicapés soit 13,2% d'établissements inspectés

12 établissements sur 349 accueillant des adultes handicapés (3,4%)

23 établissements sur 485 accueillant des personnes âgées (4,7%)

11 Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sur les 65 de la région (17%).

1 établissement d'hébergement du Ministère de la Justice pour mineurs

Si le nombre d'inspections sur plainte dans les établissements accueillant des enfants est stable, celui des établissements accueillant des personnes âgées est passé de 1 en 2002 à 10 en 2004.

### **4.3 Composition de la mission d'inspection**

#### **4.3.1 Une mission pluri-institutionnelle**

Dans un peu plus d'une inspection sur 4, il y a eu mutualisation des agents de la DDASS et de la DRASS. Ceci a concerné 18 établissements du Département du Nord et 1 établissement du Pas de Calais.

Les autres institutions ayant participé sont :

- D'autres services de l'Etat : DDJS, DSV, PJJ, Trésorerie Générale dans 4 inspections
- Le Département (Conseil Général) dans 40% des inspections : 10 établissements accueillant des adultes handicapés et 19 établissements accueillant des personnes âgées. Cette collaboration a été pratiquée dans les mêmes proportions dans les deux Départements.
- L'Assurance Maladie a pour sa part été présente dans 16% des cas : 9 établissements accueillant des enfants handicapés et 3 établissements accueillant des adultes handicapés. Cette participation est à noter uniquement pour le Pas de Calais.

#### **4.3.2 Une mission pluridisciplinaire**

Toutes institutions confondues, en moyenne 4,8 professionnels ont composé les missions d'inspection (minimum=2, médiane=5, maximum=8)

pour les services déconcentrés de l'Etat, en moyenne 3,8 professionnels ont participé (minimum=1, médiane=4, maximum=8)

les professionnels impliqués sont essentiellement :

les Inspecteurs : seules 4 inspections ont été réalisées sans eux. Dans 34 cas un Inspecteur était présent, dans 31 cas ils étaient 2.

les médecins inspecteurs : 13 Inspections ont été réalisées sans MISp soit dans 17,8% des cas. Un MISp dans 50 inspections, et pour 9 inspections ils étaient 2.

les secrétaires administratifs : présents dans 52% des inspections, ils sont 2 pour 11 inspections. (tableau 6).

Il est à noter qu'aucune mission d'inspection n'a comporté de Pharmacien Inspecteur de Santé Publique. En effet dans le cadre du Programme, ce corps de professionnels n'est pas associé.

#### **4.3.3 Durée de l'inspection**

En moyenne la mission d'inspection s'est déplacée dans les établissements pendant 2,1 jours (minimum=1jr, Médiane=2jrs, maximum=5 jrs) (tableau 7). Nous sommes conscients

que cette donnée est insuffisante pour évaluer le temps de travail nécessaire pour mener à bien une inspection. En effet, le temps de préparation, puis le temps de rédaction n'ont pu être comptabilisés dans notre étude.

#### 4.3.4 Forme du rapport

Si 88% des rapports d'inspection réalisés dans le cadre du programme, suivent le plan du guide, on note que 78% des rapports réalisés dans le cadre d'une plainte ne le suivent pas. Ceci est lié au fait que dans le cadre d'une plainte, l'inspection est orientée dès le début sur les facteurs de risque dénoncés, par la lettre de mission (tableau 8).

Seuls 48% des rapports étudiés comprenaient la procédure contradictoire, en effet il n'a pas été possible de retrouver toutes les versions définitives des rapports, nous ne pouvons donc évaluer la fréquence réelle de cette procédure. (Tableau 9).

Le rapport comprend en moyenne 20 pages : 26 pages pour un rapport réalisé dans le cadre du programme (avec un minimum de 7 pages et un maximum de 87 pages), et 16 pages pour un rapport réalisé dans le cadre d'une plainte (avec un minimum de 3 pages et un maximum de 68 pages).

Dans plusieurs rapports, il n'est pas possible d'identifier les agents signataires, leur prénom et leur fonction n'étant pas désignés.

#### 4.4 Analyse des rapports d'inspection réalisés dans le cadre des plaintes

31 inspections ont été réalisées dans le cadre de l'instruction d'une plainte et 9 inspections dans le cadre du suivi de l'instruction, dans les 6 mois à un an suivant la première inspection. Cela a concerné 35 établissements :

Tableau 5 : répartition des inspections sur plainte selon le type d'établissement :

| Nombre d'établissements inspectés<br>selon le type de population accueillie        | Type d'inspection   |
|--|---|
| Personnes âgées : 17<br>(dont un accueil familial)                                 | - 14 instructions<br>- 3 établissements pour les quels nous avons uniquement les rapports des visites de suivi. l'un de ces établissements a eu 3 visites de suivi. |
| Adultes handicapés : 10<br>(dont un accueil familial,<br>et un centre de vacances) | - 9 instructions dont 1 établissement ayant bénéficié aussi d'une visite de suivi<br>- 1 établissement dont nous ne possédons que la visite de suivi                |
| Enfants handicapés : 6   | - 6 instructions dont 1 établissement ayant bénéficié de 2 visites de suivi   |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | - A noter que 2 établissements avaient bénéficié d'une visite programmée quelques mois auparavant. |
| Population en difficulté sociale : 1 | - 1 instruction  |
| Centre d'hébergement PJJ : 1         | - 1 instruction  |

Les établissements accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés ont fait l'objet du plus grand nombre de plaintes.

#### 4.4.1 Typologie des plaintes

Les plaintes reçues ont été classées dans le tableau ci-dessous selon la nomenclature du conseil de l'Europe, et elles sont ensuite illustrées par des extraits de rapport.

Tableau 6 : typologie des plaintes reçues entre 2002 et 2004 dans la région Nord Pas de Calais :

| <i>Population accueillie</i>                     | <i>Personnes Agées<br/>N=17</i> | <i>Adultes handicapés<br/>n=10</i> | <i>Enfants handicapés<br/>n=6</i> | <i>CHRS<br/>n=1</i> | <i>Foyer PJJ<br/>n=1</i> | <i>TOTAL</i> |
|--|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------|
| <b>1. Violences médicales ou médicamenteuses</b> | 10                              | 2                                  | 2                                 |                     |                          | <b>14</b>    |
| <b>2. Violences physiques</b>                    | 2                               | 3                                  | 3                                 |                     | 1                        | <b>9</b>     |
| <b>3. Violences matérielles et financières</b>   | 3                               | 2                                  | 1                                 |                     |                          | <b>6</b>     |
| <b>4. Violences psychiques ou morales</b>        | 1                               | 1                                  | 3                                 |                     |                          | <b>5</b>     |
| <b>5. Non respect d'autorisation</b>             | 2                               | 1                                  |                                   |                     |                          | <b>3</b>     |
| <b>6. Négligences actives</b>                    | 1                               | 1                                  | 1                                 |                     |                          | <b>3</b>     |
| <b>7. Négligences passives</b>                   | 1                               | 1                                  |                                   |                     |                          | <b>2</b>     |
| <b>8. Privation ou violation de droits</b>       |                                 |                                    |                                   | 1                   |                          | <b>1</b>     |

1 établissement peut avoir plusieurs motifs de plainte. Dans 3 rapports le motif des plaintes n'a pas pu être identifié.

Les plaintes les plus fréquentes concernent le manque de soins élémentaires : toilettes, hygiène de la personne, le défaut de soins ou l'inadaptation du traitement. Elles sont regroupées sous le terme de **violences médicales ou médicamenteuses**.

Ensuite ce sont les **violences physiques** : agressions sexuelles (soit par des professionnels de l'établissement, soit entre résidents), gestes violents de la part des éducateurs (coups de poings).

**Les violences matérielles** correspondent à des **locaux inadaptés** à l'accueil des personnes, parfois dangereux comme dans cet établissement accueillant des adultes handicapés où le rapport décrit : « *infiltrations d'eau endommageant gravement les*

*planchers : risque d'effondrement par endroits) et compte tenu de la présence de nombreux fils électriques disposés entre les faux plafonds et le plancher des niveaux supérieurs, risque d'électrocution pour les résidents ; non conformité des escaliers : absence de protection contre les chutes, accès direct d'une chambre sur l'escalier (...). Par ailleurs l'établissement est séparé d'une voie ferrée par un simple muret, et il se situe sur 2 sites séparés par une route nationale, où se trouvent des ateliers occupationnels (ce qui multiplie les déplacements des résidents). Enfin il est difficile de contrôler les allées et venues des résidents entre ces deux sites. »*

Citons un centre de vacances qui se déroulait dans un établissement scolaire totalement inadapté à l'accueil d'adultes handicapés.

Pour ce qui concerne les **violences financières**, Cette rubrique comprend les plaintes concernant la mauvaise gestion de l'argent de poche, l'impossibilité de récupérer les biens de la personne qui était accueillie.

Les **violences psychologiques** consistaient en du harcèlement moral, des propos insultants et grossiers de la part du personnel envers les résidents.

Enfin, citons pour illustrer les **négligences actives** cet extrait édifiant : « *un professionnel a donné le poivrier à un autre professionnel qui a copieusement poivré le yaourt, le gruyère et le verre d'eau de Mme X. A l'absorption de ces aliments Mme X a déclaré - ça pique -. Un des professionnels lui a répondu - en Allemagne on mange tout - faisant référence à l'attachement de cette résidente à ce pays. Les 2 professionnels se sont bien amusés de la scène* ». Dans un autre établissement une personne qui peinait à se déplacer n'était pas aidée par les professionnels, lors des déplacements entre sa chambre et la salle à manger.

#### **4.4.2 Analyse quantitative des facteurs de risque mis en évidence lors de l'inspection**

Le « guide de repérage des risques de maltraitements et de violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux », identifie 26 rubriques de facteurs de risque (cf. tableau 10).

En moyenne les instructions de plainte, ont identifié pour chaque établissement 8.5 rubriques de facteurs de risques, dont la moitié concerne les conditions d'organisation.

Les rubriques le plus fréquemment mises en cause par les 31 rapports concernés sont : Les facteurs de risque concernant **les soins** dans plus des deux tiers des cas (n=21). Ensuite viennent les risques liés à une mauvaise **organisation du travail** (n=18).

Puis viennent dans un peu plus de la moitié des cas (n=17) : le manque de formalisation du projet individuel des résidents, les carences dans les modalités de recrutement, les effectifs et la qualification du personnel, ainsi que le manque d'hygiène et de maintenance des locaux et du mobilier.

Pour la moitié des rapports, la vigilance et la protection des personnes (rubriques 9,10 et 11) sont mal organisées et formalisées (n=15). La sécurité des locaux est pointée dans le même nombre de cas.

#### **4.4.3 Conclusions de la mission d'inspection**

Si nous considérons les rapports sur plainte et dans le cadre du suivi, les 35 établissements ont bénéficié de préconisations concernant l'amélioration des conditions d'installation, d'organisation (notamment la mise en place des outils de la loi 2002-2) ou de fonctionnement.

Dans 5 cas l'instruction a conclu que la plainte n'était pas fondée. A chaque fois il a pu être mis en évidence des tensions entre les plaignants et l'équipe de l'établissement, par manque de dialogue et d'explications, il a été mentionné que l'intervention d'un psychologue pourrait être utile parfois pour permettre aux familles de ne pas se sentir coupables ou responsables de ce que vit l'un des membres de leur famille, et de désamorcer leur agressivité.

16 établissements ont été l'objet d'injonctions (1 établissement a pu en avoir plusieurs) qui se distribuent de la manière suivante :

- Suivi de l'établissement par l'autorité compétente : 2
- Faire la demande d'autorisation de fonctionner auprès de l'administration compétente : 1
- Demande d'avis auprès de l'inspection du travail : 2 (dont 1 établissement lors de la visite de suivi)
- Demande de l'avis de la commission de sécurité : 1
- Saisine du conseil d'hygiène départemental : 1 lors de la visite de suivi
- Réorientation des usagers : 4 (dont 2 établissements lors de la visite de suivi)
- Saisine du procureur : 4 (dont 1 établissement lors de la visite de suivi)
- Administrateur provisoire : 1
- Arrêt immédiat d'une activité non autorisée : 1
- Fermeture totale et provisoire : 1
- Fermeture totale et définitive : 3 (dont 1 établissement lors de la visite de suivi)

Par ailleurs, un suivi très régulier a été mis en place pour accompagner la réorganisation interne de 3 établissements. Il était en effet impossible de proposer leur fermeture. Il

aurait fallu réorienter 81 enfants présentant des troubles graves du comportement, 155 enfants présentant un handicap moteur et 70 enfants présentant un déficit intellectuel avec un handicap associé.

-Dans 1 cas, une enquête judiciaire était en cours parallèlement à l'instruction des services DRASS et DDASS. L'investigation sera poursuivie par l'IGAS.

#### **4.4.4 Réponse des établissements aux recommandations**

Sur les 6 établissements pour lesquels nous avons les rapports de visites de suivi réalisées en général dans les 6 à 12 mois suivant l'instruction : 3 ont sensiblement amélioré leurs pratiques. 3 autres établissements n'ont pas su se mettre en conformité avec ce qui était attendu.

A titre d'exemple, voici l'historique d'1 établissement pour lequel 3 inspections de suivi ont été réalisées au cours de la période étudiée (2002-04) :

12/11/01 inspection sur plainte dans le cadre de la survenue d'un cas de gale et de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire. La mission d'inspection constate : une surcapacité d'accueil (22 personnes) par rapport à l'arrêté d'autorisation (16 places), et confirme les faits mentionnés par la plainte. Sont préconisés : l'application du protocole de traitement de la gale, observer les règles de sécurité alimentaire, requérir l'intervention d'une infirmière libérale pour la préparation des piluliers, et la prise en charge des toilettes des personnes les plus dépendantes, revenir à la capacité autorisée dans les 3 mois, établir un contrat de séjour, fournir le procès verbal de la commission de sécurité.

