



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles

Groupe n° 17

- | | |
|-------------------------|--------|
| – BROUSSY Marion | – D3S |
| – CIPIANI Isabelle | – DS |
| – CIPRIANO Jean-Marie | – EDH |
| – de KERMADEC Denis | – IASS |
| – DELPORTE Marie-France | – DS |
| – DOSSER Jean-Marc | – DS |
| – KERFOURN Jean- Marie | – D3S |
| – KOUKOUI Karl | – D3S |
| – METZINGER Anne | – EDH |
| – MOTHES Corinne | – EDH |
| – MOURET Julien | – D3S |
| – ZAIDAN Samira | – IASS |

Animateur

Pascal THEBAULT

Sommaire

DEMARCHE PEDAGOGIQUE	1
INTRODUCTION	2
1 LA NOTION DE MALTRAITANCE DANS LE SECTEUR MEDICO- SOCIAL	3
1.1 La maltraitance, un problème complexe qui nécessite une approche multidimensionnelle	3
1.1.1 L'apport du travail définitoire.....	3
A) Trois concepts	3
B) Eléments de débat autour des définitions	5
C) Une récolte d'informations malaisée.....	6
1.1.2 Les causes de la maltraitance institutionnelle selon le rapport du Conseil de l'Europe de janvier 2002	6
A) L'hostilité ou l'indifférence à l'égard de personnes différentes	6
B) Le manque de formation du personnel	7
C) La difficulté de prise en charge des usagers	7
D) Le dysfonctionnement organisationnel de l'établissement.....	8
E) L'inadéquation des institutions aux publics accueillis	8
1.2 La maltraitance des personnes vulnérables : un sujet devenu d'actualité	8
1.2.1 De la négation du phénomène	8
1.2.2 ... à sa reconnaissance.....	9
1.3 L'inscription législative du phénomène de maltraitance institutionnelle	10
2 LA GESTION DE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE	12
2.1 Le traitement des actes de maltraitance avérée	12
2.1.1 Le signalement : première étape dans la prise en compte de la maltraitance.....	13
2.1.2 Les conséquences directes du signalement	14
A) La protection de la victime	14
B) La protection des personnels	14
C) L'engagement d'une procédure disciplinaire	15
2.1.3 Le signalement : l'occasion d'une prise de conscience ?.....	15
2.2 La prévention de la maltraitance institutionnelle	16
2.2.1 L'identification des acteurs	16
A) Les acteurs institutionnels.....	16

B)	Les personnes accueillies et leur famille.....	17
C)	Les partenaires de l'établissement dans la prévention de la maltraitance.....	17
a)	Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.....	17
b)	Le comité départemental de prévention et de lutte contre les maltraitances envers les personnes vulnérables	18
2.2.2	Les outils mobilisables dans le cadre de la prévention de la maltraitance	18
A)	Dans le champ des ressources humaines, du management.....	19
a)	Les procédures de recrutement visant à garantir le bon choix de professionnels.....	19
b)	La politique de formation	20
c)	La valorisation des compétences des professionnels	20
d)	Les conditions favorables d'exercice	21
e)	L'expression de la parole.....	21
B)	Dans la prise en charge de la personne accueillie	21
2.2.3	La politique qualité : support privilégié de la prévention de la maltraitance.....	22
A)	La prévention de la maltraitance ne peut s'exonérer de la mise en œuvre d'une démarche qualité	22
B)	L'apport de la régulation – supervision à l'adéquation des pratiques aux besoins de la personne accueillie.....	23
C)	Les guides de bonnes pratiques	23
D)	Une gestion des risques s'appuyant sur des clignotants appropriés	23
CONCLUSION.....		25
BIBLIOGRAPHIE		26
LISTE DES ANNEXES.....		XXIX

Remerciements

L'ensemble du groupe ayant rédigé ce rapport tient à exprimer sa gratitude à toutes les personnes qui ont apporté leur concours son élaboration :

Mme BARRIER	Directrice de l'école d'aides soignantes	<i>Le Mans</i>
Mme BELDENT	Directrice de la MAPAD des Trois Vallées, Membre du comité technique de l'association ALMA	<i>Le Mans</i>
M BLECON	Conseiller technique DDASS	<i>Quimper</i>
M le Pr DEBOUT	Chef du service de médecine légale au CHU Membre du conseil économique et social.	<i>Saint-Etienne</i>
M DENIAU	Directeur de l'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, Président de l'AIRE	<i>Châteaubourg</i>
Mme FERLICOT	Directrice du Centre d'habitat des Deux Rivières, Etablissement médico-social	<i>Cesson-Sevigné</i>
M LAURENT	Secrétaire Général de l'ADAPEI	<i>Rennes</i>
M LECAM	Directeur de l'Institut pour l'Insertion des Déficients Visuels	<i>Brest</i>
Mme NAGEOTTE	Responsable de MRIICE-DRASSIF	<i>Paris</i>
M ZITTOUN	Psychothérapeute	<i>Vincennes</i>

Nous tenons également à remercier Monsieur Pascal THEBAULT pour son aide et son accompagnement tout au long de ce module interprofessionnel.

Liste des sigles utilisés

ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
AFBAH	Association pour la bienveillance des aînés et/ou handicapés
AIRE	Association des Instituts de Rééducation
ALMA	Allo Maltraitance des personnes âgées
ANGELIQUE	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CP	Code Pénal
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence inadaptée
D3S	Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-social
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EDH	Elève Directeur d'Hôpital
EHPAD	Etablissement d'Hébergement de personnes âgées dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
ESMS	Etablissement Social et Médico-social
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IPIDV	Institut pour l'insertion des déficients visuels
MAFI	Mission d'appui aux fonctions d'inspection
MAPAD	Maison d'accueil pour les personnes âgées dépendantes
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection contrôle et évaluation
ONU	Organisation des Nations Unies
UNAPEI	Union Nationale des amis et parents d'enfants inadaptés
VAE	Validation des acquis d'expérience

DEMARCHE PEDAGOGIQUE

OBJECTIF : A partir d'une problématique de santé publique, le module interprofessionnel a eu pour principal intérêt de favoriser la confrontation de la culture et des connaissances d'élèves issus de filières différentes. Ce travail a fait naître les conditions propices à une compréhension approfondie de notre environnement professionnel futur.

METHODOLOGIE

Appropriation du sujet : Une discussion sur le thème proposé par M Pascal THEBAULT s'est tenue lors de notre séance inaugurale. La lecture des textes figurant dans le document MIP a donné à chacun l'occasion de s'approprier le sujet. L'orientation du traitement du sujet a été ensuite débattue.

Organisation administrative : Un membre du groupe a accepté d'être désigné « référent logistique ». Celui-ci a pris en charge la gestion administrative du module.

Travail exploratoire : Sur la base d'une liste des professionnels proposée par l'animateur, nous avons retenu ceux qui nous semblaient susceptibles de nous éclairer.

Un plan provisoire a été élaboré par l'ensemble du groupe afin de déterminer des axes de recherche. Plusieurs sous-groupes ont été constitués et ont investi chacun un axe. Le travail de recherche bibliographique a été réparti par sous-groupes.

L'organisation des entretiens a commencé par la prise des multiples rendez-vous. Une grille d'entretien a ensuite été conçue sur la base de laquelle se sont conduits les entretiens qui ont fait l'objet d'une répartition ayant permis à tous les membres du groupe d'y participer.

Chaque entretien mené directement auprès d'un professionnel, avec le concours de 2 ou 3 personnes, a contribué à de nombreux échanges nourris par la diversité de nos approches et enrichi nos recherches documentaires complétées par la consultation de sites Internet appropriés.

Débats : Quotidiennement, le fruit de nos recherches faisait l'objet d'une restitution collective aboutissant à des réflexions constructives favorisant l'émergence d'un consensus sous la forme d'échanges d'idées et de débats vivants.

Rédaction du rapport : La rédaction du rapport final a été conduite par sous-groupes avec une relecture collective systématique. Le fruit de notre travail collectif a abouti à la formulation d'une réponse consensuelle. Cette dernière, si elle ne prétend pas répondre définitivement au phénomène complexe des maltraitances, se veut être opérationnelle au bénéfice des acteurs de terrain.

INTRODUCTION

« ... toute institution secrète la violence(...) il faut que l'on comprenne que c'est quasi naturel (...) et nous devons exercer une vigilance minutieuse pour éviter la violence dans les institutions.»¹

En 2003, le Sénat a publié un rapport sur le thème de la maltraitance des personnes handicapées, au titre évocateur : « briser la loi du silence », témoignant de l'intérêt des pouvoirs publics pour cette question.

L'évolution du statut de l'enfant dans notre société et la reconnaissance des droits des usagers ont favorisé une prise de conscience de la nécessité de lutter contre les maltraitances. En effet, après les violences commises à l'encontre des enfants, ont été prises en compte celles orientées vers les autres personnes vulnérables. Par ailleurs, la reconnaissance de droits aux patients a interrogé les pratiques institutionnelles et a incité les établissements à recentrer leur fonctionnement sur le patient.

Enfants et adultes handicapés, personnes âgées, la maltraitance touche essentiellement les personnes vulnérables, en état de dépendance. En 2001, un programme pluriannuel d'inspections (2002-2006) a été lancé qui, pour la première fois, s'inscrit dans une démarche préventive en matière de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, la durée de séjour et l'état de dépendance des personnes âgées sont susceptibles de dévoyer la relation soignant-soigné, par nature ambivalente, et constituent des facteurs de risque de maltraitance. Aussi, nous avons choisi d'axer notre étude sur la maltraitance subie par les personnes handicapées et les personnes âgées hébergées dans les structures du secteur médico-social.

Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance : dans quelle mesure les professionnels de santé publique ont-ils pris sur les violences institutionnelles ? Si les actions menées aujourd'hui ont pour objectif affiché de lutter contre la maltraitance, ne permettent-elles pas également d'instiller dans les services une véritable « culture de la bientraitance » ?

La maltraitance en institution, phénomène complexe longtemps ignoré, voire nié, est aujourd'hui pris en considération par les pouvoirs publics. La lutte contre la maltraitance a longtemps été envisagée sous l'angle curatif, notamment par le biais du signalement. Les établissements disposent depuis peu d'outils leur donnant les moyens de mettre en œuvre une prévention des actes de maltraitance (I). Sur le terrain, la manière dont les acteurs se seront appropriés ces outils leur permettra d'aller au-delà de la seule lutte des actes de maltraitance vers une véritable politique de prévention. Cela passe par une évolution des cultures professionnelles intégrant la promotion de la bientraitance (II).

¹ Stanislas TOMKIEWICZ Violences en institutions. CREA Rhône-Alpes, 1992

1 LA NOTION DE MALTRAITANCE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

La prise en compte du phénomène de la maltraitance dans le secteur médico-social nécessite une approche qui s'appuie à la fois sur la clarification de ses différentes acceptions, son évolution sociétale ainsi que le cadre législatif qui y fait référence.

1.1 La maltraitance, un problème complexe qui nécessite une approche multidimensionnelle

La maltraitance est une réalité complexe qui reste difficile à appréhender tant dans la multiplicité de ses causes que dans la nature des violences qui la caractérisent.

1.1.1 L'apport du travail définitoire

A) Trois concepts

Le Robert définit la maltraitance comme étant de mauvais traitements infligés aux enfants. Le mot apparaît dans le cadre de travaux sur les enfants maltraités. Il est issu du verbe maltraiter, lui-même issu du verbe latin « tractare » employé au sens de traîner violemment, mener difficilement. Son préfixe *mal* met l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de traiter l'autre.

Selon le Conseil de l'Europe, la maltraitance est le fait de violence qui 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 personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité ou nuit gravement à sa sécurité financière².

Elle se traduit au travers de situations de violences physiques ou morales, matérielles ou financières, médicales ou médicamenteuses. La violence peut être également institutionnelle, architecturale et se manifeste par la privation ou la violation des droits.

Deux concepts de base servent à décrire la maltraitance au niveau international : la négligence et l'abus.

La négligence est le fait de ne pas subvenir aux besoins d'une personne tant au niveau physique, psychologique, affectif que spirituel. Elle revêt deux aspects : le premier, passif, par exemple une non-intervention par manque de connaissance sur des chances de guérison ; le second, actif, comme le refus d'assistance.

² Commission du conseil de l'Europe, 1987, à propos des personnes âgées

Quant à lui, l'abus est un mode de contrainte volontaire et actif causant un préjudice physique, psychologique ou sexuel, ou du tort sur le plan financier. La gravité de l'abus réside dans l'intention de nuire de la part de son auteur.

Aujourd'hui, le terme de maltraitance est un terme polémique. Il recouvre à la fois celles dites « en bosse » et celles dites « en creux ». Les premières renvoient essentiellement à des actes isolés liés à la personnalité de la personne maltraitante. Les secondes concernent des situations moins aisément repérables. La distinction sur le terrain entre ces deux catégories est parfois difficile. La qualification de maltraitance en creux est déstabilisante pour les professionnels, elle revêt un caractère « culpabilisant ».

