



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : Avril 2001

**LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES
AGEES HEBERGEES EN MAISON DE RETRAITE :**

**INTERET DE L'APPROCHE INTERINSTITUTIONNELLE
DU DEPARTEMENT DE L'ESSONNE**

Blandine Picon

SOMMAIRE

<i>Liste des sigles et abréviations utilisés</i>	4
<i>Introduction</i>	5
1 - Première Partie : Le contexte	10
1.1 La maltraitance institutionnelle envers les personnes âgées	10
1.1.1 La maltraitance envers les personnes âgées : un concept récent	10
1.1.2 L'hébergement institutionnel : une histoire ancienne	13
1.1.3 Les déterminants de la maltraitance institutionnelle	15
1.1.4 Une situation préoccupante	20
1.2 Les approches classiques de la lutte contre la maltraitance institutionnelle	23
1.2.1 La protection individuelle	24
1.2.2 L'approche institutionnelle : les missions d'inspection	25
1.2.3 Le rôle de quelques intervenants clés	29
1.2.4 Les difficultés rencontrées	32
1.2.5 Les perspectives d'amélioration	36
1.3 Conclusion	39
2 - Deuxième Partie : Etude d'un dispositif de lutte contre la maltraitance	41
2.1 Une initiative interinstitutionnelle dans le département de l'Essonne	41
2.1.1 Bilan d'activité de la cellule de traitement des signalements	42
2.1.2 Avantages et limites d'une approche interinstitutionnelle	49
2.1.3 Propositions pour améliorer le fonctionnement de la cellule	54
2.2 Des perspectives régionales	55
2.3 Des perspectives nationales	58
3 - Troisième Partie : Quelques pistes de réflexions sur la prévention de la maltraitance dans les maisons de retraite	59
3.1.1 Matériel et méthodes	59
3.1.2 Propositions s'appliquant aux autorités départementales	60
3.1.3 Propositions s'appliquant aux établissements	64
Conclusion	69
Bibliographie	72

<i>Annexes</i>	76
Annexe 1 : Guides d'entretien	76
Annexe 2 : Liste des personnes ou organismes consultés	78
Annexe 3 : Fiche de recueil des signalements en EHPAD	80

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES

AGE	Association Gérontologique de l'Essonne
AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources
CANTOU	Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles
CEMSP	Coordination des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CFAS	Code de la Famille et de l'Action Sociale
CLEIRPPA	Centre de Liaison, d'Étude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCCRF	Direction Départementale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes
DDISIS	Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA(D)	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées (Dépendantes)
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAFI	Mission Permanente d'Animation des Fonctions d'Inspection
MAPA	Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
ORS	Observatoire Régional de Santé
PRS	Programme Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
USLD	Unités de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Ce mémoire est centré sur le rôle que jouent les institutions départementales dans la lutte contre la maltraitance vis-à-vis des personnes âgées hébergées en maisons de retraite, et en particulier sur l'intérêt d'une approche interinstitutionnelle à partir d'un dispositif mis en place dans le département de l'Essonne.

La prise en charge des personnes âgées est devenue l'une des préoccupations majeures des sociétés industrialisées. En témoigne le choix des Nations Unies de déclarer 1999 année internationale des personnes âgées. Les réponses à apporter, leurs coûts et leurs évaluations constituent une priorité de santé publique.

Mais, si une grande partie de la population âgée est prise en charge à domicile, les personnes très dépendantes ou isolées ont souvent recours à l'hébergement en institution. D'après une publication de la DREES¹ qui rapporte les premiers résultats de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) menée par l'INSEE fin 1998 en France, près de 475 000 personnes vivent en institution (hors logements foyers). Il s'agit d'une population particulièrement fragile : plus d'une personne hébergée sur deux (54%) est âgée de 85 ans et plus, et parmi ces personnes hébergées, les deux tiers souffrent d'une dépendance physique sévère ou psychique.

La prise de conscience que certaines personnes âgées hébergées en établissement peuvent souffrir de mauvais traitements, d'abus ou de négligence est très récente en France. L'opinion publique a d'abord été sensibilisée aux mauvais traitements infligés à d'autres populations vulnérables comme les enfants. C'est la parution d'ouvrages² dénonçant les violences institutionnelles accompagnée de situations tragiques relayées par la presse qui ont attiré progressivement l'attention des pouvoirs publics, des professionnels et de la population sur le phénomène de la maltraitance des personnes âgées.

Cependant, l'ampleur du phénomène de maltraitance reste difficile à évaluer. Seuls certains signalements sont comptabilisés. D'après les données publiées par l'association Alma France, sur 6 000 signalements recueillis en 10 ans, environ 30 % concernent des personnes institutionnalisées³.

¹ Aliaga C., Neiss M., Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

² Hugonot Robert, *La vieillesse maltraitée*, Editions Dunod, 1998

Labayle Denis, *La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite*, Editions du Seuil, 1995

³ Hugonot R., Editorial, *La maltraitance*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 8-9

La surveillance et le contrôle des établissements sont sous la responsabilité des institutions départementales. L'intervention des autorités peut s'effectuer réglementairement à trois niveaux : lutte contre la maltraitance dans le cadre de la surveillance et du contrôle des établissements, mesures de protection des usagers et enfin répression des délits par l'autorité judiciaire. Elle nécessite les compétences des services de l'Etat (DDASS, DDCCRF⁴, Procureur de la République...), des collectivités territoriales (Conseil général, commune) et des services de l'assurance maladie.