17/07/02 visite de suivi : aucun résident n'a été réorienté, le non respect de l'autorisation tant en termes de capacité que de profil de la population accueillie persiste (Accueil de personnes dépendantes alors que la demande de transformation en EHPAD a été refusée). Pas d'amélioration concernant l'hygiène alimentaire, le contrat de séjour, et la qualification du personnel pour assurer les soins et la dispensation des traitements. Le planning du personnel n'est pas conforme au droit du travail. De plus, la visite met en évidence une dégradation de l'entretien des chambres, et une gestion des médicaments non conforme à la réglementation. Il est demandé de réorienter les personnes présentant une dépendance supérieure à un GIR 4, et proposé l'envoi du rapport à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DTEFP)

11/04/03 : visite de suivi : aucune amélioration. Proposition de réactualiser le « girage » et relogement des résidents ayant un  $GIR_{\geq 4}$ .

6/10/03 : aucun changement n'est constaté, l'organisation de l'évacuation des personnes ayant un  $GIR_{\geq 4}$  est assurée par la préfecture.

5/04/04 : nouvelle plainte, la mission d'inspection demande la réorientation des personnes de  $GIR \geq 4$  et propose la saisine du procureur. De plus, elle demande la réalisation des travaux demandés par la commission de sécurité fin 2003.

Suite au courrier du préfet la directrice et gérante informe l'administration de sa décision d'arrêter l'activité à la fin de l'année 2004, et de la mise en vente de l'immeuble.

Cet établissement a proposé des conditions d'accueil inacceptables, la direction n'a pas remis en cause ses pratiques pour garantir un accueil et une prise en charge sûrs de ses résidents. Aurait-il fallu diminuer l'intervalle entre les différentes inspections ? Lors de chaque inspection de suivi, de nouvelles remarques sont effectuées par la mission, sur des champs qui n'avaient pas été explorés auparavant. Quelle place a occupé l'administration compétente qui pourtant était présente lors de chacune des inspections ?

Parmi les 11 établissements pour lesquels une saisine du procureur, une réorientation des personnes hébergées ou une fermeture ont été proposées, 5 accueillaient moins de 20 personnes et étaient plutôt des structures à gestion familiale employant du personnel non qualifié. Il y avait 2 accueils familiaux, et un établissement de fait.

Aucun ne respectait l'autorisation de fonctionner délivrée par l'autorité compétente que ce soit en termes de capacité, ou de profil des personnes hébergées. Pour certains, ils avaient fait l'objet à plusieurs reprises d'un refus de transformation en EHPAD. 1 arrêt immédiat d'accueil de jour a été demandé, pour un établissement n'ayant pas d'autorisation pour cette activité. Cet établissement était par ailleurs sous arrêté de fermeture en attente de la fin de réalisation des travaux. En réalité il n'avait jamais interrompu son activité. Ces remarques mettent en évidence une difficulté à s'assurer de l'effectivité des décisions prises par l'autorité administrative.

#### **4.4.5 Vécu des établissements et des gestionnaires d'établissement lors des instructions de plaintes**

Lors des entretiens réalisés, un directeur d'établissement nous a déclaré avoir été inspecté 10 jours après sa prise de fonction dans le cadre d'un suivi d'instruction. Le rapport d'instruction ne lui avait pas été remis. La DDASS lui demandait les mesures prises à l'égard des agresseurs présumés. Ce contexte a totalement modifié les conditions de sa prise de fonction qui étaient ainsi rendues difficiles. Mais il a saisi cette inspection comme une véritable opportunité, pour faire le diagnostic de l'établissement. Il a découvert progressivement, en analysant les archives, les documents des professionnels (cahiers de liaison, comptes rendus...) et en s'entretenant avec tous les salariés, les pratiques professionnelles maltraitantes à l'égard des enfants accueillis. Il a négocié avec la DDASS un délai et un échéancier précis pour permettre la mise en place

des recommandations, et lors de la seconde visite, les progrès étaient réels. Néanmoins malgré la dynamique qu'il a essayé d'impulser dans ses équipes, le thème « maltraitance » a été très mal perçu. Il s'est heurté à une loi du silence, un déni et à la réticence de certains professionnels exerçant depuis plus de 25 ans dans l'établissement. Les syndicats sont intervenus, car l'image de l'établissement était ternie, dès lors que l'on osait parler ouvertement de ce thème. L'association gestionnaire ne l'a pas toujours soutenu (perte du dossier proposant les sanctions disciplinaires, non transmission des demandes de financement de travaux au CROSMS). En revanche, tous les établissements gérés par la même association ont bénéficié d'une formation sur la maltraitance, et à l'initiative de ce directeur, il a été acté la création d'un observatoire de la maltraitance propre aux établissements de cette association.

Pour ce directeur la démarche de formalisation des écrits demandés par la loi 2002-2 « *permet d'éviter l'improvisation et d'avoir l'attitude la plus adaptée et réfléchie possible lorsque survient un évènement indésirable. Ils servent à limiter le plus possible le risque pris par l'institution. Il est nécessaire de repérer les grands domaines d'activité (gestion budgétaire, soins, éducation, restauration, les décliner en sous activités, décrire les processus d'activité, les procédures pour arriver au niveau le plus fin qui correspond aux bonnes pratiques professionnelles. Pour cela il faut déjà regarder ensemble ce qui est pratiqué de façon empirique, et formaliser par écrit ce qui est une bonne pratique* ». Ce directeur milite pour la mise en place consciente et acceptée du contrôle interne. Il trouve plus valorisant de montrer aux tutelles, qu'un travail de réflexion a été mené, et qu'il a abouti à une certaine organisation « *plutôt que d'attendre qu'un contrôle mette le doigt sur les problèmes* ». Il décrit une ancienne génération de directeurs qui ont été éducateurs, qui nient les difficultés « *ça n'est pas possible, je connais trop bien les éducateurs* » et qui ont des difficultés à entrer dans la démarche, et la nouvelle génération de directeurs pour laquelle l'évaluation, est une évidence et une nécessité.

Un chargé de mission à l'UDAPEI nous dira que les inspections déclenchées par une plainte sont difficiles à vivre par les parents membres des associations gestionnaires. « *Ils se sentent doublement coupables : ils se sentent touchés comme si c'étaient leurs propres enfants, et parce qu'ils n'ont rien vu, ou pas fait ce qu'il fallait faire. Ceci touche aux limites des Conseils d'Administration constitués de parents bénévoles (...)* Quand un fait grave survient, l'inspection n'est pas bien vécue car la DDASS intervient sur un fait douloureux. Mais au bout du compte, le rapport sert d'appui, pour entamer des travaux de réflexion sur les protocoles, les partages d'expériences, le projet d'établissements et le projet architectural. Ce qui est le plus difficile à gérer ce sont les injonctions paradoxales qui nous imposent des travaux, embauches de personnel, alors que l'enveloppe budgétaire reste constante ».

Le directeur général de l'association gestionnaire que nous avons rencontré nous a mis en garde sur le fait qu'une « *inspection n'est pas une inquisition. Elle doit être bienveillante mais sans complaisance. Lorsqu'il y a plainte, il faut aussi pouvoir entendre ce qu'en dit le directeur, et tenir compte du contexte* ».

#### **4.5 Etude particulière concernant 2 établissements ayant bénéficié d'une inspection programmée et d'une inspection sur plainte**

Pour 2 établissements, l'inspection programmée avait identifié des facteurs de risque de maltraitance et des recommandations avaient été faites. Bien que les directeurs aient déclarés lors des procédures contradictoires avoir pris des mesures correctrices, dans les 3 mois qui suivaient pour l'un et 18 mois pour l'autre, une plainte déclenchait une nouvelle inspection. Ces événements peuvent être illustrés par cet extrait de rapport :

*« Suite au constat lors de l'inspection programmée, de « l'absence de procédures de traitement des incidents et violences, le Conseil d'Administration a missionné le directeur général pour élaborer avec les directeurs d'établissements une procédure de gestion des signalements. Cela s'est traduit par l'adoption d'outils méthodologiques concernant la déclaration des incidents et leur traitement (...) or il ne ressort pas des éléments fournis par l'établissement, qu'il y ait eu de réelles discussions en réunion de direction puis en réunion d'équipe, sur les modalités d'utilisation de la fiche déclaration d'incident ou de délit commis ou révélé ». La mission note l'absence de : définition des actes de violence, guide d'utilisation de la fiche, échelle de gravité des actes commis, modalités de traitement de l'incident (...)*

*La mission remarque :*

*- Une utilisation inégale de la fiche selon les groupes, une utilisation importante de l'outil dans les 3 premiers mois qui ont suivi sa mise en place, puis une diminution considérable dans les mois suivants.*

*- L'absence de déclaration de faits graves à caractère sexuel ou non, alors qu'ils apparaissent dans les cahiers de bord.*

*- Une absence de réactivité concernant les événements n'ayant pas eu d'incidence physique, qu'il s'agisse de violences verbales, ou de menaces ou d'incidents à caractère sexuel. La victime est dans ces cas peu prise en considération. Soit l'auteur reçoit une sanction peu adaptée, soit l'adulte présent ne sait pas quelle attitude adopter et remet à plus tard la réaction de l'institution. Pour les incidents d'ordre physique, la réponse est exclusivement sanitaire. (...) globalement, la surveillance est souvent limitée à la réaction à l'incident, sans chercher l'explication ou les moyens nécessaires pour les prévenir.*

*Les équipes n'ont plus la capacité de prendre du recul par rapport aux événements et situations de violence : exemples pris dans les cahiers de bord : « soirée difficile...beaucoup de tensions et d'insultes... c'est fatigant... D inonde la douche, Nous*

*nous fâchons et il me dit « mon père y va t'enculer ». Il a alors reçu 2 claques sur la tête, puis un verre d'eau qui le fera revenir à la réalité » ; « il a tapé dans le bureau, balancé ses lunettes, très insultant. Je l'attrape par le colback et le cogne contre l'armoire » ; « et après tout je ne vois pas pourquoi je me décarcasserai pour un enfant qui n'en vaut pas la peine »*

La mission note des attitudes professionnelles inadaptées, voire inacceptables dans un établissement médico-social dont la vocation est la protection, l'éducation, des jeunes confiés : utilisation fréquente du langage familier, existence de réactions affectives, de réactions spontanées de violences ou de mépris. L'absentéisme montre un épuisement professionnel du personnel face à la pression de la population accueillie, engendré par une organisation fragmentée, un manque d'encadrement et d'homogénéité des équipes.

L'un de ces 2 établissements accueillait 155 enfants, il était donc impossible de proposer une fermeture. Mais l'inspecteur de la DDASS ayant en charge cet établissement a mis en place un suivi très rapproché avec un échancier précis pour 64 mesures visant à restructurer l'établissement. 3 ans plus tard, il accompagne toujours cet établissement. Il n'est pas envisageable pour les IASS d'accompagner plus d'une restructuration de ce type par an.

#### **4.6 Analyse des rapports d'inspection réalisés dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance**

33 établissements ont été inspectés dans ce cadre :

- 15 établissements accueillant des enfants handicapés
- 10 CHRS
- 6 établissements accueillant des personnes âgées
- 2 établissements accueillant des adultes Handicapés

Les inspections de suivi débuteront en 2005.

##### **4.6.1 Analyse quantitative des facteurs de risque mis en évidence lors de l'inspection**

Les commentaires suivant s'appuient sur les résultats figurant en annexe (cf. tableaux 10 et 11). En moyenne les inspections programmées ont identifié pour chaque établissement 11,3 facteurs de risques sur les 26 rubriques du «guide de repérage des risques de maltraitements ». Plus de la moitié concernent les conditions d'organisation. Les inspections réalisées dans le cadre du programme balayent de façon quasi systématique tous les champs proposés par le guide. Ceci explique le fait que le nombre de rubriques mises en causes soit globalement plus élevé que dans les instructions des plaintes (8.5) où l'inspection est d'emblée orientée par la lettre de mission.

Parmi les 33 établissements inspectés, les facteurs de risque le plus souvent mis en avant par les missions d'inspection concernent l'organisation du travail (n=29) et les conditions de sécurité des installations (n=27) notamment dans les CHRS.

Ensuite c'est le manque d'organisation de la vigilance et de la protection des personnes qui est relevé (n=26).

La qualité des soins (notamment dans les établissements accueillant des adultes handicapés), comme les conditions d'installation sont pointés dans 23 établissements (avec une prépondérance du phénomène dans les établissements accueillant des enfants handicapés). Il est à noter que les conditions de travail sont pointées pour 22 établissements, et que 20 établissements n'ont pas mis en place de véritable projet de vie individuel.

#### **4.6.2 Conclusions de la mission d'inspection**

Tous les établissements ont bénéficié de recommandations.

Pour ce qui concerne les injonctions il a été proposé :

Un administrateur provisoire pour un établissement

Une saisine du procureur

Une fermeture totale et provisoire pour 3 établissements gérés par la même association accueillant des enfants.

Dans les faits, la fermeture n'a pu être réalisée car il aurait fallu trouver une solution d'hébergement pour un trop grand nombre d'enfants (75 et 30 enfants fin 2003 puis 45 fin 2004).

### **4.7 Analyse qualitative des facteurs de risque mis en évidence**

Nous détaillerons ici, par des extraits de rapports d'inspection les observations effectuées, selon un ordre de gravité décroissant (cf. tableaux 10 à 13).

#### **4.7.1 Conditions d'organisation**

Cette catégorie de facteurs de risque comporte plusieurs rubriques essentielles. Lorsque l'organisation au sein d'un établissement fait défaut, il y a plus de risques pour que les pratiques professionnelles soient maltraitantes.