La vulnérabilité physique ou psychologique de la personne est susceptible de favoriser la survenance de maltraitance. Le handicap constitue en soi un facteur de risque de maltraitance. De façon générique, on peut également avancer que toute institution est potentiellement maltraitante, ne serait-ce que parce que la vie en collectivité limite souvent l'expression de la singularité de chaque personne accueillie³.

Les violences institutionnelles s'apparentent à des cas de maltraitance qui peuvent être des situations durables et chroniques (structurelles) participant de fait à la quotidienneté de la vie des personnes accueillies (usagers). Les cas de violence institutionnelle peuvent se révéler aussi être des situations d'irruptions soudaines et brutales qui reflètent un processus de crise⁴.

De manière générale, entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient à l'épanouissement (dans ses différentes dimensions psychoaffective, cognitive, physique ou sociale), tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne accueillie.⁵ Il peut résulter de cette définition que la violence en institution recouvre notamment les situations interpersonnelles dans lesquelles il s'agit d'imposer à un enfant, un usager ou un salarié, un rapport de force, de domination par une contrainte soit physique soit morale. Pour autant, on ne saurait ignorer totalement l'existence d'actes de violence commis par les usagers à l'encontre des professionnels liés à l'institution.

La relativité de la notion de violence dans le temps et dans l'espace rend difficile l'appréciation du caractère maltraitant de certains actes. Par exemple, jusque dans les années 1960, le châtement corporel faisait partie des pratiques éducatives usuelles, que ce soit dans le cercle familial ou à l'école. Aujourd'hui, ces pratiques ne sont plus admises

³ Livre blanc de l'UNAPEI

⁴ Paul Durning, Maltraitements institutionnelles.

⁵ CREAI Rhône-Alpes

en raison de leur caractère attentatoire à l'intégrité et à la dignité des personnes concernées.

Le terme de bientraitance, d'apparition récente⁶, signifie traiter avec bienveillance, « prendre soin de ». Aujourd'hui, il se révèle être une réponse préventive à la maltraitance. Il souligne une mobilisation pour un meilleur traitement des usagers dans les institutions et met l'accent sur la prévention des maltraitements en promouvant de bonnes pratiques professionnelles. Ainsi, dans les institutions, la bientraitance peut se confondre avec la mise en place de procédures et l'édification de normes et de références. La bientraitance peut se traduire par l'élaboration d'outils comme le contrat de séjour ou un projet de vie valorisant. Elle peut aussi apparaître pour d'autres comme une négation des risques inhérents à l'accompagnement des personnes vulnérables.

B) Eléments de débat autour des définitions

Ces définitions sont mouvantes et placent les personnels en difficulté permanente quant à l'application des instruments et des procédures qui sont censés répondre à la maltraitance. Ainsi, certains auteurs regrettent qu'en proclamant l'excellence de l'institution, la « promotion de la bientraitance » mette davantage l'accent sur les normes et procédures que sur la recherche d'une institution « suffisamment bonne ». En effet, Eliane CORBET, Docteur en psychopédagogie, se demande si l'abandon de la référence à la prévention des maltraitements ne conduit pas « à une sorte d'euphémisation au risque de perdre l'intention de vigilance et l'attention à l'autre qui ne se résolvent pas par les seuls modes procéduraux »⁷.

Toutefois, la bientraitance est présentée par ses promoteurs comme une posture, une approche positive de la problématique des violences institutionnelles. Être bientraitant, c'est reconnaître les personnes dans leur plénitude, c'est être convaincu que l'usager dans toute sa vulnérabilité reste et demeure une personne⁸. Elle préside à une relation de qualité tout en ne méconnaissant pas le fait que les difficultés et les erreurs font partie intégrante des métiers en lien avec la prise en charge des personnes vulnérables.

⁶ Monsieur le Professeur Hugonot, gériatologue, administrateur de la Fondation Nationale de Gériatologie, Président d'Alma France, 1987

⁷ Eliane Corbet, CREA Rhône-Alpes, juin 2004

⁸ Pr Michel Debout, Chef de service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne. Rapporteur du groupe de travail « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », 2001

C) Une récolte d'informations malaisée

Les cas de maltraitance sont difficiles à appréhender pour plusieurs raisons, notamment la vulnérabilité des personnes accueillies qui ne peuvent exprimer elles-mêmes les violences dont elles sont l'objet, le secret des procédures, la peur des représailles, la honte à extérioriser des traitements dégradants, l'opacité des institutions qui préfèrent taire leurs cas de maltraitance, etc.

Toutefois, lorsqu'ils existent, les chiffres proviennent de deux sources : du bureau chargé de la protection des personnes à la DGAS et des associations de victimes, telles que l'association Allo Maltraitance (ALMA).

D'après Madame Catherine Vautrin, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, la maltraitance « des personnes âgées concerne 5 % des plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans »⁹, ce qui tend à démontrer que plus la personne est vulnérable, plus elle est sujette à des actes de maltraitance.

Concernant les établissements sociaux et médico-sociaux, en 2001, le ministère donne un état des lieux fixant la typologie des violences constatées en institutions. Sur 151 cas déclarés, 68 concernent des atteintes sexuelles (45 %), 28 des atteintes physiques (18,5%) et 8 des cas de négligences graves (5,3 %). Pour l'association ALMA, l'année 2003 s'est ponctuée par le doublement de nouveaux cas signalés par rapport à l'année précédente, ce qui atteste d'une sensibilité plus grande vis-à-vis du phénomène. Parmi les violences signalées, 36 % concernent les négligences, 20 % les violences physiques, 18 % les violences psychologiques, 11 % les violences financières, 7 % les violences médicales

1.1.2 Les causes de la maltraitance institutionnelle selon le rapport du Conseil de l'Europe de janvier 2002

A) L'hostilité ou l'indifférence à l'égard de personnes différentes

Un certain nombre d'éléments font que les personnes ne sont pas accueillies avec une attention adéquate. Ainsi, la multiplication des intervenants prenant en charge des individus nécessitant une assistance personnelle et des soins intimes est génératrice de maltraitance. Par ailleurs, la solitude à laquelle sont confrontées de nombreuses personnes handicapées et/ou âgées constitue un facteur essentiel de risque. De plus, les maltraitements peuvent être liés à des abus de pouvoir, découlant du type de relations qu'entretiennent ces personnels avec les personnes vulnérables et aux dérives qui

⁹ Catherine Vautrin, discours du 14 décembre 2004 à l'occasion de la réunion du Comité national de vigilance contre la maltraitance.

peuvent en découler. Il est une maltraitance habituelle au sein des établissements : tutoiement systématique et péjoratif envers les personnes accueillies, même s'il peut exister un tutoiement affectif à leur égard. De plus, une politique de valorisation du personnel déficiente, en terme de conditions de travail, de reconnaissance, de perspectives d'avancement de carrière, de faiblesse et d'inégalité de rémunération est néfaste, de même qu'une réglementation mal appliquée ou un contrôle trop faible.

B) Le manque de formation du personnel

La souffrance causée par les personnels aux personnes handicapées est fréquemment liée à l'existence de préjugés et à une méconnaissance du handicap. Les fautes professionnelles, par erreurs ou incompétences, peuvent générer de la souffrance. Le manque de qualification peut ainsi expliquer une part des actes de malveillance qu'on serait tenté d'imputer à un aspect pervers de la personnalité de leurs auteurs. Le travail de nuit, en particulier, est souvent effectué par du personnel moins bien formé à la prise en charge du handicap, même s'ils ne sont pas nécessairement plus maltraitants, mais ils vivent des situations plus délicates que les personnels de jour.

C) La difficulté de prise en charge des usagers

Selon Monsieur Hugonot¹⁰, le premier facteur de la victimisation est leur état de faiblesse. C'est la faiblesse qui expose les personnes âgées, de la même façon que les enfants, les femmes et les personnes handicapées, mais la victimisation est souvent invisible. Souvent la résignation passive tient lieu de consentement. Les abus peuvent survenir dans toutes les classes sociales et n'importe qui est susceptible de devenir un abuseur dans des conditions de stress intense et prolongé. La maltraitance physique ou sexuelle est parfois la conséquence de maltraitements antérieurs, financiers, verbales ou psychologiques, mais ce n'est pas la règle. C'est une dérive comportementale qui commence souvent par l'infantilisation de la personne âgée, le manque d'intimité, de pudeur et de respect.

Certaines pathologies ou des états de dépendance extrême, comme les handicaps lourds ou les pathologies démentielles, peuvent favoriser l'émergence chez autrui de situations de violence. De même, la violence parfois extrême des usagers (jeunes en difficulté, personnes agressives...) peut exaspérer le personnel et provoquer en retour de la maltraitance.

¹⁰ GINESTE Yves (sous la dir.), Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées, édition Animagine, mars 2004, 328 p, page 205

Témoignage : « Le cas d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, « agressif » lors de sa toilette, a été discuté dans une équipe. Celle-ci a décidé de réagir à ce comportement par des actes brutaux (savon dans les yeux, la tête dans la taie d'oreiller devant les infirmières...). Alors comment faire la toilette à un monsieur qu'il faut maîtriser ? Comment éviter de prendre des coups ? La seule solution trouvée par cette équipe (...) a été la violence notamment en lui frappant les yeux avec un gant savonné ! »¹¹

D) Le dysfonctionnement organisationnel de l'établissement

Celui-ci peut relever de l'organisation institutionnelle : absence de projet de soins, absence d'organisation des soins, gestion opaque et conflictuelle du personnel ou absence de lieux d'écoute permettant aux salariés de s'exprimer sur l'existence de maltraitances commises par leurs collègues.

E) L'inadéquation des institutions aux publics accueillis

La maltraitance résulte de l'accueil de personnes handicapées dans des institutions dont elles ne relevaient pas directement, c'est-à-dire mal équipées pour les accueillir dans les meilleures conditions. En effet, l'absence d'adaptation des lieux (rampes d'accès, barres d'appui, ascenseurs, matériel désuets, etc.) afin de permettre l'autonomie de déplacement des bénéficiaires est un fait courant. De même, l'UNAPEI affirme que l'hétérogénéité des personnes accueillies et la promiscuité constituent des facteurs de risque de violence et de situations d'abus. La surpopulation des institutions et des foyers peut augmenter la possibilité de situations néfastes.

1.2 La maltraitance des personnes vulnérables : un sujet devenu d'actualité

Si le phénomène de maltraitance a été longtemps nié, il est enfin pris en compte, notamment grâce à la médiatisation de certaines affaires.

1.2.1 De la négation du phénomène ...

La maltraitance des personnes vulnérables, personnes handicapées ou personnes âgées, a trop longtemps été un phénomène nié ou en tout cas sous-estimé, une question tabou, à l'instar de l'enfance maltraitée, il y a encore quelques années.

¹¹ GINESTE Yves (sous la dir.), Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées, édition Animagine, mars 2004, 328 p.

Mauvais traitements, négligences, abus sexuels représentent un problème majeur de santé publique, projeté sur le devant de la scène par les médias qui se font l'écho de situations récentes. Cette effraction bruyante renvoie à la question toujours prégnante de la maltraitance comme phénomène nouveau. Mais les mauvais traitements envers les enfants ont toujours existé ; nouvelle, en revanche, est la reconnaissance de l'enfant en tant que personne ayant des besoins spécifiques et des droits propres.

Les enfants d'autrefois étaient fragiles, mais remplaçables, à la différence de ceux de nos sociétés contemporaines, qui ne meurent plus en bas âge et sont devenus rares, chers, surprotégés¹². Le regard de la société à leur égard se transforme : ce qui pouvait être tolérable autrefois n'est plus acceptable actuellement dans nos pays industrialisés.

En effet, la représentation que l'on se fait de la maltraitance a évolué avec les mœurs et les sciences humaines. Le concept de maltraitance est étroitement lié à l'évolution dans le temps de la conception de l'enfant. Dans l'Antiquité, certains faits comme l'immolation des enfants pour un sacrifice aux dieux, l'abandon ou encore l'infanticide étaient admis (l'infanticide était un moyen "normal" de contrôle des naissances ; les nouveaux-nés handicapés, anormaux ou difformes étaient supprimés). Au moyen âge, l'enfant est vu comme un adulte en miniature, participant aux lourds travaux des champs et aux guerres. Au 18^{ème} siècle apparaît la conception de l'enfant en tant que personne. Le 19^{ème} siècle et son industrialisation sont aussi un siècle d'importante mortalité infantile, car l'enfant est exploité. Ceci aura sans doute pour effet de provoquer les débuts de la protection de l'enfant. Quant aux institutions, les châtiments corporels et les punitions ont longtemps fait partie intégrante des pratiques éducatives, avec une discipline stricte copiée sur la règle religieuse.

1.2.2 ... à sa reconnaissance

Le processus de reconnaissance des droits de l'enfant n'a abouti que récemment, avec l'adoption en 1989, par l'Organisation des Nations Unies (O.N.U.), de la Convention internationale des droits de l'enfant. La situation juridique de l'enfant a alors considérablement évolué : jusqu'alors considéré comme objet de puissance paternelle et non titulaire de droits, il est reconnu aujourd'hui comme étant un sujet de droit doté de droits et libertés. Toutefois, admettre l'existence de ces droits ne signifie pas pour autant qu'ils soient appliqués¹³.