Dans le département de l'Essonne, devant une recrudescence du nombre de signalements et la nécessité de préparer la mise en œuvre de la loi de 1997 relative à l'institution de la prestation spécifique dépendance, les services de la DDASS et du Conseil général ont décidé de mettre en place en 1998 un dispositif commun de recueil et traitement des signalements concernant les établissements hébergeant des personnes âgées.

L'objectif de ce travail est de dégager l'intérêt de cette approche interinstitutionnelle dans la lutte et la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées

Nous tenterons de vérifier les hypothèses suivantes :

- 1) La maltraitance envers les personnes âgées hébergées existe, elle peut être spécifique à l'établissement et ses déterminants sont multiples ;
- 2) Même si chaque institution départementale a un champ d'intervention qui lui est propre, la diversité et la complexité des situations rencontrées nécessitent, pour que la lutte soit efficace, une mise en commun des informations ainsi qu'une coordination des actions à un niveau interinstitutionnel ;
- 3) L'approche interinstitutionnelle doit être resituée dans une politique plus globale de prévention contre la maltraitance : démarche qualité au niveau des établissements, information et sensibilisation des professionnels et du public.

⁴ DDCCRF : Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes

Les enjeux sont à la fois éthiques, économiques et politiques :

- éthiques, car il s'agit de protéger une population particulièrement vulnérable :

La vulnérabilité est considérée comme un facteur de risque de maltraitance. Toujours selon l'enquête HID⁵, à la vulnérabilité liée à l'âge ou à la maladie, il faut ajouter celle qui est due à l'isolement familial et social qui touche un peu moins d'une personne sur dix hébergée en institution. La protection des droits fondamentaux des personnes vulnérables - enfants, handicapés, personnes âgées -, a d'ailleurs été récemment renforcée, comme en témoignent les dispositions du nouveau code pénal en 1994 et la publication de la Charte des Droits de la personne âgée dépendante en 1999.

- économiques :

Compte tenu du vieillissement démographique, de l'augmentation de l'espérance de vie et de la prolongation du maintien à domicile, les établissements doivent se préparer à accueillir une population de plus en plus âgée, nécessitant plus de soins et plus d'accompagnement. Si la prise en charge sanitaire et sociale d'une population de plus en plus dépendante représente un coût important pour la société, il faut tenir compte par ailleurs du poids économique des personnes âgées (plus du quart de la population en 2020), en tant que consommateurs de biens et de services.

- politiques :

Les conditions de vie en EHPA⁶ sont sous la responsabilité des élus (mairies, Conseils généraux) et des pouvoirs publics. La prise de conscience des enjeux et les événements dénoncés par la presse ont progressivement poussé les responsables concernés à mener des actions de lutte et de prévention.

Depuis environ 30 ans, les pouvoirs publics ont entrepris une succession de réformes visant à renforcer la surveillance et le contrôle des EHPA. Récemment, dans le cadre de la loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance, a été introduite une démarche d'amélioration des conditions de vie en établissement, touchant à la fois les conditions d'hébergement et les soins.

⁵ Aliaga C., Neiss M., Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

⁶ EHPA : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées

Aux missions classiques de contrôle et de surveillance des établissements vient donc s'ajouter un rôle d'évaluation et de prévention des dysfonctionnements institutionnels à travers le projet d'établissement comprenant les projets de vie et de soins.

Plus récemment encore, l'accent a été mis sur la nécessaire coordination sanitaire (mise en place de réseaux gérontologiques⁷) et sociale (création des CLIC⁸).

Cependant, la lutte contre la maltraitance rencontre des difficultés liées :

- ◆ à la définition même du terme de maltraitance, substantif récent, qui semble être compris par les milieux sensibilisés mais qui peut être sujet à interprétation, non seulement par le champ qu'il recouvre mais aussi par la signification qu'il peut avoir pour la victime et le plaignant ;
- ◆ à la diversité et à la complexité des situations rencontrées qui vont du simple signalement de dysfonctionnement institutionnel où le risque de maltraitance est suspecté aux situations de maltraitance avérées liées à des actes individuels ;
- ◆ à l'ampleur de la réforme de fond nécessaire et à la nécessité d'une coordination des actions de l'ensemble des partenaires : les usagers et leurs représentants, les services de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.

Méthodologie

Dans une approche qui fait l'objet de la première partie de ce mémoire, nous avons tenté de définir la maltraitance institutionnelle à partir de la littérature et d'apprécier les déterminants et l'ampleur du phénomène. Parallèlement, nous nous sommes efforcés de définir le cadre réglementaire régissant les EHPA ainsi que le champ d'intervention propre aux institutions départementales responsables de la surveillance et du contrôle des maisons de retraite (services de l'Etat, du Conseil Général, de l'Assurance Maladie et des collectivités locales).

Dans la deuxième partie de ce mémoire, nous avons rapporté les conclusions de notre analyse des dossiers de signalements recueillis dans le département de l'Essonne depuis la mise en place de la « cellule de traitement des signalements ». Nous avons étudié également le fonctionnement de ce dispositif interinstitutionnel en nous appuyant sur des entretiens avec les différents partenaires institutionnels.

⁷ Circulaire n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

⁸ Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC

Enfin, après avoir tenté de comprendre l'approche des autres départements de l'Île-de-France dans le cadre du PRS⁹ « personnes âgées », nous nous sommes permis de formuler des propositions pour une meilleure prévention et prise en charge de la maltraitance en complétant nos observations et analyses par des entretiens avec des directeurs de maisons de retraite.