##### **4.7.1.1 L'organisation, les conditions de travail et le personnel**

**L'organisation du travail** (rubrique 7) a été remise en cause dans 88% des rapports : les fiches de poste n'existent pas systématiquement, ne sont pas mises à jour, et les rôles de chacun ne sont pas définis. On assiste à des glissements de tâches en cascade, faute de personnel qualifié. Trop souvent il est noté un manque de concertation entre personnel éducatif, soignant et enseignant, aucune réunion ni concertation entre les différents

professionnels, ni avec la direction. Dans l'un des établissements il y avait plus de 15 réunions mensuelles, sans qu'aucun compte rendu écrit n'ait été formalisé.

Dans plusieurs rapports on note des remarque de ce type : « *il y a une réelle attention apportée pour assurer le bien être de l'usager dans un rapport animé plus par les relations humaines que par des réflexes professionnels* ».

En ce qui concerne **les conditions de travail**, sont pointés les manques de lieux de parole pour les professionnels, d'entretiens individuels avec la direction, et de supervision externe.

Pour les facteurs de risque concernant **le personnel**, outre le manque de professionnels médicaux (notamment psychiatres et médecins de rééducation fonctionnelle), paramédicaux (infirmiers et personnel pouvant prendre en charge les personnes très dépendantes) il manque des cadres identifiés dans chaque équipe, et possédant de réelles capacités de management.

« *L'ancienneté des équipes (...), le défaut de qualification initiale, le caractère local du recrutement, le poids du corporatisme, la possibilité que l'absentéisme ne traduise un phénomène d'épuisement lié à la lourdeur du handicap des enfants accueillis, sont autant de facteurs de mauvaise prise en charge des personnes accueillies* ». Le rôle d'animation et d'encadrement propre à chaque chef de service peut s'avérer insuffisant, ce qui a pour conséquence un individualisme des pratiques professionnelles et une multiplication des arrêts de travail. Le manque de formation continue n'est abordé que dans 7 rapports : « *un personnel attentif et disponible mais qui doit assurer une prise en charge qui s'avère de plus en plus difficile du fait de la durée de séjour des personnes handicapées, de leur vieillissement, mais qui refuse de se former.* » ou alors « *Aucun plan de formation n'est mis en œuvre au sein du foyer.* »

#### **4.7.1.2 La vigilance et la protection des personnes**

Cette rubrique est directement en lien avec la maltraitance. La chaîne d'information et de décision est défaillante dans 80% des rapports, notamment pour ce qui concerne les faits de maltraitance : « *suite aux entretiens réalisés auprès du personnel, il apparaît que la maltraitance n'a jamais fait l'objet d'une attention particulière au sein de l'établissement. En effet ils ne disposent d'aucun protocole de signalement et de repérage des situations de maltraitance, ni d'un registre répertoriant la nature des faits, les dates et heures, les lieux et services, les auteurs et protagonistes, ainsi que les suites données. Le personnel n'a jamais suivi de formation relative à la maltraitance institutionnelle et ou à la prévention de la maltraitance. Seuls les professionnels les plus récents, ont abordé dans le cadre de leur formation initiale cet aspect de la prise en charge. Le règlement intérieur de l'établissement appliqué ne comporte aucune mention relative à la maltraitance à l'égard des personnes handicapées* ». Inversement des outils peuvent exister, ils sont utilisés

comme « défouloir » : « Dans les cahiers, de liaison, la mission d'inspection retrouve des tournures de phrases ironiques à propos des internes, ce qui est inacceptable. Le non respect de la personne à travers ces propos écrits est un manquement au respect et à la dignité ».

Ils ne sont pas utilisés comme outils de communication, de transmission d'information et de réflexion sur les pratiques « Selon les entretiens avec le personnel, tout se passe pour le mieux et l'institut ne fait ni l'objet de comportement maltraitant ni particulièrement violent, si l'on reprend en considération les caractéristiques du public accueilli (...) Pourtant les attitudes violentes des jeunes existent comme en témoigne l'accident du travail qu'a connu une éducatrice, ou lors de la lecture des cahiers de groupe, mise en évidence pour un adolescent d'un comportement incompatible avec le règlement intérieur de l'établissement (viol , violence physique, vulgarité) ces agissements sont consignés une dizaine de fois en un seul mois, or le dossier du jeune ne comporte aucun signalement à ce sujet, ni un courrier d'information à la famille, ni une note faite pour signaler les faits. »

La maltraitance peut être banalisée : « de temps en temps il peut y avoir un écart... »

Le manque de formalisation impose à chaque personne de faire appel à son bon sens et à sa sensibilité dans l'exercice de son travail. Ce fonctionnement empêche la constitution de valeurs et de référentiels communs, ainsi le seuil d'appréciation d'une situation de maltraitance pourra varier d'une personne à une autre. De la même façon, la remontée d'information reste aléatoire et constitue un risque pour la population accueillie. « Il a été rapporté que certains « encadrants » adoptent des comportements violents vis à vis des enfants, en effet plusieurs salariés donneraient des gifles, tireraient les oreilles ou les cheveux des enfants lorsque ces derniers seraient agités et n'obéiraient pas. Par ailleurs il a été mentionné un épisode intolérable consistant à forcer un enfant à manger un plat lors d'un repas du midi. Ce dernier, ayant refusé d'avalier l'aliment, a été obligé de le conserver dans la bouche jusqu'à 16h. »

#### 4.7.1.3 Cadre institutionnel

Ce chapitre regroupe les facteurs de risque 1 à 4. Nous sommes frappés par le fait que 42% des établissements **ne respectent pas les définitions administratives de leur autorisation de fonctionner** : que ce soit en terme de capacité qu'ils dépassent, soit en accueillent des populations pour lesquelles ils n'ont pas demandé d'autorisation particulière (enfants autistes, enfants présentant des troubles du comportement, personnes présentant une maladie d'Alzheimer...). Certains fonctionnent sans autorisation (notamment pour les CHRS). Dans cette rubrique est aussi fréquemment pointée l'absence du registre légal des personnes accueillies.

Pour ce qui concerne le **projet d'établissement** : il arrive que celui-ci soit écrit par l'un des membres de l'équipe et qu'il n'ait fait l'objet d'aucun échange au sein de l'équipe. Parfois le projet est celui de l'association gestionnaire, mais n'est pas propre à l'établissement. « Un agent confie qu'il se sentait en difficulté dans la prise en charge des adolescents, en effet, selon lui, la population accueillie à l'IEM a fortement évolué en plusieurs années, les jeunes ont des capacités d'apprentissage plus limitées qu'auparavant. Il en résulte que la prise en charge éducative et scolaire doit être différente et adaptée à ce nouveau public. Le projet d'établissement doit donc évoluer en ce sens, et être le résultat d'une remise en cause des pratiques actuelles. Il doit être nourri des réflexions communes entre éducateurs, enseignants et soignants, pour prendre en compte les besoins de cette nouvelle population. Or aucune réflexion n'est menée dans ce sens dans l'établissement. Il en résulte un profond désarroi et une grande inquiétude de certains agents ».

Le **règlement de fonctionnement** évoquant les droits et devoirs des professionnels et des personnes accueillies, les responsabilités, les échelles de sanctions est encore trop souvent absent, et s'il existe il n'est pas approprié par les équipes.

#### **4.7.2 Conditions de fonctionnement**

Nous avons développé plus particulièrement le chapitre de la prise en charge médicale et paramédicale, puisqu'il est directement du ressort du MISp. Nous rapportons les résultats pour les 66 établissements ayant été inspecté. Le plus souvent, les mauvaises pratiques repérées ne révèlent pas une « maltraitance avec intention de nuire ». Mais le manque de professionnels, et le manque de rigueur au niveau du circuit du médicament dans ces établissements, font courir un risque aux patients.

##### **4.7.2.1 Organisation des soins :**

###### **4.7.2.1.1 Un manque de professionnels qualifiés :**

Tout d'abord, il apparaît que dans 39,4% des établissements le nombre ou le temps de travail, des professionnels médicaux et para médicaux qualifiés est insuffisant (voire inexistant pour certains), pour assurer une bonne prise en charge médicale et paramédicale. (Selon les moyennes nationales en fonction des établissements et les textes réglementaires décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004).

Les médecins psychiatres, du fait de la pénurie démographique assurent un temps insuffisant dans les établissements. Les directeurs expliquent aussi les difficultés de recrutement par une rémunération non attractive. Néanmoins, la prise en charge psychologique et psychothérapeutique est organisée dans 36,4% des cas, mais il reste à formaliser dans la plupart des cas, une convention avec l'inter-secteur de psychiatrie.

Il est aussi à noter que les médecins de rééducation fonctionnelle font défaut dans les IEM, alors qu'ils ont pour mission de coordonner la prise en charge thérapeutique des personnes accueillies.

Dans 27,3% des établissements il n'y a pas de médecin référent.

#### **4.7.2.1.2 Un projet de soin encore trop souvent non formalisé :**

Le « projet de soins » n'existe pas ou n'est pas formalisé dans 36,4% des établissements, ce qui explique que les soins ne soient pas coordonnés dans 33,3% des cas.

Les protocoles ne sont pas rédigés dans 33,3% des cas : cela concerne aussi bien les conduites à tenir en cas d'urgence, de chute, que la prévention des escarres, de la déshydratation, de la dénutrition, ou la pratique des contentions, des changes...

Enfin, il est mis en évidence dans 18,2% des établissements, que tous les soins ne font pas l'objet d'une prescription médicale individuelle, écrite, lisible et signée.

La traçabilité des soins réalisés auprès de chaque personne n'est pas systématique, et le dossier de soins est rudimentaire.

#### **4.7.2.1.3 Des locaux encore inadaptés aux soins :**

Sur le plan matériel : les locaux médicaux ne sont pas conformes dans 25,2% des cas : pas de bureau d'examen pour le médecin, pas de matériel médical à disposition, espace encombré de cartons et archives, locaux dédiés aux soins situés à l'étage dans un bâtiment sans ascenseur, accueillant des enfants ayant des troubles de l'équilibre.

#### **4.7.2.1.4 Un secret médical encore mal protégé et mal compris :**

L'organisation des dossiers médicaux ne permet pas de respecter le secret médical dans 27,3% des établissements : de nombreux documents médicaux, voire des carnets de santé se trouvent dans le dossier administratif. Lorsque le dossier est séparé, bien souvent il ne se trouve pas dans une armoire fermant à clef et accessible uniquement à l'équipe de soins. Dans un établissement il est signalé, que les veilleurs de nuit y ont accès si nécessaire.

#### **4.7.2.1.5 Une gestion du médicament insatisfaisante :**

La gestion de la pharmacie et le circuit du médicament ne sont pas conformes à la réglementation dans 47% des cas :

- les ordonnances nominatives, datées et signées, par un médecin mentionnant la durée du traitement ne sont pas toujours retrouvées (Articles R5132-3 du CSP).

- Dans plusieurs établissements, Il n'y a pas assez d'infirmiers salariés (voire pas du tout). Il est rarement fait appel à des infirmiers libéraux pour pallier à ce manque, et le plus souvent la gestion des médicaments dans l'établissement, ainsi que la préparation pour

leur distribution et administration est assurée par des professionnels non habilités tels que des éducateurs. C'est ainsi que l'on a pu décrire « *des médicaments déconditionnés à l'avance et mis pour chaque patient dans des bouchons de bouteilles de lait retournés en guise de piluliers, sur le dessus d'un chariot roulant, à la vue de tous les résidents* ». Or en 2002 puis en 2004 est précisé<sup>24</sup> le rôle propre de l'IDE dans ce domaine : il peut sous sa responsabilité déléguer la dispensation des médicaments aux aides soignants, auxiliaires de puériculture ou Aides Médico-Psychologiques (AMP) qu'il encadre, et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

- aucun établissement n'est doté d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Les médicaments sont parfois achetés à partir d'une liste globale retranscrite par l'infirmière, au vu des ordonnances des résidents qu'elle a en sa possession, pratique qui doit être totalement proscrite.

- Les armoires à pharmacie souvent ne ferment pas à clef, ou n'ont pas de coffre pour les stupéfiants. La gestion des stocks n'est pas assurée : on a retrouvé plusieurs fois des médicaments périmés, ou dont la date d'ouverture (sirops et pommades) n'est pas indiquée sur les contenants. Les médicaments sont rarement rangés de façon nominative par patient, mais plutôt par ordre alphabétique de spécialité. De plus, les médicaments non utilisés ne sont pas rendus à une officine libérale. Ces deux pratiques permettent la constitution d'un stock global, ce qui n'est pas réglementaire. Certains médicaments sont rangés dans un réfrigérateur contenant des aliments.

La responsabilité de la pharmacie n'est pas clairement établie, or elle doit être assurée par un médecin ou un pharmacien d'officine selon les conditions réglementaires des articles L5126-6 et R5126-112 à 115 du CSP, notamment dans le cas où l'établissement détiendrait des médicaments pour soins urgents.

#### **4.7.2.2 Le déroulement du séjour et la vie dans l'établissement :**

Les facteurs de risque repérés dans la catégorie conditions d'organisation retentissent sur le fonctionnement. Nous trouvons ce passage dans un des rapports : « *un établissement qui reste marqué par des pratiques et des mentalités anciennes et dépassées : moyens de contention, enfermement des personnes dans leur chambre la nuit.* »

Le **projet de vie individuel** est encore trop sommaire voire non formalisé :

Pour un établissement inspecté en 2003, certains enfants n'avaient pas eu de réunion de synthèse depuis 98. « *Si dans le livret d'accueil il est écrit « le projet individualisé est*

---

<sup>24</sup> Décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livre III, auxiliaires médicaux, titre <sup>er</sup> : profession d'infirmier.