¹² M. MANCIAUX, M. GABEL, D. GIRODET, C. MGNBOT, M. ROUYER, enfance en danger, Fleurus psychopédagogie, Paris, 2002.

¹³ S. RUBILIANI-LENNE, le rôle des institutions face à la maltraitance, certificat de sciences criminelles, université de droit et sciences politiques, Nantes <http://courage.webpan.com/enfance>.

On a beaucoup étudié ces dernières années les différentes formes de maltraitance directe exercée sur les enfants au sein de leurs familles. On commence à décrire les violences exercées sur les enfants par les institutions chargées de les accueillir, de les soigner ou de les instruire.

De plus, il y a eu une période de latence entre la prise en considération des violences intra familiales et la prise en considération des violences institutionnelles. On n'a commencé à parler de violences institutionnelles qu'à partir de 1980. Il faudra attendre encore bien des années pour que la maltraitance des personnes vulnérables sorte de l'ombre et que les médias s'en fassent l'écho (affaire des disparues de l'Yonne).

1.3 L'inscription législative du phénomène de maltraitance institutionnelle

La volonté des pouvoirs publics de lutter contre les violences et les maltraitements dans les institutions se traduit au travers d'une législation qui vise à promouvoir le respect de la dignité humaine et à réaffirmer aujourd'hui, les droits des usagers.

L'émergence du droit des populations les plus fragiles de notre société n'est pas une notion récente. Elle prend ses origines, entre autres, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée en 1948 et plus tard en 1959, à travers la Déclaration des droits de l'enfant qui lui confère notamment le droit d'être protégé contre toute forme de négligence et de cruauté.

Par la suite, le droit des usagers se manifestera à travers notre législation interne. C'est ainsi que les droits des personnes handicapées seront concrétisés par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, en date également du 30 juin 1975, offrant un autre positionnement de l'utilisateur au sein du dispositif de l'action sociale en l'associant au fonctionnement de l'établissement. Il faudra attendre la fin des années 80 pour qu'une loi fasse état de la « maltraitance » à l'égard des enfants et organise l'obligation de signalement à l'autorité judiciaire (loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance)¹⁴.

Parallèlement, dans le cadre de la protection des mineurs, est apparue la circulaire n°98-275 du 5 mai 1998 relative aux institutions sociales et médico-sociales rappelant l'obligation qu'elles ont de répondre fermement aux violences faites aux mineurs à partir de la prise en compte de la parole de la victime et la répression de l'auteur de l'infraction. Le législateur ne s'est pas arrêté là. En effet, en juillet 2000 est créé, au sein de la DGAS,

¹⁴ <http://www.social.gouv.fr>, intervention de Monsieur JACOB sur la maltraitance des mineurs lors des conférences des DRASS et des DDASS du 22 mai 2003.

le bureau de protection des personnes qui est chargé du suivi des procédures et dispositifs transversaux en relation avec notamment le bureau de l'enfance et de la famille, chargé particulièrement de l'enfance maltraitée.

Par la suite, la circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables proposera trois axes permettant de prévenir la maltraitance. En effet, elle prévoit tout d'abord un contrôle réglementé et renforcé des structures¹⁵ pouvant déboucher sur la fermeture de l'établissement¹⁶. Ce contrôle s'accompagne d'une politique locale et coordonnée de prévention et de dépistage des violences en institutions¹⁷. Ensuite, cette circulaire renforce la vigilance au niveau du recrutement des professionnels. Enfin, il est question du souci d'informer et d'accompagner les victimes, familles, témoins et professionnels.

Les pouvoirs publics, relayés par le secteur associatif, vont prendre de plus en plus d'initiatives pour prévenir et lutter contre la maltraitance. C'est ainsi que la DGAS a lancé, le 1^{er} janvier 2002, un programme pluriannuel de prévention des risques de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

De plus, les insuffisances du dispositif de 1975, à savoir la non prise en compte des droits des usagers, le manque de souplesse dans la nomenclature des établissements, l'absence de coordination avec les établissements de santé serviront de fondements à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. En effet, s'inspirant du rapport Join-Lambert de décembre 1995, la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale est un acte de « refondation ». La priorité est donnée aux droits des personnes. Cette loi préconise la mise en place de dispositifs tels que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁸, le règlement de fonctionnement, la personne qualifiée pour faire valoir ses droits¹⁹ et le livret d'accueil²⁰. Si l'action est mise sur la priorité des bénéficiaires, la loi a aussi pour vocation de faire évoluer le fonctionnement des institutions en instaurant notamment l'évaluation des prestations et le renforcement du contrôle. Elle se pose ainsi en réponse aux phénomènes de violence et de maltraitance relevés dans les établissements.

De même, la circulaire n°2002- 265 du 30 avril 2002 incite les établissements à se doter de protocoles de signalement dans le cadre de leurs obligations en matière de

¹⁵ Réglementation des visites, des injonctions du Préfet ou du Président du Conseil Général.

¹⁶ Pouvoir relevant de la compétence du Préfet.

¹⁷ Véritable culture du contrôle, généralisation des inspections, élaboration des outils de dépistage et de prévention.

¹⁸ Arrêté du 8 décembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

¹⁹ Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003.

signalement des situations de maltraitance. Par ailleurs, à l'échelon national, la circulaire n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et les personnes âgées préconise la mise en place de dispositifs départementaux coordonnés de prévention et de lutte contre la maltraitance, d'une cellule interinstitutionnelle de traitement et de suivi des signalements, l'identification de personnes ressources et le développement et la création d'antennes d'appel et de recueil des signalements de maltraitance.

A ce jour, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme les droits des usagers en plaçant la personne au centre des dispositifs qui la concerne en substituant une logique de service à une logique administrative.

L'évolution présentée rend parfaitement compte de la part croissante des droits de personnes vulnérables au sein de notre système juridique. Le législateur semble donner les moyens pour protéger la personne contre les phénomènes de maltraitance et la prévenir.

2 LA GESTION DE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

Au sein des institutions, la prise de conscience des violences institutionnelles et de la nécessité de les prévenir est souvent liée à un incident ou au dépôt de plainte de victimes suite à des maltraitements. Il nous a donc semblé important d'identifier les réponses institutionnelles suite à un cas de maltraitance et comment l'apparition de ces faits peut être à l'origine d'une politique de vigilance et de prévention de ces actes.

D'autre part, le passage d'une responsabilité individuelle de la maltraitance à une responsabilité collective engageant les institutions conduit peu à peu, les établissements à développer une démarche de prévention de la maltraitance.

2.1 Le traitement des actes de maltraitance avérée

La circulaire du 30 avril 2002 vise à clarifier et renforcer les procédures de traitement des signalements de maltraitance en institution. Cette circulaire stipule que les préfets, les DDASS doivent veiller à ce que les responsables des établissements sociaux et médico-sociaux respectent leurs obligations dans des situations de maltraitance, afin de permettre aux victimes d'être protégées et à l'ensemble des personnes concernées de surmonter leur traumatisme.

²⁰ Circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004.

2.1.1 Le signalement : première étape dans la prise en compte de la maltraitance

Le signalement consiste en l'interpellation des autorités administratives et judiciaires par une victime ou un témoin d'un acte de maltraitance. L'acte de maltraitance est en général signalé en interne à l'autorité hiérarchique, cadre ou directeur, ce dernier se chargeant de la poursuite de la procédure administrative. Mais de plus en plus souvent ces témoins s'adressent aux réseaux d'écoute départementaux de type ALMA²¹ qui assurent une permanence d'écoute et de suivi des plaintes relatives à la maltraitance. La circulaire du 3 mai 2002 a prôné le développement de ces réseaux sur l'ensemble du territoire national.

Témoignage : Un des membres du réseau ALMA - 72 rencontré regrette qu'en 2005, le réseau reste encore «trop parcellaire», ce qui complique la tâche des antennes existantes (qui reçoivent des appels d'autres départements).

En outre, ce texte a également été à l'origine de la mise en place de cellule inter-institutionnelle de traitement et de suivi des signalements à l'échelle départementale, chargée d'analyser, de recenser et d'organiser le suivi des signalements de maltraitances²².

Une fois le directeur mis au fait de la situation de maltraitance au sein de son établissement il réalise le signalement administratif qui s'effectue en 4 étapes :

1. signaler ce cas de maltraitance à la DDASS (qui jugera de l'opportunité de diligenter une inspection) et informer le procureur de la République ;
2. informer les familles ou tuteurs des victimes ;
3. prévoir un accompagnement des victimes ainsi que des autres résidents si le besoin s'en fait ressentir ;
4. prendre des mesures d'éloignement des agresseurs présumés .

Ce signalement se distingue du signalement à l'autorité judiciaire, impératif lorsqu'il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets d'un crime, ou lorsque des mauvais traitements, des privations sont infligés à une personne vulnérable. Il repose sur le code pénal et l'obligation d'assistance à personne en péril. Son objectif n'est pas de dénoncer les maltraitants mais de protéger les victimes.

Les témoins des maltraitances sont essentiellement les personnels (39% des signalements en 2001), puis les victimes (27%), les familles (17%)²³. Ce qui s'explique en

²¹ Le réseau ALMA tend aujourd'hui à être étendu et complété avec un accueil des appels des personnes handicapées souffrant de maltraitance (ALMA- H : Allo Maltraitance Handicapés).

²² Circulaire DGAS du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

²³ Blanc Paul, Juilhard Jean- Marc, Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, Les rapports du Sénat, n° 339, 2003, p. 98.

partie par l'application aux personnels des institutions médico-sociales de l'article 40 al.3 du code de procédure pénale²⁴.

Cependant, malgré l'augmentation des signalements d'après les statistiques du réseau national ALMA, le signalement continue à se heurter à une véritable « loi du silence ». Ainsi les centres téléphoniques du réseau ALMA sont souvent confrontés à des interlocuteurs qui souhaitent rester anonymes par peur de représailles ou de perte d'emploi.

Dans le rapport du Sénat consacré à la maltraitance des personnes handicapées, Jean-Marc Juilhard évalue à 150- 250 le nombre de travailleurs sociaux sanctionnés chaque année, pour avoir transmis aux autorités de tutelle des faits de mauvais traitement envers des personnes handicapées²⁵.

2.1.2 Les conséquences directes du signalement

A) La protection de la victime

Depuis le 1^{er} mars 1994 le code pénal prévoit une protection «renforcée » pour les victimes mineures ou particulièrement vulnérables (art 222-8 et s. du code pénal en particulier). La vulnérabilité de la victime ainsi que l'autorité des auteurs de violences sur la victime sont aujourd'hui des facteurs érigés en circonstances aggravantes.

B) La protection des personnels

Le statut des agents de la fonction publique leur garantit protection²⁶. La loi du 1er novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations renforce la protection des salariés contre d'éventuelles représailles de l'employeur lorsqu'ils témoignent de maltraitance institutionnelle. L'article L 315-14-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit l'interdiction de prendre des mesures défavorables concernant un employé qui aurait dénoncé «des mauvais traitements ou des privations infligées à une personne accueillie ». L'art. 48 de la loi du 2 janvier 2002 a encore renforcé cette protection des salariés qui dénoncent. Mais si cette protection reste indispensable, elle n'est pas suffisante car après une dénonciation la personne à l'origine du signalement a souvent des difficultés à être réintégrée dans son service, elle y est souvent mise à l'écart par ses collègues.

²⁴ « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République ».

²⁵ Blanc Paul, Juilhard Jean- Marc,, Maltraitance envers..., op. cit., p. 53.

²⁶ Statut de la Fonction Publique de 1983.

Témoignage : Une directrice d'école d'aides soignantes, au sujet du signalement de maltraitances par des élèves, nous a confié que ces élèves « délatrices » ont ensuite eu des problèmes pour trouver un poste dans certaines structures.

C) L'engagement d'une procédure disciplinaire

Toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire. Il peut s'agir d'une faute professionnelle ou commise en dehors de l'activité professionnelle (cas du comportement incompatible avec l'exercice des fonctions ou portant atteinte à la dignité de la fonction). Le déclenchement des poursuites revient à l'autorité hiérarchique investie du pouvoir de nomination. En dehors de l'avertissement et du blâme, toute sanction²⁷ disciplinaire ne peut être prononcée sans l'avis du conseil de discipline composé des membres de la commission administrative paritaire concernée.

En amont de ces procédures le fonctionnaire peut être suspendu, dans le cadre d'une mesure conservatoire et provisoire, uniquement si une faute grave lui est reprochée, ou si son acte constitue une infraction pénale. Il reste considéré en activité et soumis aux droits et obligations liés à sa position de fonctionnaire.

2.1.3 Le signalement : l'occasion d'une prise de conscience ?

Le guide méthodologique de la DGAS « prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales » préconise suite à une inspection et un rapport des inspecteurs de la DDASS, la mise en place d'un suivi psychologique pour les victimes, les témoins des violences et leurs parents, mais également un « suivi de la communauté professionnelle culpabilisée ou traumatisée par des révélations concernant des collègues proches ». Cette parole a alors une portée réparatrice et non plus préventive.