Terrain de référence et d'observation

Nous avons choisi de nous limiter dans ce travail aux maisons de retraite, relevant de la loi du 30 juin 1975, et ce pour trois raisons : d'abord parce qu'y vivent trois quarts des personnes âgées institutionnalisées vivent en maison de retraite, ensuite parce que ces établissements sont régis par une réglementation spécifique très différente de celle des établissements de santé, enfin parce que ces établissements font actuellement l'objet d'une réforme de fond.

Les plaintes concernant les personnes hébergées en unités de soins de longue durée, en hospices ou en logements foyers ne seront pas abordées dans ce mémoire. Nous n'aborderons pas non plus le sujet de la maltraitance des personnes âgées à domicile, qui ne relève pas de la compétence des services déconcentrés de l'Etat.

Le concept de lutte contre la maltraitance utilisé dans ce mémoire recouvre à la fois l'ensemble des actions entreprises face à de la maltraitance avérée et celles qui visent à corriger un dysfonctionnement institutionnel faisant suspecter un risque de maltraitance.

Notre terrain d'observation est limité aux institutions départementales et aux établissements de l'Essonne.

⁹ PRS : Programme Régional de Santé

1 - PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

1.1 LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE ENVERS LES PERSONNES AGEES

En France, c'est un gérontologue, le professeur Robert Hugonot, qui dans les années 80 a le premier alerté l'opinion sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en institution. Parallèlement à la parution de ses ouvrages et à la création en 1992 du premier centre d'écoute Alma (Allô maltraitance), les pouvoirs publics, les professionnels et les usagers ont progressivement pris conscience d'un phénomène jusque là ignoré, sous-estimé, ou même nié.

1.1.1 La maltraitance envers les personnes âgées : un concept récent

La maltraitance est un mot récent datant des années 80¹⁰, qui a remplacé progressivement celui de violence dans la littérature et dans le discours des intervenants quand il s'agit de définir les mauvais traitements infligés de manière répétitive.

Il existe probablement des ambiguïtés sur la signification réelle que les personnes concernées peuvent donner à ce mot. Ainsi, il est fréquent d'assimiler la maltraitance à des situations extrêmes, plus proches de la violence avérée que de la négligence passive. Il apparaît pourtant que la maltraitance a une signification beaucoup plus large qui recouvre à la fois d'autres termes utilisés dans le langage ou la littérature comme la violence, l'agressivité, la négligence ou l'abus¹¹, voire la malveillance, c'est pourquoi nous avons choisi cette terminologie qui est désormais consensuelle.

En effet, le concept de maltraitance peut recouvrir des situations très diverses et a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses définitions^{11,12}. Par exemple, dans les maisons de retraite, l'enfermement ou l'agressivité aussi bien que le délaissement peuvent être considérés comme des situations de maltraitance.

La définition qui semble cependant faire l'objet d'un consensus est celle qui a été adoptée par le Conseil de l'Europe en 1992. La maltraitance est définie comme « *tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou*

¹⁰ Jaspard M., *Violence et Maltraitance. Le poids des mots et des chiffres.*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 11-28

¹¹ Mallier M., Les violences institutionnelles envers les personnes âgées – Identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques, Mémoire DU de Gérontologie sociale, Université de Nantes, 1997, pp 4-11

¹² Hugonot Robert, *La vieillesse maltraitée*, Editions Dunod, 1998, pp 3-5

psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Sept catégories de maltraitance sont ainsi proposées qui ne sont pas spécifiques à la personne âgée :

- violences physiques : meurtres, coups, viols
- violences psychiques et morales : langage grossier, cruautés mentales, menaces
- violences matérielles et financières : rétention de pension, vols, héritage anticipé
- violences médicales ou médicamenteuses : excès ou privation de médicaments
- négligence active : placement autoritaire, enfermement, ligotage
- négligence passive : oubli, auto négligence
- privation ou violation de droits

Cette définition correspond à des situations de maltraitance où une victime est identifiée et où une personne est à l'origine de la maltraitance. Elle s'applique à toutes les personnes vulnérables, enfants, handicapés, personnes âgées. Une description plus détaillée et plus adaptée à la personne âgée hébergée a été donnée par l'association ALMA¹³.

En effet, la nature des violences subies par les personnes âgées est intimement liée à leur degré de dépendance et à leur mode de vie. Ainsi, les personnes âgées accueillies en institution peuvent vivre des situations de maltraitance spécifiquement liées à l'institution elle-même.

1.1.1.1 Une définition qui doit être élargie à la vie en institution

La définition adoptée par le Conseil de l'Europe ne s'adapte que partiellement aux situations observées dans les établissements. Dans la mesure où la maltraitance peut être induite par le cadre même de la vie institutionnelle, cette définition devrait être élargie aux situations qui sont liées à un dysfonctionnement institutionnel.

Cette observation est bien décrite par R. Hugonot¹⁴ qui distingue deux grandes catégories de maltraitance en institution : « *La maltraitance de l'institution liée aux règlements ou à leur absence, ainsi qu'à la gestion de l'établissement et aux consignes de la direction et une seconde catégorie liée aux attitudes des personnels et à leurs actes individuels* ».

¹³ CIPA, Service ALMA 87, *De la maltraitance dans les institutions pour personnes âgées*, Gérontologie et Société, 2000, n°92, pp 39-57

¹⁴ Hugonot Robert, *La vieillesse maltraitée*, Editions Dunod, 1998

Dans la première catégorie, il s'agit le plus souvent d'un risque collectif lié à un dysfonctionnement institutionnel. La deuxième catégorie correspond à un risque individuel lié directement aux actes ou omissions de la personne à l'origine de la maltraitance.