élaboré par l'équipe, en concertation avec vous (les parents) et votre enfant », *il apparaît lors des différents entretiens avec le personnel, que les parents sont invités, à l'issue de la réunion de synthèse réunissant les professionnels concernés par la situation de l'enfant, à prendre connaissance des grands axes de la prise en charge et donner leur approbation. En conséquence ils ne sont pas associés à la construction du projet qui engage l'avenir de leurs enfants. »*

Une absence de lisibilité du projet individuel « *lié notamment à un défaut de formalisation général : comptes rendus des réunions, renseignements du dossier des jeunes, lien avec les parents, manque de concertation du projet individuel effectué par l'équipe pluridisciplinaire au complet comprenant une partie soins, éducative, sociale, environnementale objectifs à terme, un dossier médical incomplet, absences d'éléments psychologiques. Manque de coordinations entre les divers lieux de vie, qui ne permet pas de faire connaître la problématique ni les besoins de l'enfant tout au long de son évolution.* » A noter dans 9 rapports, l'absence de référent bien individualisé vis-à-vis de l'enfant accueilli et de sa famille.

Plus l'enfant est petit, plus il est entouré d'attention et de stimulations, avec le risque d'une dépendance à l'adulte quasi-totale. Or cette interdépendance relationnelle et psychologique entre l'aidant et l'aidé doit être accompagnée par l'institution. A l'inverse Il se dégage la sensation que le travail est plus pesant dans les unités de grands où les projets de rééducation sont moins dynamiques.

Un établissement refusait les retours en famille le weekend, afin que l'établissement maintienne un certain taux de remplissage, cet exemple nous permet d'aborder la place des familles dans les institutions.

#### **Accueil de la famille et de tiers :**

Notons cet IME où « *les échanges entre les familles d'accueil et les familles d'origine sont évités, afin d'empêcher la reproduction de ce qui se passe dans les familles d'origine, dans les familles d'accueil. De ne pas soumettre les familles d'origine aux critiques des familles d'accueil et pour éviter aux familles d'origine un sentiment de souffrance face à la réussite des familles d'accueil. Les familles d'accueil tiennent un carnet de liaison qui n'est pas utilisé par l'établissement, elles disent ne pas disposer d'une écoute attentive et l'horaire des réunions de synthèse ne leur permet pas d'y participer* ».

#### **Protection de la personne et des biens :**

A la lecture des rapports, nous observons que cette thématique n'est jamais abordée par la mission d'inspection, lorsqu'elle n'est pas l'objet d'une plainte.

#### **Prestations de services :**

Citons la restauration de cette maison de retraite « *l'organisation des repas d'une maison de retraite : les personnes sont rassemblées autour de la table, la table est dressée de façon sommaire : pas de nappe, pas de serviette, pas de couverts) aucun verre, pichet d'eau ou assiette n'étaient disposés sur la table. L'entrée (tomates en dés) était servie dans des ramequins (type coquille et jacks en plastique) certaines personnes ne parvenaient pas à saisir les aliments. Un seul salarié présent pour de 16 personnes. »*

### **Accompagnement :**

« *Certains salariés éprouvent des difficultés à justifier de la prise en charge et de la pertinence de l'accompagnement* ». Dans un autre les résidents sont décrits comme des « *Personnes errantes en attendant l'ouverture des chambres* ». La réduction du temps de travail est l'alibi justifiant la raréfaction voire la disparition des activités d'animation dans les maisons de retraite.

Rares sont les rapports abordant la prise en compte de la sexualité, les quelques-uns qui l'abordent passent de l'interdiction des relations sexuelles, à un volet spécifique dans le règlement intérieur, tel cet établissement où : « *les relations entre filles et garçons sont autorisées en dehors des structures d'hébergement de l'établissement. La sexualité a été abordée avec l'appui du planning familial* ».

**Education** : le volet éducatif de la prise en charge peut être complètement oublié comme dans ce CAT qui a développé la rentabilité au profit de l'accompagnement des personnes. « *Un CAT est une structure de mise au travail et simultanément une structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par l'intéressé et qui conditionnent pour lui toute activité professionnelle. Cette dualité constitue le fondement même des CAT, aucun des deux aspects ne saurait disparaître sans que la vocation de l'établissement ne soit altérée. Par ailleurs, l'aménagement du temps de travail, ne doit pas avoir pour conséquence la diminution voire la disparition des activités extra professionnelles, dites de soutien. Il n'existe pas d'outils, de cahier de bord permettant aux « encadrants » de retracer le comportement des travailleurs handicapés en situation professionnelle et ainsi de mesurer leur évolution dans le cadre de synthèses* ».

Parfois, le projet éducatif est intuitif : « *La cohérence et la qualité du suivi éducatif relèvent plus de l'entente au sein de l'équipe et de sa motivation, que de la mise en œuvre d'une politique affichée de la direction* ».

**Evaluation** : cette rubrique est rarement abordée, elle concerne la démarche qualité de l'établissement. La loi <sup>25</sup> demande à ce que les établissements mettent en place leur évaluation interne d'ici 2009, et une évaluation externe à compter de 2011.

#### 4.7.3 Conditions d'installation

Les remarques concernant la **sécurité des locaux** font souvent référence à :

- une mauvaise prise en compte du risque incendie : avis défavorable de la commission de sécurité, nécessité de renouveler la demande du passage de la commission car le dernier procès verbal est daté de plus de 3 ans, absence de procédures écrites d'évacuation des locaux en cas d'urgence, absence d'exercices d'évacuation en cas d'incendie, issues de secours non dégagées. On peut noter l'absence d'escalier de secours notamment dans les CHRS...
- Un risque alimentaire du fait de la non conformité des cuisines aux normes d'hygiène, pas de respect de la marche en avant et des normes HACCP, présence d'aliments périmés, dysfonctionnement concernant le principe de maintien de la chaîne du froid.

Pour ce qui a trait aux **conditions d'hygiène et de maintenance**, la dégradation voire la vétusté des locaux et du mobilier notamment dans les établissements accueillant des enfants est frappante. Notons « *les produits ménagers ou toxiques non enfermés dans des armoires ou locaux fermant à clef, un tuyau d'arrosage à la place d'un flexible de douche...Absence de rideaux ou de portes dans les douches permettant le respect de l'intimité.* » A plusieurs reprises, le siège d'un organisme gestionnaire a fait preuve d'une absence de réelle politique d'entretien des établissements et des équipements en freinant les investissements tant pour la rénovation des locaux que les acquisitions de mobilier neufs. « *Les locaux se sont tellement dégradés après des années d'immobilisme, qu'ils sont devenus source de danger à la fois pour le personnel et les ados accueillis.* »

Enfin l'**inadaptation des locaux** : trop exigus pour des personnes se déplaçant en fauteuil roulant, l'organisation des locaux avec de nombreux recoins ne permettant pas une surveillance des enfants accueillis. Des marches hautes pour accéder aux douches dans un établissement accueillant des personnes âgées...

Si ces facteurs ne sont pas des facteurs de maltraitance « active » avec intention de nuire, ils contribuent à l'adaptation de l'environnement aux populations accueillies, et les règles de sécurité doivent être respectées.

---

<sup>25</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

## 4.8 Recommandations réalisées par la mission d'inspection :

Tous les établissements ont bénéficiés de recommandations pour améliorer leurs pratiques professionnelles. Dans les rapports pour lesquels nous avons eu une réponse contradictoire, la plupart des recommandations concernant la mise en place de protocoles, et de modifications de l'organisation des services, ont rapidement commencé à se mettre en place après l'inspection.

### 4.8.1 Recommandations ayant trait à l'organisation du travail

Ces recommandations sont faites dans 82% des inspections programmées, et surtout dans les établissements accueillant des personnes en difficulté sociale ou des enfants handicapés. Ce sont les plus fréquentes quelque soit le type d'inspection. Elles concernent la nécessité de rédiger un règlement intérieur avec tous les professionnels, de s'assurer de sa diffusion et de sa bonne connaissance par chacun d'eux. Il est recommandé de mettre en place une véritable équipe de cadres « contenante » pour les professionnels et qui assure la coordination. Veiller à formaliser des temps de réunions réguliers, avec rédaction de compte rendus et diffusion des décisions à tous les professionnels. Organiser les échanges entre les équipes de jour et de nuit. Se donner les moyens de la nécessaire coordination qui devrait être assurée par le médecin, pour les projets de soins.

En second lieu, viennent les recommandations concernant la **vigilance et la protection des personnes**. Elles sont directement des mesures de prévention de la maltraitance. Elles abordent la nécessité pour les équipes de professionnels, de passer à une culture de l'écrit et de l'échange sur les pratiques professionnelles. Il est recommandé d'organiser l'information et la chaîne de décision en menant une réflexion avec tous les professionnels sur :

- L'identification des situations susceptibles de favoriser la maltraitance, qu'elles soient visibles et actives, ou par défaut.
- les outils à mettre en place pour le recueil de ces informations (rédaction de rapports, ou de fiches d'évènements)
- les procédures permettant de faire remonter ces informations à la direction, en rappelant l'obligation légale de signaler les maltraitances et violences, tout en connaissant les articulations nécessaires avec les services de l'administration gestionnaire, des services de contrôle, de la police et de la justice
- l'attitude à adopter par les professionnels face à ces situations (définir une échelle de sanctions pour l'auteur, et des mesures de protection à l'égard des victimes...)
- la nécessité de développer des espaces d'échange et d'analyse des pratiques, de proposer des supervisions sont régulièrement abordé dans les rapports d'inspection.

Pour permettre la concrétisation de ce qui vient d'être abordé, dans un tiers des rapports il est recommandé de mettre en place un **plan de formation**, avec un volet spécifique à la lutte contre la maltraitance. Le **manque de qualification** des soignants est générateur de violence de la part des personnes dont ils ont « la charge ». Les formations peuvent aider les professionnels à comprendre, connaître les diagnostics, acquérir des attitudes adaptées. Cela permet d'augmenter dans une certaine mesure la capacité à supporter la complexité des prises en charge.

Dans le même nombre de cas, les recommandations touchent la rubrique **recrutement, effectifs et qualifications**. Elles insistent sur la rédaction de fiches de poste et d'un organigramme précis, ainsi que sur la nécessité de vérifier le casier judiciaire des professionnels et d'avoir leurs dossiers administratifs complets et à jour. Il est nécessaire d'être vigilant lors de l'embauche sur les motivations, la préparation et la nécessaire formation des personnes souhaitant participer à la prise en charge des personnes vulnérables.

Enfin dans la rubrique **cadre institutionnel**, évoquée dans environ 45% des rapports d'inspection, il est demandé de procéder rapidement à une demande d'autorisation de fonctionnement (notamment pour les CHRS), ou de modification d'autorisation pour les établissements accueillant des enfants handicapés. En effet, les populations accueillies changent dans le temps, et il est nécessaire de s'y adapter (ex : accueils d'enfants autistes nécessitant l'ouverture d'unités spécifiques).

Par ailleurs, il est recommandé de clarifier les rôles et responsabilités entre l'association gestionnaire et le directeur d'établissement, et de travailler de façon collective sur le projet d'établissement, et les différents outils prévus dans la loi 2002-2 (règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie, livret d'accueil, contrat de séjour, mise en place de la CVS).

### **Conditions de travail**

Etre confronté au quotidien avec la réalité des personnes dépendantes, peut être extrêmement déstabilisant. Cela met en évidence le besoin d'encadrement et d'écoute des professionnels qu'il est nécessaire d'organiser par le biais de groupes de paroles, ou d'entretiens avec les psychologues et les cadres de l'établissement. Ces espaces doivent être proposés et non imposés, en effet la parole doit pouvoir être libre, et les professionnels doivent se sentir en sécurité lorsqu'ils évoquent leurs difficultés et leurs questionnements. Le professionnel rencontré en Belgique, nous faisait part de

l'importance pour l'équipe que le superviseur soit un professionnel extérieur à l'établissement, qu'il soit neutre et porte un regard non jugeant.

#### 4.8.2 Les conditions de fonctionnement

**L'organisation des soins** est l'objet de plus des deux tiers des recommandations. Elles insistent sur la nécessité de recruter du personnel qualifié ou d'établir des conventions avec les établissements de soins (notamment en psychiatrie), de formaliser le projet de soins, les écrits et les transmissions, d'organiser le circuit du médicament.

Ensuite, c'est le **projet de vie individuel** qu'il est recommandé de formaliser dans plus de la moitié des inspections. La nécessité de prendre en compte l'histoire de vie de la personne, est un élément majeur de reconnaissance, de prise en considération pour la construction du projet de vie. Mais cette rubrique insiste aussi sur la nécessité d'écrire le projet avec l'usager et sa famille. Le projet individualisé doit être travaillé avec les parents en amont ce qui permettrait de les impliquer d'avantage dans la prise en charge et le devenir de leur enfant. Peu de rapports (5) font des recommandations concernant **l'accueil de la famille et des tiers**, en dehors du point précédent, et le champ gagnerait à être exploré plus systématiquement.

*« Faire valoir la globalité de la prise en charge des enfants, il faut organiser une véritable synthèse par an et par enfant, en envisageant toutes les dimensions de la prise en charge : thérapeutique, pédagogique et éducative. Ces réunions de synthèses permettront de formuler les objectifs de la prise en charge pour chaque enfant, puis de formaliser le projet individuel. L'évaluation de projet doit intervenir aussi souvent que nécessaire, à intervalles réguliers et en tout état de cause au moins une fois par an. La prise de note devrait être systématique en réunion, et aboutir à chaque fois à un compte rendu diffusé ensuite aux différents participants. Cette démarche constitue une trace écrite, permet à la personne de s'assurer qu'elle a bien compris toutes les informations, mais aussi que les éléments qu'elle a elle-même exprimés ont bien été compris et entendus. »*

Nécessité de proposer des prises en charge spécifiques et adaptées aux personnes atteintes de démence et de troubles psychiques, l'ouverture sur l'extérieur et le partenariat pour améliorer les différentes prises en charge doivent être étudiés, l'animation doit être renforcée et adaptée aux besoins des résidents.