Témoignage : Un psychothérapeute, spécialiste de la formation à l'UNAPEI sur le thème de la maltraitance, regrette que la majorité de ses interventions se fassent « le plus souvent lorsqu'il y a eu un cas avéré de maltraitance ou un accident et qu'il faut travailler avec l'équipe sur ce sujet et non pas en amont », mais reconnaît l'intérêt de ce type d'intervention extérieure, si elle permet d'engager une politique de prévention contre la maltraitance et une dynamique de bientraitance sur le long terme.

Le signalement est le moyen de dénoncer des violences d'une certaine gravité mais pour la maltraitance au quotidien, les carences que l'on peut relever dans le fonctionnement de l'institution et qui sont la source de maltraitances moins visibles, il perd toute efficacité. Ainsi, il est important que, suite à un acte de maltraitance dans une institution, des

²⁷ Les sanctions doivent être motivées et proportionnelles à la faute commise et sont classées en 4 groupes.

dispositifs préventifs soient mis en place : une cellule de veille chargée de la rédaction d'un protocole interne déclinant la conduite à tenir face à un acte de maltraitance, un système d'alerte avec indicateurs et clignotants d'alerte (qui recensent les indices de détérioration visibles). Ce dispositif peut être complété par la mise en place d'une médiation, d'une écoute, d'un accompagnement psychologique réguliers du résident et du professionnel, car ces procédures ont pour objectif de détecter la maltraitance en amont, d'assurer la sécurité, la qualité, la continuité de la prise en charge des résidents et non pas de culpabiliser les personnels.

Témoignage : Comme le souligne un directeur d'établissement, la difficulté, l'erreur font partie intégrante des métiers en lien avec la prise en charge de personnes vulnérables, il est important d'instaurer une relation de qualité, n'éluant pas « l'anodin du quotidien » sans pour autant remettre en cause le travail du personnel.

Il convient de prendre conscience de la facilité avec laquelle on peut devenir maltraitant et mettre en place des instruments qui instaurent une vigilance constante par rapport à cette question (guide des bonnes pratiques).

2.2 La prévention de la maltraitance institutionnelle

La loi du 2 janvier 2002 n'indique pas explicitement l'obligation de prévention des situations de maltraitance par la mise en place de protocoles.

La mise en œuvre d'une démarche de prévention des maltraitements exige l'implication du chef d'établissement et de l'ensemble de la communauté. Cet engagement doit être soutenu par des partenaires identifiés. Ainsi, la prévention de la maltraitance participe-t-elle à l'amélioration continue de la qualité des prestations fournies aux personnes accueillies, tout en utilisant la politique qualité comme support de ses actions.

2.2.1 L'identification des acteurs

Tout acte de violence doit faire l'objet d'un travail d'analyse et de réflexion engageant l'institution toute entière. Parce que « la violence est l'affaire de tous ; elle met en jeu la responsabilité et la dignité de l'humain »²⁸, elle justifie la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs.

A) Les acteurs institutionnels

Le directeur joue un rôle déterminant dans la prévention de la maltraitance. Il l'intègre dans la politique générale de l'établissement, au même titre que la reconnaissance et le

²⁸ Violence et champ social. Rapport du Conseil supérieur du travail social à la ministre de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de l'action sociale. Conseil supérieur du travail social. Editions ENSP. Rennes. 2002. 272 p

respect des personnes, l'obligation de vigilance. Il a la responsabilité du recrutement. Il impulse et maintient une dynamique de prévention de la maltraitance dans son établissement. Il s'appuie pour cela sur l'encadrement de proximité qu'il associe à la définition de la politique de prévention. La permanence des équipes et de son encadrement hiérarchique, assure une continuité, et constitue un facteur important dans une démarche de prévention des maltraitances. L'encadrement de proximité est un pilier fondamental, assurant sécurité, stabilité et pérennité des actions. Le personnel, quant à lui, doit impérativement s'approprier la démarche et être acteur, au quotidien, dans sa mise en œuvre. De l'engagement de l'institution dans son intégralité dépend l'efficacité des actions mises en œuvre, par la promotion d'une culture commune.

Plusieurs intervenants soulignent que la prévention de la maltraitance est l'affaire de tous, et insistent sur la responsabilité de chacun dans ce domaine.

Témoignage : « Si vous allez voir une dame de la maison de retraite de [...], elle est présente dans son institution. Elle est proche de son personnel, elle a des moyens relativement importants. Elle a une volonté. C'est le directeur qui fait l'établissement.[...] J'ai parlé de la direction mais ça peut être aussi le gestionnaire des soins. »

B) Les personnes accueillies et leur famille

Les usagers, par leur participation aux différents projets, leur implication dans les instances où ils sont invités à siéger ont un rôle essentiel dans le cadre de la prévention de la maltraitance.

C) Les partenaires de l'établissement dans la prévention de la maltraitance

Il est important que l'institution soit ouverte sur l'extérieur, sur son environnement afin qu'elle puisse externaliser ses problématiques de violences. Une institution fermée, vivant en autarcie, présente plus de risques d'être maltraitante. Dans ce cadre le recours aux consultants, experts, associations, groupes de professionnels constitue un moyen de prévention des actes maltraitants.

Témoignage : Selon un dirigeant, le risque de maltraitance est plus élevé dans une institution qui gère ses problématiques de violence en interne, qui entretient un sentiment de toute puissance, qui manque de cohérence, fait preuve de laxisme, est autocrate. Le défaut de communication interne, de lien, de cohésion favorise l'émergence d'actes maltraitants

a) Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale

La note du 18 mars 1999 créant les MRIICE, la circulaire du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances dans les institutions accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables, ainsi que le plan pluriannuel d'inspection et de contrôle 2002-

2006 modifient les pratiques d'inspection en instaurant un contrôle régulier des structures. Ces inspections préventives ont pour finalité le dépistage des violences institutionnelles. Ce programme prévoit le contrôle à titre préventif de 2000 structures d'ici 2006, en plus des inspections non programmées consécutives à des incidents ou à des plaintes. L'orientation des textes ministériels depuis 2001 tend à une redéfinition des relations entre dirigeants des institutions et inspecteurs, afin de développer une culture de collaboration et de coopération, d'évaluation et de contrôle. En outre, un bureau de la protection des personnes, au sein de la DGAS, créé en 2002, est consacré au problème de la maltraitance des adultes vulnérables.

Le vécu sur le terrain ne correspond pas forcément à la volonté des textes. Les directeurs rencontrés ont une représentation restrictive du rôle des inspecteurs alors même qu'ils sont en demande de prestations de conseil. La difficulté des inspecteurs réside dans le risque de confusion dans l'exercice des deux missions. La volonté des inspecteurs de s'engager dans cette mission se heurte aux contraintes liées à la charge de leurs fonctions traditionnelles.

b) Le comité départemental de prévention et de lutte contre les maltraitances envers les personnes vulnérables²⁹

Il associe l'ensemble des acteurs publics et associatifs concernés par la lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables. Il est chargé d'effectuer un diagnostic partagé, d'élaborer et d'évaluer un programme de sensibilisation, de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables.

2.2.2 Les outils mobilisables dans le cadre de la prévention de la maltraitance

La prévention de la maltraitance suppose l'utilisation d'outils, de méthodes à intégrer dans les pratiques des professionnels et dans l'organisation des établissements³⁰. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 préconise la mise en place d'un certain nombre de dispositifs (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale...) visant à prévenir les phénomènes de maltraitance. L'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, plaçant la personne accueillie au centre de l'organisation, la diffusion de la charte de l'usager, de procédures claires et connues de tous, la rédaction du règlement intérieur, entre autres, fondent les responsabilités de l'établissement. Ces différents éléments structurent l'organisation, offrent un cadre sécurisant aux professionnels, aux personnes accueillies. Ils assurent clarté et lisibilité de

²⁹ Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002, relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

³⁰ Jacques Greco, CREAI Rhône-Alpes n° 134, juin 2004.

l'institution, renforcées par l'association des professionnels et des usagers à la réflexion sur leur contenu.

Pour être efficace, la mise en place de ces outils doit s'accompagner d'une démarche pédagogique montrant leur intérêt dans la prévention de la maltraitance. Un management participatif permettra d'impliquer l'ensemble du personnel à leur élaboration pour une meilleure appropriation. En effet, ces outils ne seront opérants que s'ils sont réellement investis par l'ensemble des acteurs institutionnels. Or, le texte ne fournit aucun guide aux établissements pour les aider dans leur mise en œuvre.

Certains responsables ont profité de l'instauration de ces nouveaux instruments pour impulser une culture de la bientraitance. D'autres acteurs, reconnaissant l'utilité de ces outils, rejettent néanmoins la qualification de leurs pratiques par le terme de bientraitance, qu'ils trouvent inapproprié. Pourtant, sous des vocables différents, leurs démarches ne nous semblent pas fondamentalement divergentes.

Ces outils peuvent se révéler particulièrement efficaces dans la gestion du personnel et l'organisation des prises en charge.

A) Dans le champ des ressources humaines, du management

a) *Les procédures de recrutement visant à garantir le bon choix de professionnels*

La protection des patients contre les maltraitances commence dès le recrutement des personnels. La loi du 2 janvier 2002 impose à l'employeur public de prendre connaissance du bulletin n°2 du casier judiciaire du postulant.

La méconnaissance des bonnes pratiques et l'absence de formation professionnelle peuvent générer des actes maltraitants. Aussi, un savoir faire, un comportement respectueux des désirs et de la préservation du degré maximum d'autonomie de la personne dans le cadre d'un fonctionnement collectif sont attendus. La relation de soin exige un savoir-être : tout individu ne peut travailler au contact de personnes en souffrance et/ ou dépendantes. En effet s'assurer de la qualification du personnel, c'est aussi garantir la maîtrise de techniques, de savoir- faire et de pratiques de travail. Depuis 1998, la DGAS a renforcé la vigilance au niveau des recrutements des professionnels intervenant auprès des mineurs. En outre, les inspecteurs doivent et peuvent contrôler le recrutement des personnels intervenants auprès des personnes vulnérables, ainsi que la politique de recrutement de l'établissement.

Des entretiens, il ressort que nombre d'établissements ont recours, pour certaines catégories de personnels notamment les aides médico-psychologiques, à des personnels non qualifiés, faisant fonction, compte tenu des difficultés de recrutement rencontrées.

La phase de recrutement est cruciale dans la prévention des maltraitances. Certains responsables ont élaboré des procédures et des fiches de poste où les compétences requises sont clairement explicitées.

b) La politique de formation

Une prévention efficace passe nécessairement par l'information et la formation des différents acteurs de l'établissement, intervenant de jour comme de nuit.

« La formation est un levier d'intervention essentiel dans un dispositif de prévention et de lutte contre les comportements maltraitants, en tant qu'elle s'inscrit dans un projet évolutif des services et des établissements, et qu'elle permet un travail collectif d'élaboration et d'appropriation des valeurs communes et des bonnes pratiques ».³¹

Outre le développement de savoir-faire techniques, la formation favorise l'acquisition d'un comportement individuel adapté et tend vers une professionnalisation des pratiques. Elle contribue à la prise de conscience du caractère maltraitant de certains actes ou de certains comportements.

La formation permet d'éviter la banalisation des relations soignant-soigné, la professionnalisation de la prévention de la maltraitance. Elle concerne l'ensemble du personnel des institutions médico-sociales ainsi que les inspecteurs et médecins inspecteurs qui contrôlent ces institutions. Aussi, une des propositions de la commission d'enquête du Sénat³² est de « systématiser la sensibilisation à la maltraitance dans la formation des professions médicales et paramédicales impliquées dans l'accompagnement des [personnes vulnérables] (...). »

c) La valorisation des compétences des professionnels

L'utilisation d'une procédure d'entretien d'évaluation permet de cibler l'atteinte des objectifs de prise en charge des personnes accueillies dans l'établissement. De même l'évaluation des pratiques professionnelles objective le degré d'expertise de chacun, identifie les besoins en formation.

Concevoir une grille d'entretien annuel évaluant la contribution de chaque professionnel par rapport aux principes énoncés dans la charte associative, par exemple.

³¹ Debout Michel, Rapport DGAS, Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, éditions ENSP, décembre 2003, p. 67

³² Blanc Paul, Juilhard Jean- Marc., Maltraitance envers..., op. cit., p. 169

d) *Les conditions favorables d'exercice*

Les rythmes de travail, les temps de réflexion adaptés, les conditions de travail motivantes préviennent les actes maltraitants.

Privilégier le travail en binôme, afin d'évincer le sentiment de toute puissance d'un professionnel isolé face à une personne dépendante.

La détermination de ratios « raisonnables » permet d'éviter la mécanisation des tâches et d'offrir une réponse différenciée aux besoins propres de chacun.