Les dysfonctionnements institutionnels pouvant conduire à des situations de maltraitance peuvent concerner par exemple :

- le personnel (effectif insuffisant, turn-over important, manque de qualification...)
- les locaux (hygiène insuffisante, problèmes liés à l'environnement...)
- la sécurité (risque d'incendie, difficultés d'évacuation, risques de chute...)
- la qualité de l'hébergement (repas insuffisants, de mauvaise qualité, inconfort notoire, défaut ou excès de chauffage...)
- la vie en institution (défaut d'animation, de projet de vie)
- la gestion de l'établissement (encadrement, absence de projet institutionnel...)

1.1.1.2 Une spécificité de la maltraitance en maison de retraite

La vie institutionnelle est complexe, c'est à la fois un lieu de vie pour les personnes âgées et un lieu de travail pour le personnel. Les situations de maltraitance n'y sont pas rares, et, selon l'association ALMA-France¹⁵, correspondent à 30 % de l'ensemble des signalements.

1.1.1.2.1 Des difficultés liées aux signalements eux-mêmes

La prise de conscience de la maltraitance institutionnelle est facilitée par l'ouverture de l'établissement sur le monde extérieur : famille, proches, visiteurs, professionnels... à la différence du domicile où la vie privée est mieux protégée. C'est ce qui incite R. Hugonot¹⁵ à penser que les maltraitements en famille sont sous-estimés et qu'à l'inverse, elles sont peut-être surestimées en institution par excès de suspicion. De même, M. Berthel¹⁶ nous met en garde contre ce qu'il appelle des institutions « aseptisées » : « *La vigilance, parfaitement légitime vis-à-vis du risque de maltraitance dans les institutions, ne doit pas tourner à la paranoïa.* »

En institution, une autre caractéristique de la maltraitance est son caractère involontaire et souvent insidieux, plus lié au manque de formation ou de sensibilisation du personnel et au syndrome d'épuisement, qu'à des actes individuels volontaires.

¹⁵ Hugonot R., Editorial, *La maltraitance*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 8-9

¹⁶ Berthel M., *Les cultures, les acteurs et la maltraitance*, La maltraitance, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 113-119

Il faut souligner également les difficultés que rencontrent les professionnels s'ils souhaitent signaler des situations de maltraitance en établissement. Il n'existe aucune protection juridique du personnel de l'établissement. Les contrats des intervenants extérieurs (personnel soignant libéral, fournisseurs...) peuvent être facilement dénoncés par la direction de l'établissement mis en cause. De plus, les professionnels sont souvent aussi démunis que les usagers lorsqu'il s'agit de trouver l'autorité responsable (procureur, DDASS, mairie...) ou bien la procédure à suivre. Du côté des victimes, la plupart n'osent pas se plaindre de peur de subir des représailles.

Dans tous les cas, en raison de la possibilité de signalements inexacts ou exagérés, la véracité des informations recueillies doit être confirmée.

1.1.1.2.2 Des difficultés liées à la prise en charge des signalements

- Une des premières difficultés de la prise en charge est de confirmer ou d'infirmer la véracité du signalement. La situation est souvent complexe. L'origine des signalements est le plus souvent la famille du résident ou le personnel de l'établissement. La famille peut projeter sa culpabilité ou ses angoisses sur les soignants ou le personnel de l'établissement. Et le personnel de l'établissement peut être tenté de se venger en cas de conflit avec le personnel d'encadrement.

- Une fois le signalement confirmé, il est nécessaire de connaître la démarche la plus appropriée pour résoudre le problème en fonction de sa nature et de sa gravité : signalement à la direction de l'établissement, au procureur, au juge des tutelles, à la DDASS, à une association... De multiples actions sont possibles mais peu de personnes connaissent vraiment le rôle et les responsabilités de chaque intervenant.

1.1.2 L'hébergement institutionnel : une histoire ancienne

La prise en charge de la personne âgée hébergée en institution a évolué et s'est diversifiée au cours du temps. Parallèlement, son image s'est modifiée, passant en quelques siècles du vieillard indigent recueilli par charité à l'usager à qui l'on reconnaît des droits et des besoins. Même si la prise de conscience de la maltraitance institutionnelle est récente, il est intéressant de retracer l'histoire de l'hébergement de la personne âgée afin de mieux comprendre l'évolution de la représentation de la vieillesse dans notre société.

1.1.2.1 De l'indigence à la dépendance

Jusqu'au Moyen-Age, les infirmes et les vieillards étaient généralement pris en charge par leur famille, puis se sont développées les œuvres de bienfaisance dépendant le plus souvent de l'Eglise comme par exemple les Hôtels-Dieu ou les hospices, les vieillards n'étant pas dissociés des autres types d'indigents. A partir de la Révolution, on commence à percevoir la notion de « devoir d'assistance de la société » aux vieillards nécessiteux. Ce n'est que dans les années 1970 qu'émerge la prise en compte des besoins gérontologiques à travers la loi médico-sociale du 30 juin 1975. Cette loi prévoit la suppression des hospices et leur remplacement par des structures d'accueil adaptées et l'attribution d'une allocation compensatrice pour tierce personne aux personnes âgées dépendantes.