#### 4.8.3 Les conditions d'installations

Dans plus des trois quarts des inspections, les recommandations concernent **la sécurité des installations**, elles sont plus fréquemment évoquées dans les établissements accueillant des personnes en difficulté sociale, ou des enfants handicapés :

- demander le passage de la commission consultative de sécurité d'arrondissement, de la Direction des Services Vétérinaires pour vérifier les installations des cuisines, vérifier l'absence de légionnelles et d'amiante
- prévoir une formation aux gestes d'urgence, des exercices d'évacuation en cas d'incendie, et l'affichage des consignes de sécurité
- procéder aux travaux nécessaires pour sécuriser les installations :
- mettre sous clef des produits dangereux (chlore de piscine, produits de nettoyage)
- rendre inaccessibles aux résidents, les locaux techniques, en fermant à clef
- organiser les locaux de façon à ce que la surveillance des allées et venues puisse être effective.

Ensuite, les missions d'inspections ont fait des recommandations concernant **l'hygiène et les travaux de maintenance** courants dans un peu plus du tiers des rapports : réorganiser les circuits du linge, veiller au nettoyage des locaux, fixer les étagères au mur, installer des portes aux douches...

Enfin, nous évoquerons les recommandations concernant les **espaces privés et collectifs**, qui sont faites dans un peu plus de la moitié des inspections programmées.

Elles abordent notamment la mise en adéquation des locaux avec le type de population accueillie, et font souvent référence à la nécessité de réfléchir à un projet architectural.

#### **4.9 Comment les établissements ont-ils vécu les inspections réalisées dans le cadre du programme ?**

Le directeur de l'ADNSEA (association gérant 18 établissements répartis sur 70 sites dans le département du Nord, et employant environ 1000 salariés) et le chargé de mission de l'UDAPEI (union de 9 associations gérant 230 établissements et employant 6500 salariés) ont reconnu l'utilité des inspections programmées. « *L'inspection est un regard tiers, ayant une légitimité, et c'est aidant pour les associations* ». Les préconisations sont aidantes pour les directeurs d'établissement, qui peuvent ainsi se tourner vers leur gestionnaire, pour obtenir de nouveaux moyens.

En général elles ont été bien vécues car les modalités et les objectifs de préventions avaient été annoncés d'emblée par l'équipe d'inspection.

L'un d'entre eux parle d'une véritable révolution pour les associations : « *Il y avait un contrôle qui n'était pas aussi rigoureux, souvent les inspections avaient lieu dans le cadre des plaintes, et nous avions des difficultés à nous adapter aux demandes parfois incohérentes qui variaient au grès de l'inspecteur référent. Le programme, et la loi 2002-2 sont arrivés, avec un cahier des charges précis. Les inspections réalisées, ont permis de repérer des choses souvent justes. Ce qui est règlementaire n'est pas négociable, nous sommes d'accord, mais par ailleurs, il existe un espace de liberté sur la manière de faire qui doit pouvoir être préservé* ».

L'un d'eux insiste sur le fait que les « inspecteurs » doivent comprendre le type de population accueillie, et éviter de tomber dans le procédurier, la traçabilité à outrance. Questionné sur le rôle du MISP il met en avant le fait que *« le médecin pose des questions, fait référence à des organisations et des fonctionnements qu'il a pu rencontrer ailleurs, il permet un échange, une réflexion, et nous aide à mieux requalifier notre projet. S'il a participé aux échanges, et qu'il s'est investi dans le projet, il pourra aussi mieux le défendre au CROSMS. Le projet est une élaboration commune, portée ensemble par l'association gestionnaire, et les instances de tarification »*.

Les conseils d'administration des associations sont conscients que leur responsabilité est engagée, et qu'ils doivent doter leurs établissements d'outils et de procédures pour rendre lisible leur projet, et limiter les risques de voir se développer une maltraitance institutionnelle. *« Les publics que nous accueillons sont difficiles et peuvent parfois pousser les équipes à commettre des actes répréhensibles. C'est pourquoi dans chacun des établissements nous avons mis en place une analyse des pratiques. Elle doit servir à remettre les choses à leur place, par rapport au projet de l'enfant. Au niveau de l'association, plusieurs groupes ont été mis en place sur des thématiques différentes, afin d'établir des recommandations de bonnes pratiques ; elles doivent être écrites, par les professionnels eux-mêmes, plutôt que de se les voir imposer sous forme de catalogue par le ministère »*.

Les administrateurs doivent se poser sans cesse la question de l'équilibre à atteindre entre les contraintes liées à l'environnement actuel (textes législatifs, budgets) et le service rendu à la population accueillie. Il sera même dit que les établissements doivent gérer des *« injonctions paradoxales »*. En général les projets sont bien compris, et bien reçus, mais les contraintes de moyens imposées par les inspecteurs, nécessitent de jongler lors de la négociation des budgets. *« Ce sont les inspecteurs et les MISP qui peuvent nous aider dans ce domaine, par exemple en nous suggérant de subdiviser le projet avec une partie expérimentale qui permet d'avoir quelques crédits supplémentaires. Dans notre association nous avons fait le choix de renoncer aux projets, lorsque les moyens alloués sont insuffisants. En effet, il ne faut pas mettre en difficulté les professionnels. Ils doivent avoir les qualifications et compétences nécessaires, et cela a un coût »*.

Le coût induit par l'entretien des établissements et l'adaptation nécessaire aux normes qui évoluent en permanence a été évoqué. Un effort a été réalisé par la DDASS, pour valider et permettre la réalisation des projets architecturaux. Les associations ainsi que le directeur d'établissement, rencontrés le reconnaissent. *« Dès que la DDASS décide qu'un établissement, ou une thématique sont prioritaires, souvent les autres partenaires financiers se mobilisent dans le même sens »*.

Néanmoins certains dysfonctionnements ont été rapportés : tels que la réalisation de travaux par une association, sans suivre les procédures de demande d'autorisation. Il s'en est suivi certaines aberrations de conception comme dans cet établissement accueillant des enfants présentant des troubles de l'équilibre. Un pavillon destiné à l'infirmierie a été intégralement rénové, mais pour accéder au bâtiment il faut franchir des marches hautes, et les salles de soins se situent au premier étage sans qu'un ascenseur ait été prévu. Bien évidemment dans ce contexte, le bâtiment est fermé et l'argent qui aurait dû être utilisé pour améliorer les conditions d'accueil des enfants, a été dépensé inutilement.

Outre les difficultés budgétaires, une difficulté majeure pour les établissements est de réorganiser. En effet *« lorsque l'on touche à la réorganisation, on touche à la culture, à l'histoire de l'établissement et de ses équipes, à l'équilibre avec les syndicats. »*

Si le programme a permis aux établissements et associations de repérer les points à améliorer, il demande aux professionnels un effort important pour passer de procédures informelles à des procédures partagées par tous et formalisées par écrit.

Il y a un changement de culture dans le domaine médico-social : appui, accompagnement, impulsion, génèrent de la cohérence. Les associations se préparent avec des groupes de travail à l'évaluation interne et externe, et se forment à cette démarche imposée par la Loi 2002-2. Cette démarche qualité est valorisante.

Le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) est une association créée par l'Etat en 1964. Il a pour missions de mettre en lien les acteurs associatifs d'une région et l'Etat. Il est un appui aux projets de création des structures, participe à la professionnalisation des équipes, il a un rôle de conseil et d'expertise tant pour les associations que pour les services de l'Etat ou des Conseils Généraux. Il participe à la demande des établissements à de nombreuses restructurations d'établissement et à la rédaction des différents documents écrits obligatoires depuis la loi 2002-2. Le chargé de mission que nous avons rencontré fait état encore aujourd'hui de réticences à parler de maltraitance dans les équipes. Il doit rappeler régulièrement l'obligation faite à chacun de signaler des faits de maltraitance lorsqu'ils sont connus. C'est pourquoi il considère que travailler sur la bientraitance est important, c'est une démarche qualité, plus facilement acceptée par les équipes, mais qui ne doit pas exclure le débat et la définition de ce qu'est la maltraitance.

#### **4.10 Quelle politique est appliquée dans les établissements de Belgique ?**

Nous avons rencontré un directeur d'établissement accueillant des enfants présentant un trouble du comportement. « En Belgique il n'y a pas eu de loi récente pour replacer la personne au centre des projets de prise en charge. En effet, quel que soit le domaine, ce

sont toujours les parents qui choisissent pour leurs enfants, et cela dès le choix de l'école, puisqu'il n'y a pas de carte scolaire. La Belgique n'aurait pas « confisqué l'autorité parentale » aux parents. Aussi le travail avec les familles est incontournable. L'établissement accueille 20 enfants belges, et 20 enfants français provenant pour la plupart de la région Nord Pas-de-Calais, les familles de ces enfants ne sont pas particulièrement « favorisées », et pourtant elles adhèrent au projet de leur enfant et sont présentes lors des rencontres prévues. Par ailleurs, la Belgique est ouverte à tous les courants analytiques, et les professionnels proposent à la famille, en fonction de l'enfant celui qui semble le plus pertinent. Les soins psychiatriques ne sont pas sectorisés comme en France.

La maltraitance institutionnelle existe, ne serait ce que par le fait qu'il n'est pas « naturel » de faire vivre ensemble 40 personnes ayant des troubles du comportement.

Aussi la question de la bienveillance à l'égard des professionnels est une question essentielle. Si le personnel est mal-traité, l'enfant et les familles le seront aussi. En effet il faut encadrer les professionnels qui accompagnent des familles présentant des troubles de l'attachement, afin d'organiser le travail entre les référents de l'établissement, ceux de l'Aide Sociale à l'Enfance, les familles et les assistants familiaux.

La maltraitance révèle l'isolement du professionnel qui met en place ses mécanismes de défense. Notre travail est un travail d'équipe. Celle-ci doit être « contenante » pour les autres professionnels. Elle représente le tiers, entre l'éducateur référent et l'enfant qui n'est pas le sien, mais celui du service. Elle permet de montrer à chacun ce qu'il ne voit pas de ses comportements, mais elle nécessite une confiance mutuelle. C'est une culture d'équipe bienveillante qui est nécessaire.

Les difficultés de financement existent aussi de ce côté de la frontière. Les enfants français sont pris en charge par les organismes de couverture sociale Française.

Nous avons abordé la question des inspections de ces établissements. Pour la partie accueillant des enfants français, il n'y a pas d'agrément de l'état Belge. Les contrôles financiers sont effectués par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et par la DDASS, ainsi que la validation des normes de personnel.

Les normes de sécurité sont contrôlées par une commission de sécurité.

Mais il n'y a aucun contrôle des pratiques professionnelles. Les services d'inspection de Belgique ne peuvent le faire car ils ne subventionnent pas ces établissements. Un projet est à l'étude consistant à ce que l'autorisation de prise en charge par les Tutelles françaises, soit soumise à une obligation d'inspection d'agrément qui serait réalisée par le service de contrôle de l'Etat Belge, et serait payée par l'établissement lui même.

## 5 Synthèse

Ce bilan à mi parcours du programme d'inspection dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS, a aussi permis de faire un état des lieux de la situation régionale sur l'application de la politique nationale de lutte contre la maltraitance.

### **Des services se sont organisés :**

Les services déconcentrés de l'Etat se sont organisés, depuis la création de la MRIICE, en constituant des services centralisateurs des plaintes dans chaque DDASS, avec des professionnels dédiés, assurant la gestion, la coordination et le suivi des dossiers, ainsi qu'un archivage des rapports d'inspection.

Une réflexion visant à optimiser l'organisation et le fonctionnement des différents services pour assurer les visites de suivi d'inspection, est en cours. En effet, non seulement elles permettent de valider les mesures correctrices prises par les établissements, elles donnent du crédit aux services assurant le contrôle et la surveillance, et permettent une valorisation du travail entrepris par les équipes au sein des structures. Néanmoins pour pouvoir mener à bien la mission d'inspection dévolue aux services déconcentrés de l'Etat, et face à l'augmentation des plaintes, le manque de professionnels IASS et MISP peut être pointé.

### **Un manque d'outils d'évaluation de la mission « inspection » :**

La remontée des signalements vers la DGAS par le biais du volet SIGNAL de l'outil informatique PRISME n'est pas encore systématisée. La circulaire concernant le volet VIGIE, qui devrait permettre une évaluation des inspections menées dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance n'est pas encore parue, alors qu'un bilan du programme devrait être réalisé à la fin de l'année 2006. Par ailleurs, en dehors des tableaux de bord essentiellement quantitatifs, il n'existe pas dans les DDASS de véritable outil d'évaluation qualitative de la mission d'inspection.

### **Des liens à structurer avec les partenaires institutionnels :**

- Plusieurs circulaires, ainsi que le rapport de l'IGAS proposent au Préfet départemental, d'être à l'initiative d'une Commission Départementale de Lutte Contre la Maltraitance, où seraient aussi présents le Président du Conseil Général et le Procureur. Actuellement, cette commission n'existe dans aucun des départements de la Région. Rappelons ses objectifs : regrouper les signalements effectués par les différentes instances, les analyser, coordonner la gestion et le suivi des situations de maltraitance, élaborer un protocole précis d'intervention dans les situations de crise, prévoir les modalités des enquêtes et contrôles nécessaires, centraliser les données recueillies par les différents services, en constituant un fichier départemental des signalements. Dans Le contexte de décentralisation que nous connaissons, il semblerait utile de se doter de ce cet outil, qui

replacerait, aux yeux des partenaires, l'Etat comme véritable pilote de la protection des personnes, assurant son rôle régalien.