La consultation des personnels sur l'organisation du temps de travail, la conception architecturale, le choix des équipements, ainsi que l'intérêt porté à l'entretien des locaux sont autant d'éléments entrant dans le champ de la prévention des maltraitances

e) *L'expression de la parole*

La communication entre les résidents, les familles, les personnels soignants et les gestionnaires donnent du lien, conforte les positionnements. La mise en place d'un conseil d'établissement opérationnel y participe. De même, les lieux d'écoute et de compréhension, où les situations difficiles rencontrées par les professionnels peuvent être exposées, sans crainte, sans relations hiérarchiques, y trouvent toute leur place. En effet, il convient de tout mettre en œuvre pour faire surgir la parole, sortir d'un sentiment de culpabilité. Ainsi, les groupes de travail, de parole permettent de réinterroger les pratiques professionnelles. Ils favorisent la recherche permanente de sens, un contrôle de l'adéquation des actes au projet individuel de la personne accueillie, au projet d'établissement. Le lieu institutionnel du passage à l'acte n'est pas forcément l'endroit où naissent les faits violents. Aussi les problématiques personnelles doivent pouvoir s'exprimer et être entendues.

B) Dans la prise en charge de la personne accueillie

L'élaboration et le suivi du projet de vie et de soins constituent un moyen de garantir le respect de la personne accueillie. De même, le choix et la liberté reconnus à l'utilisateur contribuent au respect de sa dignité et à celui de la charte des droits et libertés des personnes accueillies. La promotion de l'information, l'accès aux droits pour tous, ainsi que l'expression de la parole participent à la prévention de la maltraitance.

L'organisation de la prise en charge contribue à limiter le nombre d'intervenants auprès d'une personne.

Il convient de vérifier la participation effective des usagers, que leur parole ait été prise en compte, afin qu'ils soient réellement associés à l'écriture de leur projet individuel. Des indicateurs pertinents pourraient être élaborés.

2.2.3 La politique qualité : support privilégié de la prévention de la maltraitance

Selon Eliane Corbet³³ « il existe une violence faite à un usager dès lors qu'une institution ne remplit pas ou plus sa mission à son égard, dès que la qualité de son accueil n'est plus garantie, dès que les intérêts de l'institution priment sur ceux de l'utilisateur accueilli ». Ainsi, la qualité de l'accueil des usagers et des interventions garantit la prévention de la maltraitance. Cependant, « maltraitance » et « qualité insuffisante » ne doivent pas être confondues. Dans une démarche de prévention, l'institution doit porter une attention particulière à tous les facteurs potentiels de maltraitance, dans le sens où ils produisent des contraintes inutiles aux usagers et aux professionnels.

A) La prévention de la maltraitance ne peut s'exonérer de la mise en œuvre d'une démarche qualité

Eliane Corbet précise que faute d'inscrire son action dans une recherche de la qualité, toute institution d'accueil et de soins produit des situations à risque de maltraitance. Aussi, la loi du 2 janvier 2002 inscrit bien la praxis des professionnels dans une double position clinique et civique à l'égard des usagers. Le texte articule la prévention des risques de maltraitance et le respect des personnes accueillies avec l'évaluation des prestations et le renforcement du contrôle. Les méthodes d'évaluation participent à cette prévention en instituant cette nouvelle vigilance. Ainsi l'obligation d'évaluation, interne et externe, faite aux établissements sociaux et médico-sociaux, concernant les activités de l'institution, la qualité des prestations qu'elle délivre, au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles participe à la prévention des maltraitances institutionnelles.

Le contrôle et l'évaluation des institutions réalisés par les DDASS et DRASS doivent être considérées comme faisant partie intégrante de la démarche qualité au sein des institutions. Les inspecteurs ont une mission de conseil auprès de l'équipe dirigeante, et les inspections sont l'objet d'une remise en question de l'équipe, préalable à l'engagement dans une nouvelle dynamique, un nouveau projet.

Ainsi, la démarche qualité constitue-t-elle un excellent support à la prévention des situations de maltraitance. De la même façon, la promotion d'une culture de la bientraitance impulse et contribue au développement de la dynamique qualité au sein de l'établissement.

³³ Corbet Eliane, Dossier CREA Rhône-Alpes, n°134, juin 2004.

B) L'apport de la régulation – supervision à l'adéquation des pratiques aux besoins de la personne accueillie

Les processus d'évaluation des pratiques et d'observation fine des situations de vie et des besoins des personnes garantissent une prévention des violences et des risques de maltraitance, en alimentant une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations et le respect des droits et libertés des personnes accueillies.

C) Les guides de bonnes pratiques

Des guides de prévention à l'usage des professionnels³⁴ et les guides de bonne pratique professionnelle participent à la conduite d'une démarche de prévention de la maltraitance

D) Une gestion des risques s'appuyant sur des clignotants appropriés

Un certain nombre d'indicateurs peuvent attirer l'attention sur l'organisation de l'établissement et la qualité des prises en charges. Le recours à des questionnaires est un moyen approprié de maintenir la vigilance des professionnels vis-à-vis de la survenue de situations de maltraitance.

Certains signaux d'alerte nous semblent particulièrement pertinents : absence de projet d'établissement, de règlement de fonctionnement, problèmes récurrents avec le personnel, opacité des structures faible présence des cadres de direction sur le site ou investissement trop important de ceux-ci dans d'autres domaines.

³⁴ Ministère de l'emploi et de la solidarité Direction générale 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, 2ème édition, 2001, 118 p.

CONCLUSION

Les maltraitances subies par les personnes accueillies en institution sont désormais une réalité reconnue, jugée intolérable par le corps social.

Face à la complexité de ces phénomènes, nombre de professionnels ont réfléchi à l'élaboration et à la mise en œuvre de prises en charge centrées sur les besoins des personnes accueillies dans les ESMS et respectueuses de leurs droits. Nous assistons, en effet, à une prise de conscience de la responsabilité des ESMS dans la genèse des phénomènes de violence institutionnelle au sein de leur structure. Sous la pression des médias et grâce aux avancées du législateur, les professionnels développent une politique de prévention des actes de maltraitance à l'encontre des usagers, qu'ils inscrivent pour certains dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations, pour d'autres dans une promotion de la bientraitance.

Le vieillissement démographique attendu et les progrès médicaux exponentiels qui permettent de préserver des vies humaines, parfois au prix de handicaps, contribueront à accroître le nombre des personnes nécessitant des prises en charge lourdes. La maltraitance dont sont victimes les personnes vulnérables constitue dès aujourd'hui un enjeu de santé publique, un défi à relever pour les directeurs d'établissements, les directeurs de soins, les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, et plus largement, l'ensemble des professionnels du champ sanitaire et médico-social.

Alors que la société fait peser sur chacun des siens un impératif de performance, la manière dont elle appréhende ces phénomènes de maltraitance est révélatrice de sa capacité à reconnaître ses plus faibles. L'évolution des représentations sociales s'est traduite notamment par une diminution du seuil de sa tolérance vis-à-vis de tels actes attentatoires à la dignité humaine. Pour autant, la volonté affirmée d'assurer une place à tous risque de se heurter à la réalité du financement de prises en charge coûteuses. Il s'agira là d'un véritable choix sociétal, qui ne pourra faire l'économie d'une réflexion éthique soucieuse de valoriser les compétences dont dispose chaque être humain plutôt que de stigmatiser ses déficiences, sa différence.

Bibliographie

OUVRAGES

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel, Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation, Dunod, Paris, 2002, 320 p.

BLANC Paul, JUILHARD Jean- Marc, Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, Les rapports du Sénat, n° 339, 2003, 250 p.

CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, sous la direction de Pierre Denghozi, Violences et champ social, éditions ENSP, 2002, 272 p.

DEBOUT Michel, Rapport DGAS, Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, éditions ENSP, décembre 2003, 77 p.

DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Seli Arslan, Paris, 2004, 335 p.

GINESTE Yves (sous la dir.), Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées, édition Animateur, mars 2004, 328 p.

JANVIER Roland, MATHO Yves, Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, Dunod, Paris, 2002, 214 p.

MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D., MGNBOT C., ROUYER M., *Enfance en danger*, Fleurus psychopédagogie, Paris, 2002

MICHEL Michel, THIRION Jean-François, Faire face à la violence dans les institutions de santé, éditions Lamarre, Rueil Malmaison, 2004, 237 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Direction générale 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, 2^{ème} édition, 2001, 118 p.

TOMKIEWICZ Stanislas, Violences en institutions : les causes dans Violences en institutions : 1 repères, ed. CREA Rhône-Alpes, 1992.

REVUES

CREAI Rhône-Alpes

N° 134, juin 2004, pp. 14-17

Direction CAFDES,

N° 21, mars 2004, CORBET Eliane,

Directions,

Dossier « Prévenir la maltraitance », n°16, février 2005, pp. 22-29.

Echanges santé- social

ANGELHOU Daniel, CREOFF Michel, Prévention et repérage des risques de maltraitance en institution : politique nationale et programme pluriannuel d'inspections des établissements sociaux et médico- sociaux, n° 103, octobre 2001, pp. 15- 20.

Echanges santé- social

BESSE Françoise, La programmation d'un thème d'inspection : la maltraitance, , n° 103, octobre 2001, pp. 47-49

Formation Santé- social

Dossier les institutions maltraitantes, juillet 2001, n°47, pp. 6-13.

Gérontologie

BARRE Catherine, « Prévention : la formation négligée ? », n° 132, 4/ 2004, pp. 29-33.

Parents et gestionnaires

LOMBARDOT Bruno, n° 151

Revue de droit sanitaire et social

LAGRAULA- FABRE Myriam, La violence institutionnelle dans les établissements sociaux et médico- sociaux, une question de droit ?, Janv.- Fev. 2005, pp. 110- 128

TEXTES DE LOI

- Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.
- Loi relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.
- Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003, relatif au règlement de fonctionnement.
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Circulaire n° 98-275 du 5 mai 1998 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.
- Circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.
- Circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002.
- Circulaire n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et les personnes âgées.

AUTRES TEXTES

- Programme pluriannuel 2002-2006 des risques de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Rapport de la Commission d'enquête du Sénat déposé en juin 2003.

SITES INTERNET

www.social.gouv.fr

www.alma-france.org

<http://courance.webpan.com/enfance>

www.fep.umontreal.ca/handicap/g2.htm

<http://www.social.gouv.fr>,

Liste des annexes

GRILLE D'ENTRETIEN

ENTRETIEN N°1	Monsieur LECAM.
ENTRETIEN N°2	Monsieur DENIAU.
ENTRETIEN N°3	Monsieur LAURENT et Madame FERLICOT.
ENTRETIEN N°4	Madame BARRIER.
ENTRETIEN N°5	Madame NAGEOTTE.
ENTRETIEN N°6	Madame BELDENT.
ENTRETIEN N°7	Monsieur ZITTOUN.
ENTRETIEN N°8	Monsieur le Professeur DEBOUT.

GRILLE D'ENTRETIEN

Maltraitance, bientraitance : comment prévenir les violences institutionnelles

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

- 1.1. Des enquêteurs.
- 1.2. De l'objet d'étude.
- 1.3. Du cadre de l'étude.

2. PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

- 2.1. Quelle est votre expérience dans le domaine de la violence institutionnelle ?
- 2.2. Comment avez-vous été amené à vous intéresser à ce sujet ?

3. DEFINITION DES TERMES

- 3.1. Quelle est votre définition de la violence institutionnelle ?
- 3.2. Quelle distinction faites-vous entre violence et maltraitance ?
- 3.3. La violence institutionnelle est-elle une préoccupation nationale, européenne ?

4. CAUSES DE LA MALTRAITANCE

- 4.1. Si l'institution secrète la violence, la maltraitance institutionnelle est-elle une fatalité ?
- 4.2. Peut-on identifier des causes à la maltraitance ?
- 4.3. Comment l'institution peut-elle être source de situations de maltraitance ?

5. LA GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

- 5.1. De quels moyens les établissements disposent-ils pour prévenir les phénomènes de maltraitance ?
 - 5.1.1. Rôle du travail en équipe pluridisciplinaire, en partenariat, en réseau,.
 - 5.1.2. Elaboration d'outils spécifiques (protocoles...).
 - 5.1.3. Les apports législatifs (projet d'établissement, projet de vie, conseil de la vie sociale, livret d'accueil, évaluation externe, procédure de signalement, procédure d'évaluation interne et externe...).

- 5.1.4. Inspection, contrôle DDASS.
- 5.1.5. Réunions de régulation, supervision, débriefing...
- 5.1.6. Démarche qualité.
- 5.1.7. Evaluation des pratiques professionnelles.
- 5.1.8. Formation des personnels. Démarche de professionnalisation de la gestion de la maltraitance.
- 5.1.9. Autres.

5.2. A partir de votre expérience, quel regard portez-vous sur l'efficacité de ces différents dispositifs ?

5.3. Comment inscrire la prévention de la maltraitance dans une démarche institutionnelle ?

5.4. Quelles recommandations formulerez-vous sur la politique et les pratiques de prévention de la maltraitance ?

6. De la maltraitance à la bientraitance

6.1. Que pensez-vous de l'émergence de la notion de bientraitance ?

6.2. La bientraitance vous semble-t-elle être une réponse adaptée en terme de prévention de la maltraitance ?

7. La prévention de la maltraitance

7.1. Comment la prévention de la maltraitance peut-elle contribuer à l'amélioration continue de la qualité ?

7.2. Selon vous, dans quelle mesure les cadres dirigeants d'établissements sociaux et médico-sociaux et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales peuvent être des leviers dans la prévention de la maltraitance ?