1.1.2.2 De la diversification de l'hébergement à la médicalisation

L'appellation « maison de retraite » apparaît pour la première fois dans l'ordonnance du 18 décembre 1958 pour désigner les hospices qui accueillent seulement les vieillards. Le cinquième plan (1965-1969) accorde une priorité au maintien à domicile des personnes âgées. De nouvelles formes d'hébergement apparaissent dès la fin des années 70 avec la création de petites unités : a) domiciles regroupés autour d'un habitat collectif pour personnes âgées valides, b) « cantous ¹⁷», unités fermées au sein des institutions réservées à l'accueil permanent des personnes souffrant de détérioration intellectuelle. Parallèlement se mettent en place les sections de cure médicale ayant pour objectif : « l'hébergement et la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale et des soins paramédicaux. »¹⁸

Ces sections de cure médicale ont permis aux maisons de retraite d'adapter leur prise en charge de personnes âgées devenues plus dépendantes.

A la même époque se développent l'accueil temporaire et l'accueil de jour permettant de soulager les aidants.

En 1986, le programme MAPAD¹⁹ préconise le développement de petites structures de 80 lits en remplacement des structures V120 et V240²⁰.

¹⁷ Cantou : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

¹⁸ Décret du 22 novembre 1977.

¹⁹ MAPAD : Maison d'Accueil pour Personne Agée Dépendante

²⁰ V120, V240 : structures de 120 ou 240 lits ; V signifie « Vieux »

Les maisons de retraite sont donc des institutions sociales ou médico-sociales définies, par la loi du 30 juin 1975, comme des organismes publics ou privés hébergeant à titre principal et d'une manière permanente des personnes âgées. Elles comprennent également, au sens actuel du terme, les MAPAD, les MAPA (Maison d'Accueil pour Personne Agée), les MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personne Agée) et les résidences pour personnes âgées. Il existe d'autres structures hébergeant des personnes âgées tels les logements-foyers et les unités de soins de longue durée. Les logements-foyers sont a priori destinés aux personnes valides. Ce sont des logements autonomes, assortis d'équipements et de services collectifs, gérés pour la plupart par les municipalités par l'intermédiaire de leur CCAS²¹. Les établissements de santé visés à l'article L. 711-2 de l'ancien code de la santé publique, qui sont devenus unités de soins de longue durée en 1991, correspondent à une prise en charge sanitaire répondant à des besoins médicaux constants.

1.1.2.3 De l'humanisation à la prise en charge individualisée

La prise de conscience que la maison de retraite est avant tout un lieu de vie apparaît avec le développement du secteur commercial qui fait ressortir l'importance de la qualité hôtelière. En 1987 paraît la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes. L'humanisation des établissements se concrétise alors à travers le programme SEPIA (1989-1992) tant au niveau de la qualité architecturale (suppression des salles communes au profit de chambres à une ou deux personnes), que dans la qualité de la prise en charge (animation, place des familles). Les perspectives actuelles d'amélioration tendent vers une prise en charge individualisée de la personne âgée dépendante avec la mise en place en 1999 du volet qualité de la réforme de la tarification.

1.1.3 Les déterminants de la maltraitance institutionnelle

Les causes de maltraitance peuvent être liées aux personnes elles-mêmes ou bien être propres à l'établissement. Elles reposent en général sur plusieurs facteurs.

1.1.3.1 Les déterminants liés aux personnes elles-mêmes

◆ La vulnérabilité des résidents

La vulnérabilité des résidents résulte de trois principaux facteurs : l'âge, la dépendance et l'isolement social.

²¹ Centre Communal d'Action Sociale

Les personnes accueillies en institution sont particulièrement fragiles : plus d'une personne hébergée sur deux (54%) est âgée de 85 ans et plus²², et parmi ces personnes hébergées, les deux tiers souffrent d'une dépendance physique sévère ou psychique.

A cette vulnérabilité liée à l'âge ou à la maladie, il faut ajouter celle liée à l'isolement familial et social, qui concernerait environ 40000 personnes hébergées²³ n'ayant aucune relation familiale ou amicale à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement et n'ayant aucune activité collective.

◆ **Une image négative de la vieillesse**

L'image de la vieillesse renvoie à celles de la maladie et de la mort qui sont rejetées par notre société. Les représentations fortement négatives de la vieillesse ont un impact sur l'image des maisons de retraite. S'occuper des « vieux » est le plus souvent considéré comme dévalorisant et même dégradant.

Ainsi la société actuelle doit lutter contre deux tendances : réduire le grand âge à sa dimension médicale et n'intervenir qu'en cas de détresse relationnelle et sociale²⁴.

◆ **La personnalité de la victime ou du maltraitant**

Quelle que soit la situation, hébergement en institution ou à domicile, les troubles caractériels (troubles mentaux et/ou intellectuels, caractère difficile voire irascible avec des récriminations incessantes) sont considérés comme un facteur de risque de maltraitance commun à la victime et au maltraitant²⁵. Selon C. de Saussure²⁶, « vulnérable, la personne âgée va prendre le risque de maltraiter son entourage pour prouver qu'elle existe encore même si le rapport de force est très inégal ». Ainsi, le personnel de l'établissement ou les autres résidents peuvent se trouver en situation d'être eux-mêmes maltraités.

Le stress peut être également lié à un changement de situation : veuvage, désœuvrement, déménagement.