- Le rapprochement avec les services de la Justice, initié par la MRIICE doit être poursuivi, pour :

- aboutir à une définition commune des mots tels que : maltraitance, signalement, plainte...
- définir collégialement les informations qui doivent être transmises au procureur, et le protocole d'information
- mieux articuler les enquêtes administratives et les enquêtes judiciaires

Nous voyons bien, que ce débat ne peut concerner uniquement les services de l'Etat et la Justice. Il est nécessaire d'y associer les conseils généraux et les associations d'Ecoute téléphonique qui recueillent aussi des signalements de maltraitance.

#### **Une région avec des indicateurs défavorables et des moyens insuffisants :**

Nous avons vu que les indicateurs socio-économiques de la région sont plus mauvais que ceux de la France. Les populations vulnérables (enfants et adultes handicapés, personnes âgées, personnes ayant des difficultés sociales) sont proportionnellement à la population plus importantes qu'au niveau National. Un vieillissement des populations avec un manque de places en aval (adultes restant en établissements accueillant des enfants par le biais de l'amendement Creton, adultes handicapés de plus de 60 ans n'ayant pas de solution d'hébergement). Parallèlement, si le taux d'équipement régional en ESMS est plus élevé que le taux National, il est insuffisant au regard des besoins, au point d'avoir plus de 4000 personnes handicapées accueillies en Belgique. Enfin, la démographie des professionnels notamment médicaux et paramédicaux est insuffisante pour permettre une bonne prise en charge des personnes accueillies.

Le MISIP face à ces constats participe au diagnostic et peut mobiliser des partenaires institutionnels et associatifs dans le cadre de la rédaction des schémas pluriannuels départementaux, des programmes régionaux et interdépartementaux, ainsi que dans certains volets du Programme Régional de Santé Publique (PRSP)(santé des enfants et des jeunes, Précarité santé, maladies rares...) et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), afin d'articuler dans une logique de réseau, les usagers et tous les intervenants participant à la prise en charge des personnes vulnérables. Il peut aussi participer aux travaux Régionaux sur la démographie professionnelle. Un volet spécifique à cette thématique est décliné dans le SROSIII. Il peut aussi participer à la définition d'objectifs de formation continue.

## **Un bilan positif du programme d'inspection dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la maltraitance :**

L'analyse des rapports d'inspections réalisées au cours des 3 années 2002 à 2004 permet d'observer que :

- le programme est complémentaire aux inspections liées aux plaintes : en effet si les plaintes touchent essentiellement les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes adultes handicapées, le programme lui, a exploré plutôt des établissements accueillant des enfants handicapés et des personnes en difficulté sociale.
- Les facteurs de risque les plus fréquemment relevés dans les deux types d'inspection sont d'une teneur qualitative équivalente :

Prédominant le manque d'organisation du travail révélé par une culture insuffisante de l'écrit, et des temps de concertation entre professionnels peu efficaces.

Des difficultés dans l'organisation des soins et du circuit du médicament, par manque de professionnels qualifiés.

Une chaîne de vigilance et de protection des personnes non formalisée, nécessitant de rappeler aux professionnels leur responsabilité et leur obligation de signaler tout fait connu de maltraitance à l'égard d'une personne vulnérable.

Enfin, l'état de vétusté des locaux est pointé dans plus de la moitié des cas, malgré l'effort financier réalisé ces dernières années par les DDASS. Ce point nécessite une programmation budgétaire continue.

- Les recommandations réalisées visent à corriger ces facteurs de risque. A terme, elles ont pour objectif d'avoir dans chaque établissement une équipe de direction solide, une équipe de professionnels motivés et formés. Pour échapper à l'usure du temps, il est nécessaire de promouvoir le projet professionnel. Développer plusieurs facettes (soins, animation, faisant place à l'inventivité) et la mobilité professionnelle.
- Le programme a permis de dépister une réelle maltraitance puisqu'un signalement auprès du procureur a été réalisé. Les fermetures qui ont été proposées étaient liées à un manque d'organisation et à des locaux dangereux. Elles n'ont pu être effectives, du fait de l'impossibilité de reloger les enfants accueillis. Ceci nécessite un accompagnement lourd pour permettre leur restructuration.
- Le programme a permis dans le contexte de la loi 2002-2, de mobiliser les directeurs d'établissement, les équipes professionnelles et les associations gestionnaires dans

une dynamique de formalisation des pratiques professionnelles, de formation à la prévention des maltraitances institutionnelles. Néanmoins nous avons vu qu'il est nécessaire de s'assurer par le biais de visites de suivi, de l'effectivité des mesures correctrices. Actuellement les associations gestionnaires mettent en place les démarches d'évaluation internes de leurs pratiques. Nous devons être vigilants à l'égard des petites associations gestionnaires, ont-elles les ressources financières, organisationnelles et en termes de moyens humains, suffisantes ?

Le programme semble avoir servi d'outil de conscientisation et d'appropriation de la loi 2002-2, préparant à la mise en place des évaluations internes et externes que la loi prévoit à compter de 2009.

## 6 Propositions :

Le récent rapport de l'IGAS<sup>26</sup>, évaluant le dispositif de lutte contre la maltraitance dans les ESMS, fait des propositions visant l'échelon ministériel. Nous nous contenterons donc de faire des propositions concrètes pour la Région Nord Pas de Calais.

### 6.1 Concernant les services déconcentrés de l'Etat

1. Améliorer le mode d'information des agents des différents services sur les changements d'organisation et de fonctionnement des services pilotes tels que la MACE et l'ICE, par exemple pour la centralisation des plaintes, ou celle des dossiers d'inspection dans leur version définitive (y compris à la MRIICE).
2. Valoriser les tableaux de bord par un rendu des résultats de leur exploitation, aux professionnels impliqués dans l'inspection. Ceci permettrait d'améliorer leur renseignement et leur retour au service centralisateur.
3. Proposer des temps d'échange et de réflexion communs autour de thèmes précis tels que : la parution des guides de la MAFI, le projet d'établissement, le projet de vie individualisé, le circuit du médicament<sup>27</sup>... afin de faire émerger un discours commun aux membres des missions d'inspections, et d'éviter ce que les associations gestionnaires qualifient d' « *incohérences d'un inspecteur à l'autre* ». Ces travaux pourraient donner lieu à la rédaction de fiches techniques auxquelles pourront se référer aussi bien les agents des services déconcentrés de l'Etat, que les établissements. Cette démarche permettrait que les corps d'inspection soumettent leurs pratiques professionnelles au regard de leurs collègues.

Nous pouvons citer l'expérience de la région Centre où les services déconcentrés de l'Etat ont établi un guide d'évaluation, créant des indices thématiques chiffrés, permettant de mesurer le risque de maltraitance<sup>28</sup>. Cette métrologie permet aux établissements de repérer les axes à travailler, et les services de l'Etat peuvent ainsi orienter le choix des établissements à inspecter dans le cadre du PRIICE.

---

<sup>26</sup> BAS-THERON F., BRANCHU C. Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Rapport IGAS n° 2005179, mars 2006, 89p.

<sup>27</sup> DRASS des Pays de la Loire, DDASS de Loire Atlantique. *Médicaments dans les établissements médico-sociaux*. Novembre 2005 consultable sur internet : <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/spph070.html>

<sup>28</sup> FABRE B. DRASS Centre.

Ces 3 points pourraient être abordés annuellement au cours d'une réunion animée par la MRIICE et les coordonnateurs des services MACE et ICE des 2 départements de la région.

4. Afin de surveiller et contrôler le circuit du médicament, les pharmaciens inspecteurs pourraient être associés aux inspections en ESMS au vu des articles L5411-1 et R5126-111 à 115 du CSP. Ils ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux lois et règlements relatifs à l'exercice de la pharmacie L'article R5126-1 s'applique aux établissements médico-sociaux ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (hébergeant des personnes mineures ou adultes mentionnés aux 2 et 7 du L312-1 ou âgées). Lors d'un entretien, le pharmacien inspecteur régional a laissé entendre qu'il pourrait s'investir dans l'inspection de 2 à 4 établissements par an.
5. Organiser la gestion des suites d'inspections en définissant qui en est chargé, avec quel échancier, et définir une ligne de conduite notamment concernant l'utilisation des sanctions. Nous avons en effet par quelques exemples, vu la nécessité de s'assurer auprès des établissements de l'effectivité du suivi des recommandations ou injonctions proposées par les services déconcentrés, en effectuant un suivi rapproché.
6. Définir dans le cadre du PRIAC et des schémas départementaux, des programmations budgétaires prioritaires. Nous avons en effet repéré qu'il est nécessaire de prévoir en permanence des financements pour :
  - le maintien des locaux aux normes de sécurité, et pour leur entretien régulier afin d'éviter leur dégradation. De même, pour le mobilier.
  - l'adaptation du nombre de professionnels nécessaires
  - permettre à chaque professionnel de bénéficier de formation continue valorisant les bonnes pratiques. La fréquence doit en être définie, ainsi que les thématiques : la loi 2002-2 et ses différents outils, la responsabilité des professionnels, l'accueil des populations particulières (autistes, Alzheimer, enfants présentant des troubles du comportement, soins particuliers selon les pathologies rencontrées...), prévention de la maltraitance, gestes d'urgence... ces formations pourraient être organisées en lien avec le secteur Sanitaire, ce qui pourrait être un volet du SROS.
  - Développer des lieux d'écoute et d'analyse régulière des pratiques professionnelles dans chaque établissement, ce qui permettrait de prendre soin des soignants.

## **6.2 Concernant l'articulation des services de l'Etat avec les autres institutions**

Mettre en place une instance départementale regroupant au moins l'Etat, le Conseil Général et la Justice, mais à laquelle le CREAL, les usagers, les associations gestionnaires d'établissement et les associations d'écoute téléphonique devraient être présents afin de coordonner le dispositif d'observation, de prévention et de lutte contre la maltraitance.

- Des formations communes aux agents de l'Etat, du Conseil Général et de l'assurance maladie, aux techniques d'inspection pourraient être organisées à l'échelon régional.
- Vis-à-vis des établissements et associations gestionnaires, afin de dynamiser les initiatives qui ont été prises, l'Etat pourrait être à l'initiative de journées thématiques abordant la maltraitance, le circuit du médicament les différents outils de la loi 2002-2... Elles pourraient être l'occasion d'échanges de « savoirs faire et savoirs être » entre établissements de différentes associations gestionnaires, mais accueillant le même type de population. Si nous avons rencontré des représentants de 2 grosses associations gestionnaires, qui ont pris les moyens de s'organiser, nous ne savons pas ce qu'il en est des petites associations gérant très peu d'établissements.

Ici aussi nous voyons que ce type d'initiative ne peut s'organiser sans la participation des partenaires que sont les conseils généraux, la justice, le CREAL, et les fédérations d'associations...).

## Conclusion

Nous avons vu que le programme d'inspection dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance, est complémentaire aux instructions des plaintes. En effet, il a permis d'inspecter plus particulièrement les établissements accueillant des enfants handicapés et les CHRS, qui sont plus rarement objet de plaintes que les établissements accueillant des personnes âgées ou des adultes handicapés.

Les inspections programmées ont été plutôt bien reçues par les établissements et les associations gestionnaires, qui se sont mobilisés dans une démarche d'amélioration des pratiques. En effet, dès la procédure contradictoire, certains établissements avaient déjà pris des mesures correctrices. Pour d'autres, la réticence à reconnaître la « maltraitance » et à en parler, a provoqué un mes-investissement des professionnels.

Le programme a incité les associations gestionnaires à mobiliser et mutualiser les équipes de professionnels, et les directeurs d'établissements, autour des exigences de la loi 2002-2. Cela a demandé un énorme investissement. La formalisation écrite des bonnes pratiques professionnelles, trop souvent empiriques et liées au bon sens, nécessite de mobiliser du temps en équipe. Chacun doit accepter de soumettre au regard de l'autre ses « façons de faire ». Ensuite, les directeurs et les cadres des établissements doivent faire preuve de ténacité, pour rappeler les procédures qui ont été validées, et veiller à leur appropriation par les équipes.

Si le programme mobilise de façon importante les agents des services déconcentrés de l'Etat dans cette démarche de prévention, il nécessite une organisation (définition commune de protocole d'inspection, d'une échelle de sanctions, de modalité d'information des services de la Justice et du Conseil Général...). Par ailleurs la gestion des suites doit être organisée, car elle seule permet de s'assurer de l'effectivité du suivi des recommandations et injonctions.

Il permet de dégager des axes prioritaires nécessitant un financement régulier pour permettre :

- des travaux de mise aux normes et d'entretien des locaux et du mobilier
- de mettre en place des plans de formation continue valorisant les bonnes pratiques professionnelles, qui retentiront sur une meilleure organisation des services.
- de recruter du personnel qualifié

Il met en évidence la nécessaire coordination entre les partenaires concernés par le financement et le contrôle des établissements médico-sociaux.

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique, interlocuteur privilégié de l'utilisateur, ayant une bonne connaissance du terrain acquise particulièrement par le biais des inspections, peut jouer le rôle de conseiller technique lors des diverses étapes de la vie d'un établissement. Il est vigilant aux besoins des populations pour lequel il est territorialement compétent, il participe à la définition précise des besoins de la région en termes de moyens ainsi qu'à la définition des priorités par sa participation à la rédaction des schémas départementaux ou programmes régionaux.