8. Remerciements - Salutations

ENTRETIEN N° 1

PRESENTATION DE L'ENQUETE

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Monsieur Paul LECAM.

Directeur de l'Institut Pour l'Insertion des Déficients Visuels depuis 5 ans.

Titulaire du CAFDES (IRTS Rennes).

Ancien éducateur spécialisé.

A été responsable d'un foyer éducatif et d'une pouponnière.

Deux centres : un à Quimper, l'autre à Brest.

Equipe de 25 personnes.

Accueil de 76 jeunes.

Pas d'hébergement.

De son expérience en pouponnière, il a développé un intérêt particulier sur le sujet de la bientraitance. En effet, les jeunes enfants constituent l'archétype de la personne vulnérable et nécessitent une vigilance extrême, du fait de la fragilisation liée à la séparation d'avec la famille, d'avec le milieu ordinaire de vie. En outre, cette situation de fragilité est accentuée par les faibles capacités d'expression du jeune enfant.

DEFINITION DES TERMES

Monsieur LECAM n'utilise pas le terme de maltraitance, qu'il considère comme relevant des autorités judiciaires. Il lui préfère celui de bientraitance qui permet une approche positive de la problématique des violences institutionnelles.

La bientraitance est une question de posture. Elle se traduit par l'élaboration de réponses adaptées aux besoins de l'utilisateur, à la configuration des locaux. Cela passe par une stratégie managériale tenant compte, par exemple, de la plasticité des équipes de proximité.

CAUSES DE LA MALTRAITANCE

Selon Monsieur LECAM, le risque de maltraitance est plus élevé dans une institution qui gère ses problématiques de violence en interne, qui entretient un sentiment de toute puissance, qui manque de cohérence, fait preuve de laxisme, est autocrate. Le défaut de communication interne, de lien, de cohésion favorise l'émergence d'actes maltraitants.

LA GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

Tout individu ne peut exercer dans champ médico-social. Aussi les procédures de recrutement sont-elles déterminantes.

Les professionnels doivent être en capacité d'être en relation professionnelle avec des personnes qu'ils n'ont pas choisies. Leur action est efficiente s'ils établissent une véritable relation avec des personnes en demande d'aide et de soins. Cela passe par le don de soi, qui expose à une mise en danger.

Monsieur LECAM nous présente une grille d'entretien d'évaluation qu'il vient concevoir et qui permet de positionner la contribution du professionnel par rapport aux principes énoncés dans la charte associative.

La formation professionnelle vise à réduire le nombre de professionnels autour de l'enfant, l'apprentissage des bons gestes dont la technicité n'est pas synonyme de déshumanisation. Elle contribue au développement de compétences adaptées telle que l'observation, l'identification des signes référencés, à la prise de notes. Elle doit concerner l'ensemble de l'équipe, y compris le personnel de nuit.

La notion de pluridisciplinarité est primordiale en ce sens qu'elle permet constamment de réinstiller du sens dans le travail quotidien. Monsieur LECAM cite l'exemple du psychologue, René Clément, qui, de par sa position privilégiée d'observateur offre la possibilité de réinterroger régulièrement les pratiques. «La pluridisciplinarité permet à chacun de prendre une part finie de cette responsabilité infinie, contribue à limiter les dangers de la toute puissance, qui guette nécessairement toute personne isolée, ainsi que les risques de passage à l'acte, ou l'identification à la souffrance de l'autre ». La remise en cause de la neutralité bienveillante souligne l'importance de la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaire favorisant la distanciation vis-à-vis de la souffrance, et d'un encadrement assurant stabilité et sécurité.

Les équipes de nuit sont systématiquement associées à l'ensemble des réflexions concernant la prise en charge des enfants. Ainsi des réunions de travail avec des

pédopsychiatres ont pu aborder la problématique de l'angoisse de la nuit chez le jeune enfant.

Monsieur LECAM a mis en place un certain nombre de mesures. Ainsi, la détermination de ratios « raisonnables » évite la mécanisation des tâches et permet une réponse différenciée aux besoins propres à chaque enfant. De même, pour répondre à la problématique spécifique des jeunes enfants, il a considéré qu'il fallait élargir l'âge de prise en charge afin d'assurer une continuité dans la construction de l'histoire de vie de l'enfant. En effet, le passage d'un enfant dans une institution s'inscrit dans la continuité de son histoire de vie et donne lieu à des attachements ambivalents et ambigus.

La démarche qualité « explicite l'implicite de ce qui marche ». Elle rend lisible les actions à entreprendre, fixe un cadre évolutif. Elle s'inscrit dans la réflexion sur le sens des soins, en réinterrogeant la pertinence des actes. En se portant garant des projets de service, l'encadrement est fortement impliqué dans la mobilisation des équipes vers l'atteinte des objectifs définis.

La qualité vise l'amélioration du service rendu à l'usager, et l'efficacité des prises en charge.

Il souligne l'importance de la traçabilité des écrits dans le cadre de la bientraitance.

Monsieur LECAM indique que les outils préconisés dans la loi 2002-2 sont pertinents à condition de les habiter

Il note l'importance de la parole, et distingue deux moyens d'expression à finalité différente :

- La réunion de concertation, instituée, régulière (une fois par mois par enfant), qui permet de faire le point avec les personnes qui en ont la charge, sur l'adéquation des pratiques avec le projet de vie de l'enfant, son ajustement éventuel, ainsi que la modification du projet de service tenant compte de l'actualisation du projet de l'enfant. Une réunion de synthèse bi-annuelle est l'occasion d'un réexamen par l'ensemble de l'équipe du projet individuel de l'enfant, qui peut conduire à sa réécriture ou à l'ajout d'un avenant.
- La supervision, ponctuelle, externalisée, pour résolution d'un problème, après évaluation interne des besoins, qui permet la formulation de réponse inédite dans un délai déterminé.

DE LA MALTRAITANCE A LA BIENTRAITANCE

Monsieur LECAM précise que le concept de bientraitance a émergé dans les années 80 (1987), bien avant la médiatisation des actes de maltraitance institutionnelle.

La bientraitance se gère au quotidien. Parce que la difficulté, l'erreur font partie intégrante des métiers en lien avec la prise en charge de personnes vulnérables, il est important d'instaurer une relation de qualité, n'éluant pas « l'anodin du quotidien ». La recherche du sens influence le mode de gestion des institutions recevant des publics fragiles (GRH, politique d'accueil, organisation des locaux...). Elle valorise et promeut les bonnes pratiques.

Cette dynamique, au travers de la mobilisation du personnel, ne repose pas sur les mêmes fondamentaux, selon les publics pris en charge, les projets de vie et l'accompagnement étant différents.

La bientraitance s'appuie sur les compétences des personnes accueillies et des professionnels. C'est une posture qui s'inscrit dans le long terme. Aussi nécessite-t-elle une certaine permanence des équipes et de l'encadrement.

« La bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité »³⁵.

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

Selon lui, la bientraitance permet de prévenir les maltraitances institutionnelles, en général en creux. Les maltraitances en bosse sont des actes isolés, liés à la personnalité de la personne maltraitante.

³⁵ Comité de pilotage de « l'opération pouponnières », l'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la documentation française, novembre 1997.

ENTRETIEN N° 2

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE.

Lionel Deniau est directeur d'une structure regroupant des Instituts Thérapeutiques Educatifs pédagogiques (I.T.E.P.) et un S.E.E.S.A.D. Par ailleurs, il est le Président national de l'Association des instituts de rééducation.

DEFINITION DES TERMES.

L. Deniau distingue :

La violence institutionnelle : violence provoquée par l'entrée en institution (rupture avec le milieu d'origine, enfants se battant entre eux dans l'institution, ...).

La maltraitance : ensemble des attitudes nuisibles au développement de l'enfant quelque soit les personnes en étant à l'origine (en institution ou en famille, gifles, humiliation, négligence...).

Bientraitance : obligation pour les institutions de mettre en place les moyens permettant l'épanouissement des usagers. Qu'est ce qu'on met en place pour que cela se passe bien ? C'est une autre question que : qu'est ce qu'on met en place quand cela se passe mal ?

CAUSES DE LA MALTRAITANCE :

Pour lui, la principale source de maltraitance au sein de son établissement est la caractéristique du public accueilli. En effet, ce sont des garçons et des filles présentant des troubles psychologiques qui se déclinent en troubles du comportement dont la forme est souvent la violence. Cette violence, qui peut être « *extrême* » fait que l'ensemble des personnes ayant intervenu dans l'éducation de l'enfant sont arrivés « *à bout* » (parents, instituteurs, ...), ce qui justifie le placement. Mais il faut comprendre qu'elle ne s'arrête pas à l'entrée de l'établissement. Aussi, les professionnels y sont confrontés au quotidien, et il peut également arriver qu'ils soient « *à bout* ». Dans ce cas, il peut

également arriver qu'ils répliquent de façon violente envers les enfants, en se laissant déborder par leurs émotions. Autrement dit, la maltraitance du personnel explique la maltraitance des usagers.

Un certain nombre d'éléments favorise le déclenchement de la violence des enfants : le cadre de vie « *qu'il ne faut pas laisser se dégrader* »

GESTION DE LA MALTRAITANCE :

Différents axes sont à privilégier :

1) La formation du personnel.

Selon lui, un rempart contre les passages à l'acte violent du personnel envers les enfants est la formation. Ainsi, il constate que les cas de maltraitance concerne davantage les moniteur-éducateur que les éducateurs, ces derniers étant par exemple plus aptes à gérer des conflits. En ce sens, il regrette que le décret de janvier 2005 relatif au I.T.E.P. autorise les moniteur-éducateur à y travailler.

2) La supervision et l'analyse des pratiques.

L'intervention d'un tiers (thérapeute, ...) au sein des équipes permet d'exprimer son ressenti dans un cadre neutre. Elle favorise la prise de recul sur sa pratique au sein d'un établissement donné, éventuellement par rapport à un cas problématique, et cela désamorce les éventuels passages à l'acte. L.Deniau se félicite à ce titre de l'inscription dans l'arrêté de janvier 2005 de l'obligation pour les structures d'y recourir.

3) Le développement de lieux d'expression au sein des établissements.

« *Plus on a de moment où l'on parle, moins on est violent (...). Plus on va pouvoir traiter ensemble les problèmes, moins ils vont agir* ». C'est un peu le leitmotiv de la politique instaurée par L.Deniau au sein de sa structure. Cela concerne aussi bien les relations entre professionnels (une réunion de coordination par semaine), et entre enfants et professionnels (groupe de parole, conseil de la vie sociale, une synthèse par enfant et par trimestre...). Dans cette optique, chaque professionnel éducatif peut demander un point sur une situation afin de réunir l'ensemble des personnes intervenant sur une même situation et prendre des décisions.

4) La mise en place d'un contrôle régulier, clair et serein des établissements.

C'est le rôle de la Ddass et des inspecteurs, et cela participe tout autant à volet préventif que répressif. A ce titre, L.Deniau regrette la détérioration d'ensemble des relations entre les établissements et les inspecteurs et l'insuffisance des contrôles.

ENTRETIEN N° 3

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Monsieur Laurent

Secrétaire générale de l'ADAPEI

Madame Ferlicot

Directrice d'établissements sociaux et médico-sociaux dépendants de l'ADAPEI

DEFINITION DES TERMES

Il y a maltraitance lorsque l'on ne respecte pas la dignité de la personne accueillie. Il peut s'agir d'un acte violent mais c'est surtout une omission d'action. La maltraitance n'est pas que le fait de l'institution : elle peut être le fait des familles. Il faut élargir le problème au statut de la personne handicapée.

Il est difficile de définir strictement le champ de la maltraitance. Ainsi, lors de notre entretien, Madame Ferlicot nous a soumis un exemple : dans les établissements, il existe des règles auxquelles doivent se conformer les personnes handicapées. Dans le cas contraire, il est possible qu'une punition s'applique. Se pose alors la question de savoir si punir est maltraitant.

Aujourd'hui, on parle beaucoup plus de ces faits avec la médiatisation. Même si ces faits peuvent exister, on ne doit pas en faire une assimilation générale.

La violence est un acte caractérisé.

Il y a bienveillance quand on considère la personne handicapée en tant que personne comme une autre, qu'on va associer aux activités et aux actions menées par l'établissement. Dans cette optique, le projet individuel doit être vu, négocié et concerté avec la personne elle-même, y compris quand la personne ne peut pas s'exprimer. L'accompagnement de cette personne joue alors un rôle important parce qu'il doit permettre de déceler l'accord ou le désaccord de la personne sur le projet (décret du 11 février 2005 sur services d'accompagnement de la vie sociale mais, selon selon Madame Ferlicot, ce dispositif était déjà utilisé par certains établissements).