²² Badeyan G., Colin C. *Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*, DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999

²³ Aliaga C., Neiss M., *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

²⁴ Forcet J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement. Le rôle de l'institution (re)socialisante*, ADICIFOR, 1999, Ed. Frison-Roche

²⁵ Hugonot R., *Maltraitance des personnes âgées. Dépistage, prise en charge et prévention*, Le Concours médical, 2000, 122-20, pp 1329-1333

²⁶ De Saussure C., *Violence de la relation : quand les vieux ne sont pas que des anges*, *Gérontologie*, 2000, n°114, pp 25-28

R. Hugonot isole ainsi des facteurs spécifiques²⁵ d'être maltraité ou maltraitant, qui certes n'excusent pas certains comportements, mais qui permettent de mieux appréhender les situations à risque :

➤ facteurs de risque d'être maltraité

- . femme, grand âge
- . possession de biens, avarice excessive
- . diminution de l'adaptabilité
- . troubles du comportement (gestes mal contrôlés, déambulation excessive, agitation)
- . augmentation de la fragilité organique et/ou psychique
- . incontinence, négligence personnelle
- . dépendance physique

➤ facteurs de risque d'être maltraitant

- . homme
- . précarité (emploi, finances)
- . troubles mentaux
- . alcoolisme, drogue
- . diminution de la tolérance et ignorance des possibilités d'aide

◆ **La relation maltraitant-maltraité**

Dans le cadre institutionnel, il s'établit naturellement entre le personnel et les résidents, du fait de la vulnérabilité de ces derniers, une relation sociale de dominant (travailleur bien portant) à dominé (inactif dépendant). Cette relation est génératrice d'agressivité et celle-ci aura d'autant plus tendance à s'exprimer que les conditions de travail seront difficiles et dévalorisantes.

Par ailleurs, à l'image des relations familiales ou professionnelles, un simple dysfonctionnement relationnel, le plus souvent acquis, mais parfois aussi lié à des événements de la vie passée, pourra être à l'origine de tensions ou de violences.

Ainsi va se développer entre le résident et le personnel une relation duale qui évolue avec la vie institutionnelle et privée, et qui peut à certains moments glisser vers une situation de maltraitance.

1.1.3.2 Les déterminants propres à l'établissement

L'institution peut devenir un lieu de violence du fait d'un manque de moyens, d'organisation ou de formation mais aussi par ignorance, cupidité ou même lassitude. Les facteurs

favorisants peuvent être liés au personnel de l'établissement mais aussi de nature structurelle ou organisationnelle.

◆ **Facteurs propres au personnel de l'établissement**

Le risque de maltraitance est important si le personnel est insuffisant ou insuffisamment qualifié ou formé, ou même mal encadré. En effet, les personnes âgées, et en particulier celles qui sont dépendantes, nécessitent d'être entourées d'un personnel suffisant, diversifié et compétent pour assurer les soins et l'accompagnement. Par ailleurs, le rôle de l'encadrement dans un environnement de travail souvent difficile doit être souligné.

Les signalements de dysfonctionnement institutionnel à l'origine de situations de maltraitance concernent le plus souvent^{27,28} :

- *l'insuffisance des effectifs*, due en partie à l'augmentation des besoins en raison de la lourdeur de la prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes mais aussi à l'absentéisme et à la recherche du profit maximum dans certains établissements ;
- *le manque de qualification du personnel*, qui entraîne souvent un glissement des tâches vers des catégories moins qualifiées, et qui est lié en partie à la pénurie de certaines professions, notamment pour le personnel soignant (infirmiers par exemple) ; un personnel insuffisamment qualifié peut réagir difficilement et de façon inappropriée à l'accompagnement de base des résidents ;
- *l'absence de formation adaptée et de sensibilisation du personnel qui entraîne par exemple la non écoute, l'infantilisation ou des incorrections de langage* ; en effet, l'accompagnement de personnes âgées et dépendantes nécessite une formation gérontologique adaptée des directeurs de maison de retraite et du personnel soignant ; cette formation doit être complétée par des actions de sensibilisation aux droits de la personne âgée et à l'existence de la maltraitance pour l'ensemble du personnel dans le cadre de la formation continue ;
- *le manque de communication* entre les familles, les résidents et les personnels ; en effet une partie du temps de travail devrait être réservé à l'écoute des besoins des résidents ;
- *les difficultés liées à un travail* contraignant et peu valorisant, qui entraînent un absentéisme important et des changements fréquents de personnel ;

²⁷ CIPA, Service ALMA 87, *De la maltraitance dans les institutions pour personnes âgées*, Gérontologie et Société, 2000, n°92, p. 46

²⁸ Hugonot Robert, *La vieillesse maltraitée*, Editions Dunod, 1998, p.73

- *l'épuisement du personnel* (burn-out syndrome), qui nécessite un accompagnement adapté tel qu'une prise en charge psychologique ou la mise en place de groupes de parole au sein de l'établissement.

◆ **Facteurs organisationnels et environnementaux**

Selon l'association ALMA, « *l'une des causes majeures de la violence faite aux personnes âgées en institution concerne le domaine structurel. Il s'agit là de l'organisation des établissements*²⁷ ». Mais si l'enjeu actuel des maisons de retraite encadrées par les pouvoirs publics est d'évoluer vers un modèle de lieu de vie où l'accompagnement de soin et de vie est individualisé au milieu d'une vie communautaire, l'héritage du modèle hospitalier reste encore présent dans de nombreuses structures.

Par ailleurs, comme le souligne B. Peter²⁹, « la plus parfaite des maisons de retraite n'est au mieux que la résultante d'une série de compromis ».