---

# Bibliographie

---

## Textes : lois, règlements, circulaires :

### Lois :

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

Loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations, article 8 relatif à la protection des salariés des ESMS lorsqu'ils témoignent de faits de maltraitance

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

### Ordonnances :

Ordonnance N° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### Décrets :

Décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livre III, auxiliaires médicaux, titre 1<sup>er</sup> : profession d'infirmier.

Décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relative au Code d'Action Sociale et de la Famille (partie réglementaire).

## **Circulaires :**

Circulaire N° DAS/DSF 2/98/275 du 5 mai 1998 relative à la prise en compte des situations de maltraitance à enfants au sein des ESMS.

Note d'orientation de la DAGPB / IGAS n° 99-173 du 18 mars 1999, sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions d'inspections déconcentrées dans le domaine sanitaire et social.

Instruction interministérielle N° Cabinet/DGAS/2001/52 du 10 janvier 2001, relative à la protection de l'enfance.

Circulaire N° Cabinet / 2001 / 157 du 23 mars 2001 relative aux priorités stratégiques en matière de santé et d'action sociale et à l'allocation de ressources aux DRASS et DDASS pour l'exercice 2001.

Circulaire DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.

Circulaire n° Cabinet / 2002 / 97 du 14 février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des *maltraitements et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes*.

Circulaire N° DGAS / SD2 / 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.

Circulaire n° DGAS / SD2 / 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 N° DAGPB/MOS/MSD/2006/165 du 11 avril 2006 relative à la directive nationale d'orientation pour 2006.

## Rapports, études :

FABRE B. *Caractériser et prévenir la maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repères pour l'exercice des garanties publiques accordées aux personnes vulnérables. Les enjeux pour les dirigeants des institutions.* Orléans mai 2005.

MOSER AL. *L'inspection : un outil dans la lutte contre la maltraitance.* Mémoire d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale : ENSP Rennes, 2003, 80 p.

ZOLESI M *Prévenir le risque de maltraitance des personnes lourdement handicapées en foyer de vie, sur le chemin de la bientraitance...*Mémoire CAFDES Personnes adultes handicapées : ENSP Rennes, 2004, 78p.

JOEL ME. *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9/8/04 : commission "personnes âgées personnes handicapées"* mars 2005.70p. Disponible sur internet [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

TURSZ A. *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. Rapport général.* Ministère de la Santé et des Solidarité. Paris : La Documentation Française, Mai 2005. Disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

RIVAULT F. *Réduire et prévenir les négligences en institution par une réorganisation des services.* Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public : ENSP Rennes, 2004, 80p.

GUILLERME E. *La vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales en institution l'exemple de l'établissement public médico-social (EPMS) "le littoral" de St Brevin-les-pins.* Mémoire de directeur d'établissement social et médico-social public : ENSP Rennes, 2004, 77p.

BAS-THERON F., BRANCHU C. *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux.* Rapport IGAS n° 2005179, mars 2006, 89p.

DESTAIS N., VINCENT G., IGAS. *Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social. Code mission AFS / SE / GT 960225*. Rapport, 1998, Paris, 98p.

**Articles de périodiques :**

GABEL M. Dossier Maltraitements. *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2000, n° 31, pp. 19-66.

BEYLEMANS C., CORBET E., FERNEZ G., DUMOND S., BOIRIN P. Dossier : prévenir la maltraitance. *Direction(s)*, Février 2005, n° 16, pp. 22-29.

LAGRAULA-FABRE M. La violence institutionnelle dans les établissements sociaux et médico-sociaux, une question de droit? *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janvier-février 2005, n° 1, pp 110-128.

DREES. Déficiences et handicaps des enfants passés par les CDES. *Drees Etudes et Résultats*, février 2006, n°467, 8p.

DONNIO I. Les maltraitements des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de liberté? *Gérontologie*, 1999, n°109, pp. 21-28.

HEINIGER M. Moi, maltraiter? Jamais! *Soins infirmiers : Krankenpflege*, Septembre 2003, n°9, pp. 48-51.

RAYNAL F. Oser promouvoir la liberté d'aller et venir des usagers. *Actualité Sociales Hebdomadaires*, 14 janvier 2005, n° 2390, pp. 31-32.

SARAZIN I. Concilier liberté et sécurité dans les établissements. *Actualité Sociales Hebdomadaires*, 14 janvier 2005, n° 2390, pp. 33-34.

BOBEDA P., GARGOLY C. Briser le tabou de la maltraitance en institution. *Actualité Sociales Hebdomadaires*, 20 juin 2003, n° 2316, pp. 5-6.

JUILHARD JM. La maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en institution et les moyens de la prévenir. *Revue d'Action Juridique et Sociale, Journal du Droit des Jeunes*, avril 2003, n° 224, pp. 40-43.

TOMKIEWICZ S. Repères. Violences en institutions : les causes. *CREAI Rhône Alpes*, 1991, pp. 11-39.

VIARD A., GRECO J., CORBET E. Le traitement de la maltraitance dans les institutions Références, protocoles et procédures. *Dossier CREAI Rhône Alpes*, juin 2004, n° 134, pp. 1-19.

VULLIARD I. De la prévention de la maltraitance à la bientraitance : un grand pas. *Parents et gestionnaires*, 2004, n° 151, pp. 14-19.

CANALI M., FAVARD AM. Maltraitance et bientraitance : entre carence et blessure narcissique. *EMPAN*, 2004 n° 54, pp.158-164.

CORBET E., Une prévention des violences et maltraitements institutionnelles. *Direction CAFDES*, mars 2004, n° 21, p.9.

BLANCHARD S. La maltraitance des personnes handicapées reste un sujet tabou selon les sénateurs. *Le Monde*, 13 juin 2003, p.13.

THEBAULT P. Inspections : le bilan d'une rencontre. *Direction CAFDES*, mars 2004, n° 21, p. 8.

### **Ouvrages :**

MAFI, Inspection Générale des Affaires Sociales. *Guide des bonnes pratiques d'inspection*. Paris. 83p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. *Prévenir repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*. 2e éd. Rennes : Editions ENSP, 2001. 118p.

*Prévention et lutte contre la maltraitance. Programme d'inspections des établissements sociaux et médico-sociaux 2002/2006. Cahier des charges*. Mars 2002. Disponible sur <[http:// www.intranet.sante.gouv.fr//social/missions/age\\_vie/maltraitance](http://www.intranet.sante.gouv.fr/social/missions/age_vie/maltraitance)>

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. *Guide de repérage des risques de*

*maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Juillet 2002. 35 p.

LHUIILLER JM. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 2e éd. Rennes : Editions ENSP, 2005. 198 p.

MAFI, Inspection Générale des Affaires Sociales. *Gestion administrative des plaintes, Guide des bonnes pratiques, inspection par les DRASS et les DDASS*. Paris : Editions Sicom 05193 PARIMAGE, 2006. 31p.

DGAS Bureau de la protection des personnes. PRISME SIGNAL Guide d'utilisation. 3 décembre 2004.

SERVICE ETUDES ET STATISTIQUES DRASS NORD PAS DE CALAIS. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. 2005, pp.19-26.

MAGUEREZ G. *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*. Rennes : Editions ENSP, 2005. 119 p.

GOSSET D., HEDOIN H., REVUELTA E., DESURMONT M. *Maltraitance à enfants*. Paris : Masson, 1996. 197 p. Abrégé.

#### **Références disponibles sur Internet :**

Lutte contre la maltraitance : bilan intermédiaire sur les situations de maltraitance en institutions sociales et médico-sociales, 25 Juin 1999. Disponible sur internet : <<http://www.social.gouv.fr/htm/actu>>

Les différents types de schémas d'organisation sociale et médico-sociale disponible sur internet <<http://www.handicap.gouv.fr>>

---

## Liste des annexes

---

|   |   |
|---|---|
| Annexe I: <b>Champ du programme d'inspection de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS</b> ..... | 1 |
| Annexe II: <b>personnes rencontrées</b> .....   | 3 |
| Annexe III : <b>participation aux réunions</b> .....  | 5 |
| Annexe IV : <b>grille d'analyse des rapports d'inspection</b> .....   | 6 |
| Annexe V : <b>résultats</b> .....   | 9 |

**Annexe I : Champ du programme d'inspection  
de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS**

**Les structures à contrôler en priorité :**

les ESMS répondant à l'objectif minimum du programme doivent remplir les deux conditions suivantes :

1. assurer l'hébergement de tout ou partie des personnes prises en charge
2. relever en matière d'autorisation et de tarification, de la compétence de l'Etat ou de la compétence conjointe Etat / Département.

Sont donc concernés :

? les ESMS suivants relevant de l'Art L312-1 :

- les centres de rééducation professionnelle, centres de pré-orientation
- les ESMS qui assurent à titre principal une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (en internat) : Instituts Médico-Educatifs (IME), ITEP, établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (IEM), établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles, auditives, pour sourds et aveugles, centres d'accueil familial spécialisés.
- les établissements assurant l'hébergement et la prise en charge des adultes handicapés (Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), foyers à double tarification)
- les établissements accueillant des adultes en difficulté sociale (Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS), foyers d'accueil d'urgence)
- à titre dérogatoire au regard du 2<sup>nd</sup> critère cité, certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, prévus aux II et III de l'Art L313-12 du CASF, c'est à dire qu'ils ne sont pas soumis aux dispositions de la réforme de la tarification, même s'ils relèvent de la compétence exclusive du Département.

? les lieux de vie soumis à autorisation (Art L312-1-III) s'ils remplissent les 2 critères.

**Peuvent relever du programme :**

Lorsque l'établissement relève de la compétence départementale après accord local à rechercher avec le Président du Conseil Général :

- les établissements prenant en charge des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans, ainsi que des femmes enceintes et mères isolées avec leurs enfants de moins de 3 ans (Art L312-1-1° et art L222-5 du CASF) et notamment : maisons d'enfants à caractère social, centres de placement familiaux, établissements maternels
- les maisons d'enfants et pouponnières à caractère sanitaire (à titre dérogatoire car ne relevant pas du champ SMS)
- les lieux de vie accueillant des mineurs, de droit privé prévus à l'Art L321-1 et privés et publics mentionnés à l'Art L312-1-III.
- Les autres foyers hébergeant des personnes adultes handicapées, ainsi que ceux soumis à déclaration préalable
- les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont les services de soins de longue durée (SSLD)

**Ne relèvent pas du programme :**

Mais restent soumis au pouvoir de surveillance des DDASS et DRASS :

- les structures SMS n'assurant pas d'hébergement
- l'accueil à titre onéreux par des particuliers de personnes âgées ou handicapées adultes (Art L441-1 et L442-1 du CASF).

**Annexe II: personnes rencontrées**

| <b>Personnes rencontrées</b>  | <b>Lieu et date</b>  | <b>Objet</b>  |
|---|--|---|
| Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale. DDASS 59, pôle handicap.               | Lille<br>DDASS 59<br>25/01/06  | - modalités d'organisation des inspections et du suivi des établissements médico-sociaux dans le département du Nord.                                       |
| Inspecteur Principal, service MRIICE, DRASS de Bretagne                             | Rennes<br>ENSP<br>07/02/06   | - exemple de bilan de trois années d'inspection dans le cadre du programme de lutte contre la maltraitance.   |
| Inspecteur Principal, service MRIICE, DRASS Centre                                  | Paris<br>Ministère,<br>24/02/06  | - rôle des services déconcentrés de l'Etat dans la prévention de la maltraitance. Expérience d'une autre région.  |
| Directrice Adjointe DRASS 59. Responsable de la MRIICE.                             | Lille<br>DRASS 59<br>30/03/06  | - Organisation et missions de la MRIICE   |
| Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale. DDASS 62, service ICE.                | Arras<br>DDASS 62<br>25/04/06  | - organisation et missions du service Inspection Contrôle Evaluation.   |
| Médecin Inspecteur de Santé Publique. DDASS 62.                                     | Arras<br>DDASS 62<br>27/04/06  | - rôle du MISp dans la prévention de la lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux                                      |
| Médecin Inspecteur de Santé Publique. DDASS 62                                      | Arras<br>DDASS 62<br>27/04/06  | - rôle du MISp dans la prévention de la lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (expérience d'un autre département). |
| Médecin de Santé Publique, Coordinatrice du Réseau synapse et Médecin de la CDES 62 | Lille<br>Centre de dépistage des troubles de l'apprentissage<br>28/04/06 | - rôle attendu des services de l'Etat et en particulier des MISp, dans la lutte contre la maltraitance des enfants présentant un handicap                   |

| <b>Personnes rencontrées</b>                                       | <b>Lieu et date</b>                | <b>Objet</b>  |
|--|------------------------------------|---|
| Directeur d'un IME   | IME<br>11/05/06                    | - vécu d'une inspection, proposition de création d'un observatoire de la maltraitance pour les établissements gérés par une même association. |
| Directeur général de l'ADNSEA                                      | Lille, siège<br>ADNSEA<br>11/05/06 | - point de vue d'un directeur d'association gestionnaire d'établissements médico sociaux  |
| chargé de mission UDAPEI   | Lille, siège<br>UDAPEI<br>12/05/06 | - engagement d'une association de familles, dans la lutte contre la maltraitance institutionnelle, ou la promotion de la bientraitance.       |
| Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS 59                     | Lille<br>DDASS 59<br>12/05/06      | - place du MISP dans le médico-social, travail sur le schéma départemental du Nord, enfance handicapée.                                       |
| Chargé de mission CREA Nord Pas de Calais                          | Lille,<br>CREAI<br>23/05/06        |   |
| Centre d'observation et de Guidance LEERNES. Belgique              | Charleroi,<br>Belgique<br>30/05/06 | - maltraitance institutionnelle en Belgique : forme, moyens mis en œuvre pour la lutte  |
| Chef de service de l'observatoire départemental de la maltraitance | Lille<br>Hôtel du<br>Département   | - description de l'observatoire des maltraitements, objectifs, quel partenariat?  |