LA GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

Il faut **éduquer la personne handicapée** à se considérer tout d'abord comme une personne. D'ailleurs, l'ADAPEI a adopté au Congrès de Brest une Charte de la dignité de la personne handicapée. D'ailleurs, Monsieur Laurent affirme qu'on peut être maltraitant en ne laissant pas le temps à la personne handicapée d'accomplir des actes quotidiens qu'elle pourrait accomplir seule. Cette affirmation rejoint les dispositifs qui sont relatifs à l'accompagnement.

Avec les progrès de la médecine (mortalité plus tardive des personnes handicapées, pré natalité), on connaît au sein des institutions des personnes qui vont accueillir des personnes handicapées de plus en plus âgées. Dès lors, la prise en charge apparaît beaucoup plus difficile. Les éducateurs sont davantage dans une situation d'éducation et de soutien. Pour les professionnels, c'est pesant, ce qui peut expliquer la maltraitance.

De plus, **le directeur doit impulser une dynamique d'organisation** qui puisse lutter contre la maltraitance.

Il nous a été suggéré également de **développer le projet d'établissement** dans le sens de la prévention de la maltraitance. Si l'institution est en soi maltraitante puisqu'on fait cohabiter des personnes qui n'ont pas choisi de vivre ensemble, encore faut-il que la direction, à travers le projet d'établissement, mette tout en œuvre pour lutter contre la violence. C'est pourquoi, tout doit tourner autour du projet d'établissement qui doit permettre d'entrer en relation avec les personnes handicapées.

C'est, à l'intérieur du projet d'établissement et des règles de fonctionnement de l'établissement, **le projet individuel** qui va permettre de marquer la frontière entre une intervention trop marquée qui réduirait l'autonomie de la personne handicapée et une absence d'intervention pour ne pas être maltraitant. De même, on peut se demander si le fait d'obliger une personne à suivre son projet individuel est une sorte de maltraitance. C'est l'équipe de travail qui associe le personnel, la famille et la personne elle-même qui doit définir l'action des professionnels.

Le conseil de la vie sociale est le lieu qui doit permettre l'expression de ce qu'on peut nommer de la maltraitance.

Pour favoriser la réalisation du projet, l'établissement et les autorités de tutelle doivent travailler de concert. Pour avoir des moyens, encore faut-il être crédible dans **l'évaluation des besoins**.

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

La première mesure réside dans le **choix du personnel**, notamment le personnel d'accueil. Le directeur doit veiller à l'équilibre homme/femme étant donné que, selon Madame Ferlicot, certaines femmes craignent la possible violence de la personne handicapée. Après le recrutement, il y a la formation continue et le soutien aux équipes. Il faut pouvoir les laisser exprimer leur ressenti face à la prise en charge d'une personne et leur fatigue. Il faut que la direction sache faire le lien avec les professionnels afin d'assurer à la personne handicapée une prise en charge optimale. De même, il est parfois très important que les personnels aient des connaissances sur la pathologie de la personne handicapée afin de mieux pouvoir l'appréhender. Enfin, il convient de travailler sur l'évaluation des pratiques professionnelles afin de favoriser les bonnes pratiques.

ENTRETIEN N° 4

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Directrice de l'école d'aides-soignantes du centre hospitalier du Mans
Carrière dans services de gériatrie (IDE, Cadre, Cadre Sup)

DEFINITION DES TERMES

Bientraitance : c'est tout simplement traiter une personne avec respect, en respectant cette personne en tant qu'être humain, avec son identité propre, pas un patient lambda mais une personne avec une histoire

Pour elle, important que chaque soignant connaisse l'histoire de vie des personnes dont il s'occupe, c'est-à-dire qu'il doit savoir ce qu'a fait la personne avant d'entrer dans l'institution, par exemple : Mme X était institutrice, avait 5 enfants qu'elle a élevée toute seule... et non pas Mme X celle qui n'arrête pas de gémit et qui fait pipi au lit.

Humaniser les personnes, les considérer comme des sujets pas comme des numéros

Remarque : selon elle le tutoiement est une porte ouverte à des dérives et à de la maltraitance verbale, car elle a remarqué qu'on ne tutoie pas indifféremment tout le monde mais plutôt les personnes âgées d'un certain milieu ou sans famille.

GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

Le thème de la maltraitance est abordé dans la formation d'AS mais avec prudence
- parce que dans une promotion d'AS recrutement d'anciennes ASH qui parfois ont participé consciemment ou inconsciemment à des actes de maltraitance (risque de culpabilisation)
- thème introduit à la fin du module sur la gériatrie une fois qu'on a abordé le thème du vieillissement de la dépendance, etc., pour certaines qui parfois n'ont jamais été confrontées à des situation de handicap ou de dépendance en institution

Un *debriefing* systématique est réalisé après chaque stage afin que chaque élève puisse raconter son expérience. Souvent les élèves sont choquées par ce qu'elles ont vues, il arrive plus rarement qu'elles aient été témoins d'une situation de maltraitance.

Quand maltraitance souvent pas uniquement dirigée vers personnes âgées mais également vers personnes fragile de l'équipe de soins ou vers élève AS

Mise en place au centre hospitalier du Mans d'un protocole commun entre école d'AS et IFSI, pour cas où élèves dénoncent situation de maltraitance, il n'est pas souhaitable que ce soit les élèves qui portent cette responsabilité de la dénonciation, difficile d'être délateur

LA PREVENTION

Valeurs fondamentales dans la formation d'AS : **Respect, écoute de l'autre** (collègue ou patient)

Problème : les moyens (humains et financiers) stagnent ou baissent alors que la dépendance des personnes accueillies ne fait que s'accroître

Importance de la parole, dès les années 70 en tant que cadre faisait intervenir une psychanalyste une fois par mois dans le cadre d'un groupe de parole qui réunissait tous les types de professionnels et qui permettait de désamorcer certaines situations qui pouvaient devenir violence de reparler des personnes. Regrette aujourd'hui que ce type de groupe n'existe plus qu'au niveau des équipes de soins palliatifs, il faut être confrontées à une situation de mort pour qu'on prenne en compte la parole les souffrances des soignants.

ENTRETIEN N° 5

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Madame Danièle Nageotte

Responsable de la MRIICE à la DRASS d'Ile-de-France

DEFINITION DES TERMES

La prise en compte de la maltraitance est apparue d'abord pour les enfants avec une circulaire de 2000, avant d'englober les adultes sous le terme générique de personnes vulnérables. Du moment qu'il n'y a pas de prise en charge qui apporte un bien-être à l'enfant, il y a maltraitance.

La violence institutionnelle est une forme de maltraitance. L'institution a généré l'acte en ne remédiant pas au mal-être de son personnel, en favorisant des conflits internes importants, etc.

La bientraitance ne change pas fondamentalement le problème de la maltraitance. C'est un terme utilisé par les directeurs d'établissements plutôt que par les DDASS qui continuent à utiliser celui de maltraitance.

LA GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

Les inspections ne permettent pas toujours de détecter les cas de maltraitance. Danièle Nageotte rapporte ainsi le cas d'un établissement considéré comme modèle alors que l'arrivée de la nouvelle directrice a révélé des comportements déviants inadmissibles. Elle insiste sur la difficulté à détecter et à prouver des comportements de maltraitements dès que des rapports humains entrent en jeu. C'est d'autant plus vrai que les inspecteurs ne reçoivent pas de formation spécifique sur la maltraitance.

Elle insiste sur la fonction d'inspection du recrutement qui permet de prévenir et de détecter les cas de maltraitance en s'assurant que l'établissement gère bien son

personnel (éviter les faisant fonction de) et assure une bonne ambiance de travail (éviter un turn-over trop important). Cette fonction est difficile à assurer mais elle est primordiale. Cependant, l'inspection reste un simple outil. Elle peut être une aide apportée au directeur pour lui montrer comment les dysfonctionnements de l'institution peuvent amener de la maltraitance. C'est un levier, une démarche de sensibilisation auprès de l'établissement. Ceux-ci peuvent être amenés à faire appel à la DASS dans son rôle de conseil. Cependant, il y a souvent un manque de temps et de moyens qui empêchent le développement de cette coopération dans la lutte contre la maltraitance. Aussi les DDASS interviennent davantage en cas de signalement de cas graves. Pour Danièle Nageotte, l'inspection doit devenir davantage un travail en commun avec les établissements pour voir comment prévenir et traiter la maltraitance. Sans pouvoir avancer d'éléments objectifs précis, elle pense toutefois que les DDASS se déplacent davantage, sans être investies d'une mission particulière, pour voir le fonctionnement d'un établissement

Les établissements disposent de plusieurs moyens de lutte contre la maltraitance. Le premier est le management, le directeur pouvant sensibiliser ses équipes à la question, devant éviter les personnels faisant fonction de qui n'ont pas reçu de formation spécifique pour leurs pratiques professionnelles, devant favoriser la formation continue de son personnel.

De même, les chefs de service ont un rôle important. Ils doivent savoir détecter et gérer les comportements déviants qui viennent souvent du personnel faisant fonction de.

Enfin, pour Danièle Nageotte, le projet de vie et le projet d'établissement sont les outils principaux de la lutte contre la maltraitance. Le projet d'établissement, établi à partir des projets de vie, oblige les professionnels à se poser des questions, permet d'éviter l'aspect filière dans le parcours de la personne accueillie. Il oblige à une remise en cause des personnels et de l'institution. C'est un garde-fou par rapport à une dérive maltraitante. De même, le Conseil de la vie sociale permet l'expression des résidants.

Au niveau national, La MRIICE a été mise en place après deux rapports de l'IGAS (rapport Katakai et Vincent Destai) qui dénonçaient la déviance du rôle des inspecteurs et qui souhaitaient que l'on revienne au rôle premier de l'Etat, sa mission d'inspection des établissements.

Elle a été mise en place en Ile de France en 2002. Le programme maltraitance était déjà lancé dans le médico-social. Sur les 47 établissements qui devaient recevoir une visite d'inspection, 41 ont été visités, auxquels s'ajoutent 108 établissements visités à la suite d'une plainte sérieuse.

Le programme de lutte contre la maltraitance de la DGAS portait, à l'origine, uniquement sur les établissements d'hébergement parce qu'elle considérait qu'il y avait plus de risque le soir et la nuit. Mais on est revenu sur ce point puisque des établissements d'accueil de jour peuvent aussi être à l'origine de maltraitance. C'est notamment le cas des CAT, l'établissement étant tiraillé entre sa fonction de rentabilité et sa fonction sociale d'accueil de personnes handicapées.

Enfin, au niveau national, la DGAS a volonté d'archiver les cas de maltraitance : c'est le programme PRISME qui doit permettre de faire remonter les plaintes qui ont entraîné une enquête avec des fiches de signalement préconçue. Toutefois, Danièle Nageotte regrette que le système fonctionne sans les sans les MRIICE qui aurait pu servir d'intermédiaire avec les DASS. Le programme n'est pas encore au point.

ENTRETIEN N°6

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Mme Beldent a un parcours professionnel atypique en ce sens qu'elle a d'abord une formation d'infirmière, ayant travaillé plus de 10 ans en pneumologie à l'Hôpital du Mans. C'est suite à un conflit avec son chef de service qu'elle décide de quitter l'Hôpital.

Le Maire de Coulaines lui propose de diriger un nouvel établissement pour personnes âgées dépendantes en 1993. Elle a pris la direction de cette institution sans formation particulière, refusant de faire le CAFDES, elle a suivi une maîtrise de management des établissements sanitaires et sociaux à Lyon III.

Parallèlement, en 2000, alors qu'elle travaillait sur le thème de la maltraitance au sein de la CODERPA, elle s'engage dans la mise en place de l'association ALMA - Sarthe (dans le cadre du réseau ALMA afin de bénéficier d'un soutien administratif, juridique moyennant une cotisation). Elle souligne le problème de l'absence de réseau ALMA dans les autres départements, ce qui donne une vision faussée des statistiques sur la maltraitance aux personnes âgées.

Cette « antenne » ALMA Le Mans est principalement composée d'une cellule d'écoute qui reçoit les appels (usagers, parents, voisins...) et garde une trace de ces appels avant constitution d'un dossier pouvant comporter des propositions de direction à tenir à l'avenir dans ces cas d'espèce. Systématiquement les appels sont écoutés par deux personnes afin de confronter ce qui a été entendu par l'une et l'autre.

Il y a aussi un comité technique de pilotage qui décide de ce qui doit être fait. Ce comité est composé entre autre, d'un notaire, d'un avocat et de Mme Beldent.

Les débuts ont été difficiles lorsqu'elle s'est engagée dans l'expérience ALMA nous dit-elle. Ces collègues étaient plutôt réticent à parler d'un sujet aussi délicat. Elle entendait des phrases comme : « on va s'en prendre plein la tête avec tes conneries ! ». Pourtant aujourd'hui la permanence du réseau fonctionne bien et s'est inscrite dans le paysage associatif et institutionnel. Au point de réceptionner des appels de directeurs d'institutions confrontés à des situations de maltraitance et désireux d'obtenir des informations pratiques, notamment quand à la manière de gérer le signalement.