Les principales causes de dysfonctionnement sont les suivantes :

- *les contraintes des règles de vie institutionnelles*, qui ne respectent pas l'identité des résidents (goûts, culture, habitudes de vie), comme les horaires des repas, du lever et du coucher, les visites, les activités proposées... ; la sur-stimulation ou la sous-stimulation pouvant être ressenties toute les deux comme facteurs de maltraitance ;
- *la surmédicalisation*, en particulier l'abus des neuroleptiques et des tranquillisants, ou au contraire *la sous-médicalisation*, qui ne répond pas aux besoins des résidents (par exemple, l'absence de prise en charge de la démence) ou *enfin l'absence de coordination dans les soins* ;
- *le manque d'hygiène*, tant au niveau de l'établissement que du personnel ou des résidents ;
- *l'absence de représentation* des résidents et de leur famille au conseil d'établissement, ce qui contribue à faire de l'établissement un huis clos ;
- *la vétusté des lieux et les conditions d'accueil* dans l'établissement, qui ne sont pas toujours adaptées aux besoins : locaux (escaliers, taille et aménagement des chambres), isolement géographique et social (manque d'ouverture sur l'extérieur) ;
- *les conditions de vie* dans l'établissement qui ne correspondent pas aux besoins ou aux demandes des résidents (chauffage, nourriture).

²⁹ Peter B., *Vieillards agressifs et maltraitants*, Gériatrie et société, 2000, n° 92, pp 151-161

Les causes de maltraitance sont donc multiples. Cependant, selon une enquête réalisée par une infirmière générale sur la violence institutionnelle³⁰, les violences physiques et matérielles sont rares, surtout repérables dans deux domaines qui sont les toilettes imposées et les excès de calmants. Les violences morales sont en revanche fréquemment citées. Ainsi, les interdictions et les reproches ont été identifiées par des professionnels comme les agressions les plus fréquentes. Pour les résidents, le manque d'écoute, le non respect du rythme de vie et le tutoiement sont souvent dénoncés. En ce qui concerne les négligences passives qui sont également fréquentes, ont été rapportées l'absence de prise en compte des capacités de la personne, l'absence de communication et l'absence de prise en compte de la douleur ainsi que la privation de nourriture dans les services accueillant les personnes désorientées.

1.1.4 Une situation préoccupante

En France, l'on ne dispose pas de données fiables et homogènes permettant de mesurer l'ampleur du phénomène de maltraitance. Même en supposant que l'on puisse s'accorder sur une définition, la maltraitance est difficilement quantifiable car les chiffres disponibles reposent sur les signalements et non sur la réalité. La situation est cependant préoccupante en raison du vieillissement prévisible de la population.

1.1.4.1 Une population de plus en plus vulnérable

Comme nous l'avons précisé, la vulnérabilité des résidents est considérée comme un facteur de risque de maltraitance et elle résulte de trois principaux facteurs : l'âge, la dépendance et l'abandon social.

◆ Le vieillissement démographique

Fin 1998, près de 475 000 personnes vivaient en institution pour personnes âgées dont plus des trois quarts d'entre elles en maison de retraite³¹. L'âge moyen d'entrée en établissement n'a cessé d'augmenter : fin 1998, il atteignait 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. Plus d'une personne hébergée sur deux est âgée de 85 ans et plus. Les trois quarts des résidents sont des femmes.

³⁰ Mallier M., Les violences institutionnelles envers les personnes âgées – Identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques, Mémoire DU de Gériatrie sociale, Université de Nantes, 1997

³¹ Aliaga C., Neiss M., Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

En maison de retraite et services de soins de longue durée, les taux de dépendance sont élevés : en 1998, selon l'enquête EHPA³², 62 % des résidents de 75 ans et plus étaient confinés au lit ou au fauteuil ou aidés pour la toilette ou l'habillage, et 20 % avaient besoin d'aide pour sortir de l'institution. Plus de la moitié (55 %) des résidents de 75 ans et plus étaient atteints de dépendance psychique et 48 % de dépendance cumulée (physique et psychique).

L'évolution démographique et le développement de la politique de soutien à domicile auront pour conséquence une évolution du profil de la personnes âgée hébergée en établissement : plus âgée, plus dépendante (augmentation en particulier du nombre de personnes souffrant de détérioration intellectuelle).

Le tableau suivant présente l'évolution de la répartition de la population âgée de plus de 60 ans en France de 1975 à 2020³³.

	1975	1995	2020
Proportion de personnes âgées de plus de 60 ans	18,4 %	19,9 %	27 %

(Source INSEE)

Cette projection démographique, réalisée sur la base des résultats du recensement de 1990, montre qu'à l'horizon 2020 les personnes âgées de plus de 60 ans pourraient représenter 27 % de la population, celles de plus de 75 ans 9,5 % et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3 %. Cette augmentation inéluctable de la part des personnes âgées au sein de la population est liée à la fois à la baisse de la fécondité et à la baisse de la mortalité aux âges élevés avec un pic à l'horizon 2020 en raison du baby-boom des années 50.

◆ L'évolution de la dépendance

Le vieillissement démographique s'accompagne d'un accroissement de la dépendance de la personne âgée. D'après l'enquête EPHA les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 1,7 % des personnes entre 65 et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage. C'est le cas de 9 % des personnes de 80 ans, de 20 % de celles de 85 ans et de 35 % de celles de 90 ans.