### **Annexe III : participation aux réunions**

| <b><i>réunions</i></b>   | <b><i>Lieu et date</i></b>           |
|--|--------------------------------------|
| Réunion MRIICE et chargé de mission auprès du procureur de la république du TGI de Lille                                       | Tribunal de Lille<br>13/12/05        |
| Suites d'inspection : quelles suites ont été données par l'établissement aux préconisations faites par la mission d'inspection | ITEP Armentières<br>15/12/05         |
| Groupe de travail sur les annexes de la circulaire concernant PRISME   | Paris Ministère<br>31/01 et 15/02/06 |
| COTOREP  | Lille<br>03/02/06                    |
| Présentation du SROS au CROSMS   | Lille DRASS<br>23/03/06              |

**Annexe IV : grille d'analyse des rapports d'inspection**

1.généralités :

**DEPARTEMENT :** 59 / 62

**N° dossier :**

**ETABLISSEMENT :** Capacité et population autorisés :

**Association gestionnaire :**

**TYPE :** Handicap Enfants      **IME / IMP/ IEM / IMPRO / IRP / AUTRE**  
 Handicap Adulte      **FOYER DE VIE / FO /MAS / FAM / CAT / AUTRE**  
 Exclusion      **CHRS / AUTRE**  
 Personnes Agées      **EHPA / EHPAD**  
 Autre      **CPI**

**INSPECTION DANS LE CADRE :** Programme régional        
 Plainte        
 Autre : audit...     

**date d'inspection :** / /200      **Nbre de jours :**

**Composition de la mission d'inspection : nombre de personnes :**

| Professionnel             | DDASS | DRASS | Autre Administration Associée : |
|---------------------------|-------|-------|---------------------------------|
| IASS                      |       |       | Service de l'Etat :             |
| MISP                      |       |       |                                 |
| Secrétaire administrative |       |       | Services du département (CG) :  |
| IGS                       |       |       |                                 |
| IES                       |       |       | Assurance Maladie :             |
| AS                        |       |       |                                 |
| CTTS                      |       |       | Experts :                       |
| Autre                     |       |       |                                 |

L'inspection suit le plan du guide      oui      non      **nbre de pages :**

Rapport contradictoire : oui      non

Remarques :

## 2. Facteurs de risques identifiés et conclusions de l'inspection

| Investigations effectuées Cocher les cases des champs concernés   | Facteur de risque repéré par la mission d'inspection | Cocher les champs pour lesquels le risque de maltraitance a donné lieu à : |                          |
|---|--|--|--------------------------|
|   |  | Recommandations*   | Injonctions*             |
| <b>1 Conditions d'installation</b>                                |  |  |                          |
| <b>11 L'Environnement et les espaces</b>                          |  |  |                          |
| 111 Implantation géographique et environnement                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 112 Espace privé et collectifs                                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>12 Accessibilité, hygiène et sécurité</b>                      |  |  |                          |
| 121 Accessibilité   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 122 Hygiène et maintenance  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 123 Sécurité des installations                                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>2 Conditions d'organisation</b>                                |  |  |                          |
| <b>21 Accessibilité, hygiène et sécurité Cadre institutionnel</b> |  |  |                          |
| 211 Respect des autorisations de fonctionner                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 212 Projet d'établissement  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 213 Conduite générale de l'établissement                          | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 214 Règlement de fonctionnement                                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>22 Personnel et organisation du travail</b>                    |  |  |                          |
| 221 Recrutement, effectif, qualification                          | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 222 Formation professionnelle                                     | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 223 Organisation du travail                                       | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 224 Conditions de travail   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>23 Vigilance et protection des personnes</b>                   |  |  |                          |
| 231 Information et chaîne de décision                             | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 232 Surveillance et veille active                                 | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 233 Traitement des situations de maltraitance...                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>3 conditions de fonctionnement</b>                             |  |  |                          |
| <b>31 Déroulement du séjour</b>                                   |  |  |                          |
| 311 Projet de vie individuel                                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 312 Accueil, admission, sorties                                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 313 Vie quotidienne   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 314 Accueil de la famille et de tiers                             | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 315 Protection de la personnes et des biens                       | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>32 Prestations de services</b>                                 |  |  |                          |
| 321 Hébergement   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 322 Accompagnement  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 323 Education   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 324 Soins   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| 325 Evaluation  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

\*Recommandations d'amélioration des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement, n'emportant pas péril immédiat pour les personnes

\*\* Injonctions visant à obtenir des modifications structurelles *importantes* des conditions d'installation, d'organisation et du fonctionnement (y compris modification du type de la population accueillie, du mode d'hébergement et de prise en charge) et à faire cesser une situation de risque pour les personnes.

## 3. Suites proposées par la mission d'inspection

|                             | oui                      | Avec nouvel accueil pour les résidents | Procédure d'urgence      |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <b>Injonctions (nombre)</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Fermeture partielle         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Fermeture totale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Fermeture définitive        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Fermeture provisoire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Administrateur provisoire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| Autre                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |

Visites de suivi, de contrôle  
si oui, nombre :

Saisine du procureur proposée (article 40) :  
oui non date auteur

## 4. outils de la loi 2002-2

| loi 2002-2   | inspection                       |       | 1- équivalent existe | 2-a mettre en conformité aux textes | 3-à mettre en place | 4- déjà conforme aux textes | 5- en cours |
|--|----------------------------------|-------|----------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|
|  | inspection avant sortie du texte | après |                      |                                     |                     |                             |             |
| projet d'établissement 4/1/03  |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| charte des droits et libertés de la personne accueillie 8/9/03                       |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| conciliateur qualifié 14/11/03   |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| réfèrent du patient  |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| règlement de fonctionnement d14/11/03 application 15/5/04                            |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| livret d'accueil c23/4/04  |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| contrat de séjour d26/11/04 application 27/5/05                                      |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| projet individuel  |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| CVS D modificatif 2/11/05  |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| prévoit le partage de fonction avec les parents                                      |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |
| prend en compte la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance |                                  |       |                      |                                     |                     |                             |             |

## 5. les soins :

|   | non | oui | remarques |
|---|-----|-----|-----------|
| - Les soins médicaux et thérapeutiques sont coordonnés dans le respect de la réglementation   |     |     |           |
| 1>la prise en charge médicale, psychologique et psychothérapeutique des personnes est organisée   |     |     |           |
| 2>présence d'un médecin réfèrent  |     |     |           |
| 3>Tout soin et médicament donné a bien fait l'objet d'une prescription individuelle, écrite, lisible, signée et suivie  |     |     |           |
| 4>Existence de protocoles CAT, concernant les urgences, soins, l'accompagnement, la prévention et le traitement des escarres, la déshydratation, la dénutrition, chutes, contentions, changes ... |     |     |           |
| 5>les locaux à vocation médicale sont conformes   |     |     |           |
| 6>La gestion de l'armoire à pharmacie est conforme à la réglementation (clé, toxiques, stocks)  |     |     |           |
| 7>en cas de décès, accompagnement des proches, des personnels et autres résidents prévu   |     |     |           |
| 8>dossiers médicaux séparés, respect du secret médical  |     |     |           |
| 9>L'établissement a passé des conventions prévoyant les modalités de prise en charge par un service de psychiatrie, urgences,,,   |     |     |           |
| 10>Projet de soins  |     |     |           |
| 11> personnel adéquat en qualification et nombre  |     |     |           |

tableau 13

Recommandations effectuées en fonction du type de population accueillie

| <b>CONDITIONS D'INSTALLATION</b>                   | <b>Enfants handicapés N=23</b> | <b>%</b> | <b>Adultes handicapés N=13</b> | <b>%</b> | <b>Personnes âgées N=25</b> | <b>%</b> | <b>Adultes en précarité N=11</b> | <b>%</b> | <b>Autre N=1</b> | <b>Total</b> |
|--|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------------------------------|----------|------------------|--------------|
| Implantation géographique et environnement         | 0                              | 0,0      | 0                              | 0,0      | 0                           | 0,0      | 0                                | 0,0      | 0                | 0            |
| Espaces privés et collectifs                       | 12                             | 52,2     | 1                              | 7,7      | 3                           | 12,0     | 5                                | 45,5     | 0                | 21           |
| Accessibilité                                      | 6                              | 26,1     | 1                              | 7,7      | 3                           | 12,0     | 0                                | 0,0      | 0                | 10           |
| Hygiène et maintenance                             | 10                             | 43,5     | 5                              | 38,5     | 9                           | 36,0     | 3                                | 27,3     | 0                | 27           |
| Sécurité des installations                         | 15                             | 65,2     | 6                              | 46,2     | 10                          | 40,0     | 9                                | 81,8     | 1                | 41           |
| <b>Total</b>                                       | <b>43</b>                      |          | <b>13</b>                      |          | <b>25</b>                   |          | <b>17</b>                        |          | <b>1</b>         | <b>99</b>    |
| Nbre moyen de recommandations                      | 1,9                            |          | 1,0                            |          | 1,0                         |          | 1,5                              |          |                  | 1,4          |
| <b>RECOMMANDATIONS / CONDITIONS D'ORGANISATION</b> | <b>Enfants handicapés N=23</b> | <b>%</b> | <b>Adultes handicapés N=13</b> | <b>%</b> | <b>Personnes âgées N=25</b> | <b>%</b> | <b>Adultes en précarité N=11</b> | <b>%</b> | <b>Autre N=1</b> | <b>Total</b> |
| Respect des autorisations de fonctionner           | 8                              | 34,8     | 3                              | 23,1     | 6                           | 24       | 7                                | 63,6     | 1                | 25           |
| Projet d'établissement                             | 12                             | 52,2     | 4                              | 30,8     | 4                           | 16       | 4                                | 36,4     | 1                | 25           |
| Conduite générale de l'établissement               | 7                              | 30,4     | 4                              | 30,8     | 5                           | 20       | 4                                | 36,4     | 1                | 21           |
| Règlement de fonctionnement                        | 8                              | 34,8     | 1                              | 7,7      | 2                           | 8        | 3                                | 27,3     | 1                | 15           |
| Recrutement, effectifs, qualifications             | 8                              | 34,8     | 4                              | 30,8     | 7                           | 28       | 4                                | 36,4     | 1                | 24           |
| Formation professionnelle                          | 11                             | 47,8     | 4                              | 30,8     | 6                           | 24       | 1                                | 9,1      | 1                | 23           |
| Organisation du travail                            | 17                             | 73,9     | 5                              | 38,5     | 8                           | 32       | 11                               | 100,0    | 0                | 41           |
| Conditions de travail                              | 4                              | 17,4     | 4                              | 30,8     | 5                           | 20       | 5                                | 45,5     | 0                | 18           |
| Information et chaîne de décision                  | 12                             | 52,2     | 4                              | 30,8     | 3                           | 12       | 7                                | 63,6     | 1                | 27           |
| Surveillance et veille active                      | 11                             | 47,8     | 3                              | 23,1     | 7                           | 28       | 8                                | 72,7     | 1                | 30           |
| Traitement des situations de maltraitance          | 12                             | 52,2     | 3                              | 23,1     | 6                           | 24       | 8                                | 72,7     | 1                | 30           |
| <b>Total</b>                                       | <b>110</b>                     |          | <b>39</b>                      |          | <b>59</b>                   |          | <b>62</b>                        |          | <b>9</b>         | <b>279</b>   |
| Nbre moyen de recommandations                      | 4,8                            |          | 3                              |          | 2,4                         |          | 5,6                              |          | 9                |              |
| <b>CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT</b>                | <b>Enfants handicapés N=23</b> | <b>%</b> | <b>Adultes handicapés N=13</b> | <b>%</b> | <b>Personnes âgées N=25</b> | <b>%</b> | <b>Adultes en précarité N=11</b> | <b>%</b> | <b>Autre N=1</b> | <b>Total</b> |
| Projet de vie individuel                           | 13                             | 56,5     | 6                              | 46,2     | 2                           | 8        | 7                                | 63,6     | 1                | 29           |
| Accueil, admissions, sorties                       | 1                              | 4,3      | 0                              | 0,0      | 0                           | 0        | 4                                | 36,4     | 1                | 6            |
| Vie quotidienne                                    | 3                              | 13,0     | 1                              | 7,7      | 4                           | 16       | 2                                | 18,2     | 0                | 10           |
| Accueil de la famille et des tiers                 | 4                              | 17,4     | 1                              | 7,7      | 1                           | 4        | 1                                | 9,1      | 0                | 7            |
| Protection des biens et personnes                  | 0                              | 0,0      | 0                              | 0,0      | 1                           | 4        | 0                                | 0,0      | 0                | 1            |
| Hébergement  | 2                              | 8,7      | 0                              | 0,0      | 3                           | 12       | 0                                | 0,0      | 0                | 5            |
| Accompagnement                                     | 3                              | 13,0     | 0                              | 0,0      | 1                           | 4        | 1                                | 9,1      | 0                | 5            |
| Education  | 2                              | 8,7      | 1                              | 7,7      | 0                           | 0        | 0                                | 0,0      | 0                | 3            |
| Soins  | 16                             | 69,6     | 8                              | 61,5     | 9                           | 36       | 5                                | 45,5     | 0                | 38           |
| Evaluation   | 0                              | 0,0      | 0                              | 0,0      | 1                           | 4        | 0                                | 0,0      | 0                | 1            |
| <b>Total</b>                                       | <b>44</b>                      |          | <b>17</b>                      |          | <b>22</b>                   |          | <b>20</b>                        |          | <b>2</b>         | <b>105</b>   |
| Nbre moyen de recommandations                      | 1,9                            |          | 1,3                            |          | 0,9                         |          | 1,8                              |          | 2                |              |