DEFINITION DES TERMES

Pour Mme Beldent la notion de « bientraitance » ne veut pas dire grand-chose car ce terme est beaucoup trop vague pour avoir une traduction concrète. Elle préfère parler de « projet individuel du résident ». Elle a constaté que tous les professionnels se considèrent comme « bientraitant ». Elle insiste plutôt sur la notion de respect du résident même et surtout s'il est dans un cadre institutionnel. Par exemple elle trouve inadmissible que les usagers soient tous levés dès 6h00 du matin afin de faire leurs toilettes et les chambres. Il faut leur laisser une part de liberté.

La loi 2002-2 obligeant la création d'un projet d'établissement et la reconnaissance d'un droit des usagers entre autres choses n'a fait que formaliser une pratique déjà acquise par beaucoup d'établissement. Mme Beldent reconnaît quand le mérite de cette formalisation notamment l'obligation de la mise en d'un protocole en cas de souffrance d'un résident.

Elle insiste sur l'évolution des relations médecins /usagers mais qui reste lente. Elle nous raconte l'histoire de ce SDF qui est décédé dans d'atroces souffrances sans intervention du médecin. Elle nous fait donc remarquer que parmi les personnes dépendantes certaines sont plus fragiles que d'autres notamment lorsqu'elles sont isolées et sans ressources. L'absence de prise en compte de la douleur des personnes âgées et handicapées chez les médecins qui interviennent en institutions et même dans le secteur sanitaire.

Pour elle le projet d'établissement de la loi 2002-2 permet une prise de conscience et un rappel des règles élémentaires. C'est déjà une démarche qualité en tant que telle. Pourtant cela ne va pas sans mal car la réalisation de ce projet passe par une remise à plat de l'organisation de l'établissement tout en gérant le quotidien. Ce travail de remise en cause est très intéressant mais chronophage. De plus il ne faut pas perdre de vue que si il faut respecter le projet individuel de chaque patient, il ne faut pas oublier les limites de la vie collective.

De même Mme Beldent insiste, auprès de son personnel, sur la nécessité de parler correctement des résidents même en dehors de leur présence. Par exemple elle n'admet pas qu'une aide soignante parle de la chambre numéro 12, par exemple, au lieu de parler de Madame X.

Mais la question se pose de savoir si le personnel soignant peut être en permanence dans cette démarche « bientraitante ».

Mme Beldent reste septique sur la nécessité des inspections telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui, pourtant en nombre limitées. Elles ne les acceptent que si ces

inspections DDASS/DRASS restent objectives et non tatillonnes. Elle reconnaît néanmoins l'importance des normes édictées afin d'avoir une référence, une sorte d'objectif à atteindre et de savoir où elle en est.

GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

La MAPAD des 3 vallées a obtenu le statut d'EHPAD le 1^{er} octobre 2003.

Pour Mme Beldent il faut être conscient que la maltraitance peut arriver tous les jours dans tous les établissements. La difficulté du travail en institution et la fatigue du personnel sont des données qu'il faut prendre en compte. même si elle n'excuse pas la maltraitance. Pourtant elle comprend que la fatigue de ces métiers de la santé puisse parfois provoquer des situations de maltraitance. Par exemple le fait d'être appelé 10 fois par la même personne pour une cuvette ou bien encore d'être agressé gratuitement par un usager. Son discours se focalise sur la responsabilité du personnel soignant car « chacun est responsable de ses actes ». La parole est importante pour que les acteurs se rendent compte de leur responsabilité, les transmissions sont fondamentales, et les directeurs doivent aussi parler à leur personnel et entendre leur souffrance par rapport à l'agressivité du personnel.

Elle constate pourtant qu'encore aujourd'hui beaucoup d'établissements nient la maltraitance, la cachent et ne veulent pas en parler.

Elle constate que le personnel soignant de certains établissements sont étonnés de constater que des actes qu'ils accomplissent tous les jours peuvent être qualifiés de maltraitant, voire juridiquement sanctionnés.

Pour Mme Beldent le problème de la maltraitance touche aux limites de l'humain car ce sont des humains qui travaillent pour des humains. Elle-même a été concernée par une forme de maltraitance lorsqu'elle était infirmière. Elle nous raconte cet exemple qui l'a particulièrement marquée » où elle était appelée systématiquement par une patiente pour des choses plus que futiles à son avis et au bout d'un moment elle est entrée dans la chambre et lui a demandé sèchement : « Mais qu'est-ce que vous voulez encore ? » La réponse de la patiente a été : « Pourquoi cela vous gêne-t-il que je vous sonne ? ». Cette question naïve l'a interloquée et fait réfléchir sur la quotidienneté de la maltraitance.

Pour Mme Beldent le manque de personnel n'est pas totalement explicatif des situations de maltraitance même si elle admet que lorsque ce sous effectif est patent le risque de maltraitance est fortement augmenté. Il s'agit donc d'avoir à la fois un personnel suffisant et une bonne organisation.

ENTRETIEN N° 7

Entretien téléphonique

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Psychothérapeute à Vincennes, formateur sur le thème de maltraitance (en particulier formateur référent à l'UNAPEI)

Il intervient dans la formation de personnes- ressource sur le thème de la maltraitance (c'est-à-dire une personne par établissement qu'il rencontre une fois par mois pendant la formation et qui sera le relais au sein de son établissement de toutes les questions relatives à la maltraitance), il intervient dans tout type d'établissement (IME, CAT)

Il intervient lorsque les établissements ont envie d'engager une dynamique de bientraitance ou (« malheureusement le plus souvent ») lorsqu'il y a eu un cas avéré de maltraitance ou un accident et qu'il faut travailler avec l'équipe sur ce sujet.

Il réalise un travail de « prise de conscience », il discute avec les équipes de leurs attitudes de leurs actes puis ils « dévoilent » ensemble ce qui est maltraitance, quelle est l'attitude correspondante « bientraitante ».

DEFINITION DES TERMES

-maltraitance : il ne faut pas tout appeler maltraitance, uniquement violences envers des personnes fragiles, vulnérables et dépendantes. Il faut aussi penser à la maltraitance invisible c'est-à-dire les carences, selon lui arrivent partout et tout le temps et représentent la majorité des maltraitements

Exemple d'une direction qui traitait tout de maltraitance (difficulté pour les équipes), exemple de la personne qu'on met dans un bus de force parce qu'elle ne veut plus aller en excursion et qu'elle bloque tout le monde : est ce un cas de maltraitance ?

« Il faut circonscrire la réalité de la maltraitance »

GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA MALTRAITANCE

- Loi 2002-2 : peut être utile si utilisée à bon escient c'est-à-dire pas une seule fois écrire un projet d'établissement et être en conformité avec la loi, mais utiliser cette opportunité pour réactualiser régulièrement les projets des équipes et des établissements, mettre en

place une dynamique évolutive, et écrire des projet de vie des patients. L'idéal serait réécriture annuelle du règlement intérieur

Reste mitigé par rapport à une loi qui « vient de l'industrie » (protocole...) et surtout pense que peu d'établissements se donnent les moyens d'aller jusqu'au bout de la démarche. La prévention de la maltraitance doit être un projet institutionnel en continu, qui exige une vigilance permanente de la direction

- Fait un parallèle avec question de la sexualité en institution également un thème subversif

Exemple de la sexualité montre bien un cas de violence institutionnelle : difficile d'avoir une sexualité vu le fonctionnement de l'institution (levée à la même heure...)

LA PREVENTION

Corbet : établissement répond par nature à des besoins spécifiques, mais il existe des facteurs de risques qui empêchent cet établissement de répondre aux missions qui lui ont été confiées. par exemple : difficulté d'associer projets individualisés et vie en collectivité. Il faut travailler sur chacun des facteurs de risques.

Prévention : c'est souligner les failles les résoudre pour qu'ensuite ça marche bien

Les moyens, Comment mettre en place une politique de prévention ? : doit être un projet sur le long terme, plutôt avec accompagnement, audit externe, au moins pendant 5 ans, mettre en place une cellule de vigilance

Important : mettre en place ou utiliser guide des bonnes pratiques, il préconise également une visite régulière des IASS (tous les 5 ans par exemple)

Remarques : il est important que le directeur soit présent aux formations sur la maltraitance pour mettre en évidence que c'est un projet transversal à toute l'institution pas circonscrit à un service

Question sur le « turn over » des personnels : une politique de mobilité des personnels est ce une bonne idée pour prévenir la maltraitance ?

Non, il faut une continuité des personnels. En effet, en particulier pour les jeunes handicapées il y a des difficultés à s'adapter à de nouveaux soignants, de plus il n'y aurait pas de suivi du projet de l'équipe : donc obligation de mettre en place un projet a minima, enfin il est nécessaire que certains membres de l'équipe connaissent « l'histoire de vie » des personnes qui sont depuis longtemps dans le service.

ENTRETIEN N° 8

Entretien téléphonique

17 mai 2005

PRESENTATION DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Médecin légiste de formation, il situe la médecine légale comme la médecine spécialisée dans les situations violentes. Il cite : il existe un manque de lisibilité dans les études universitaires au niveau de la responsabilité, il intègre et travaille sur la notion de justice et hôpital. L'idée est de préciser le médecin légiste comme spécialiste de situations violentes, il relie l'activité du médecin légiste au niveau des morts et auprès des vivants.

Par exemple, dès qu'il y a une mort suspecte, il existe une problématique de la violence sur une personne vivante, « victime d'un acte violent » exemple, le suicide est un acte violent.

Il s'intéresse aux violences au travail, c'est pourquoi, il est repéré par la secrétaire déléguée aux personnes âgées pour animer un groupe de travail au ministère.

De son point de vue la maltraitance est une violence avec un aspect psychologique, relationnelle majeure.

Le mot maltraitance est une traduction anglaise, il lui préfère le terme de mauvaise pratique.

Il rappelle que c'est surtout le professeur HUGONOT qui est à l'origine de la réflexion sur la maltraitance.

DEFINITION DES TERMES

Violences institutionnelles

L'expression « violences institutionnelles » serait appropriée dans le cas où ce serait une organisation de l'institution qui génère de la violence.

Pour lui, c'est une non-reconnaissance de la personne comme humain, sujet.

La violence est un processus de déshumanisation, de non-reconnaissance de l'autre. La violence peut-être :

- la violence contre ceux qui travaillent : harcèlement morale au travail,
- la violence contre les personnes âgées qui sont dans l'institution,
- la violence inhérente à la collectivité.

La violence institutionnelle existe chaque fois que l'agent et l'utilisateur ne sont pas reconnus dans leurs droits.

Notion de bientraitance

Pour lui, c'est égal à « normal traitance », une espèce de réflexion à la mode et on ne sait pas ce que cela veut dire. Il lui préfère les termes de reconnaissance des personnes, c'est à dire être convaincu que la personne reste une personne le plus longtemps possible avec des droits et des devoirs. L'institution se doit d'être respectueuse et de mettre en place un projet « pour l'autre ».

Le rapport établi par le professeur DEBOUT : L'impact

Le rapport a été remis au ministre en janvier 2002 quelques mois après, il y a eu un changement de gouvernement, le texte a été publié 1 ans plus tard des recommandations de l'ordre de 15 à 16 pistes d'action.

Il a été consulté à titre d'expert en médecine légale mais n'est pas un spécialiste de la personne âgée.

Ce groupe a préconisé des outils : la formation des personnels pour les rendre vigilants, la prise en compte de la charge de travail. En outre un DU aurait dû être mis en place mais ne l'a jamais été. De même des enquêtes nationales relatives à la violence chez les personnes âgées n'ont jamais réalisées.

CAUSES DE LA MALTRAITANCE

De son point de vue, c'est un confinement relationnel entre l'aidant et l'aidé. L'aidé est dépendant de l'autre, il n'a plus raison d'être et il n'a plus de raison.

Les orientations fortes : reconnaître les capacités d'expression, de choix, d'envie y compris dans l'organisation « C'est encore eux qui vivent cette vie ». Or, les contraintes de l'institution sont toujours mises en avant, les personnes n'ont plus le droit à la parole.

PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

Objectif de prévention : amélioration continue de la qualité

La mise en place d'un projet est incontournable, avec la reconnaissance de la personne ayant des droits le plus longtemps possible ainsi que des devoirs.

La prévention de la maltraitance est incluse dans le fonctionnement de l'établissement et fait appel à des notions de vigilance, de formation, de la reconnaissance et du respect de la personne

Il préconise l'écriture d'une charte par le personnel et non pas par le directeur, dans une dimension participative et dynamique en incluant la Déclaration des droits de l'homme et que celle-ci approuvée par l'ensemble de l'équipe. Il est nécessaire de l'évaluer en interne et qu'elle fasse l'objet d'un questionnement.

La responsabilité des acteurs

Le Directeur fixe la politique générale de l'établissement, incluant la reconnaissance, le respect des personnes et l'obligation de vigilance. Le relais est pris par l'encadrement soignant. Il vérifie que l'ensemble des agents ait un comportement adapté (respectueux avec le corps et la parole) et qu'il y ait un respect mutuel entre l'aidant et l'aidé.

L'équipe de direction a un rôle prépondérant dans l'impulsion de cette dynamique au niveau de l'établissement. La demande peut être renforcée par les agents eux-mêmes. Le bon fonctionnement est évalué par les organismes de contrôle.