³² Enquête EHPA : enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées de la DREES, 1994

³³ Badeyan G., Colin C. Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil, DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999

La diminution des décès liés aux maladies physiques a abouti à un accroissement du nombre de personnes âgées qui s'est lui-même traduit par une augmentation considérable des cas de démences séniles, en particulier de maladie d'Alzheimer³³. Les projections conduiraient à un doublement du nombre de cas de maladies d'Alzheimer entre 1990 et 2020.

Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics développent une politique d'aide au maintien à domicile. L'objectif est de pouvoir dispenser aussi longtemps que souhaité des soins infirmiers et d'hygiène ainsi qu'un service d'accompagnement permettant le maintien de la personne âgée dans son cadre de vie. Ainsi en 1998, on estimait que 87% des personnes de 75 ans et plus vivaient à domicile.

L'accueil en maison de retraite devient alors réservé à des hébergements temporaires permettant de faire face à des difficultés passagères (accueils de jour, de nuit ou temporaire) ou bien de plus en plus souvent à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie.

◆ L'isolement social

Le troisième facteur de vulnérabilité est lié à la solitude des personnes âgées. C'est un des motifs fréquents d'entrée en institution. Si une personne hébergée sur cinq déclare ne pas avoir de famille proche, près de 40 000 personnes hébergées peuvent être considérées dans une situation de très fort isolement³⁴.

Les difficultés spécifiques liées à une population vieillissante posent alors le problème de la qualité de vie des années gagnées. Face à une population de plus en plus âgée et dépendante, il est nécessaire de se donner les moyens de répondre non seulement aux besoins des personnes âgées institutionnalisées mais aussi à leurs attentes. L'enjeu est donc non seulement de planifier le nombre de places et le type de structure en fonction des divers degrés d'incapacité ou de dépendance en les accompagnant d'une prise en charge adaptée mais aussi de contrôler la qualité des prestations fournies par les institutions, qu'elles relèvent du domaine privé ou public.

1.1.4.2 Un phénomène difficilement quantifiable

Comme le souligne M. Jaspard³⁵, « les maltraitances envers les personnes âgées se situent en France dans une phase de sensibilisation de l'opinion publique ».

³⁴ Aliaga C., Neiss M., *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

³⁵ Jaspard M., *Violence et Maltraitance. Le poids des mots et des chiffres.*, Gériologie et société, 2000, n° 92, pp 11-28

M. Jaspard précise que la quantification est particulièrement difficile en raison du phénomène lui-même « occulté, répréhensible et culpabilisant », mais que le nombre de déclaration des actes violents s'accroît, plus par l'effet de sensibilisation et de levée du tabou que par augmentation du phénomène.

La plupart des études sont d'origine américaine ou canadienne et concernent la violence à domicile. Aux Etats-Unis, une prévalence de 3,2% a été établie sur un échantillon de 2000 personnes et au Canada, un sondage téléphonique a permis de situer la violence à domicile à environ 4%³⁶. En France, la première étude, qui a été effectuée à Lille par le Laboratoire d'Évaluation Médicale de l'Université sur environ 3000 dossiers médicaux, a montré une prévalence de 5% de la maltraitance envers des personnes âgées vivant à domicile ou en institution³⁶. Les statistiques de l'association ALMA font état de 6000 dossiers de plaintes dont 30% concerneraient les institutions³⁷. Enfin, S. Bonin-Guillaume rapporte que la prévalence de la maltraitance de la personne âgée est estimée à 10%, dont seulement 20% des cas sont dépistés³⁸.

Ces chiffres permettent une estimation grossière, entre 4 et 10 % de la population hébergée, du nombre de personnes maltraitées en institution, soit de 19 000 à 45 000 personnes, sans préjuger des aspects qualitatifs de la maltraitance.

Après avoir tenté de définir et de comprendre les mécanismes à l'origine du phénomène de la maltraitance, nous nous proposons de passer en revue les actions de lutte et de prévention de la maltraitance.

1.2 LES APPROCHES CLASSIQUES DE LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

Comme nous l'avons précisé, le concept de lutte contre la maltraitance utilisé dans ce mémoire recouvre à la fois l'ensemble des actions pouvant être mises en œuvre face à des situations de maltraitance avérée et celles qui visent à corriger un dysfonctionnement institutionnel ou relationnel faisant suspecter un risque de maltraitance. Il s'agit donc d'une acception large recouvrant les actions de prévention primaire (dépistage des situations à risque et promotion de la bientraitance) et secondaire (actions correctrices).

³⁶ Plamondon L., Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques, *Gérontologie et société*, 2000, n° 92, pp 121-133

³⁷ Hugonot R., Editorial, *La maltraitance*, *Gérontologie et société*, 2000, n° 92, pp 8-9

³⁸ Bonin-Guillaume S., *Maltraitance du sujet âgé. Intérêt d'une approche criminologique*, *Gérontologie*, 1999, N°110, pp 6-7

Avant d'aborder le rôle des institutions départementales, nous rappellerons les principes fondamentaux de la protection de la personne âgée.

1.2.1 La protection individuelle

1.2.1.1 La protection des personnes vulnérables en droit civil³⁹

Aux termes de l'article 490 du Code de procédure civile, lorsque les facultés mentales ou corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge (et constatées médicalement), il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus par la loi. Le juge des tutelles saisi peut, suivant l'état de la personne vulnérable à protéger, ordonner :

- soit une sauvegarde de justice prévue par l'article 491
- soit un régime de curatelle (art. 508) si la personne a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile, sans être elle-même hors d'état d'agir ;
- soit un régime de tutelle quand la personne a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile.

Cependant, les demandes de mise sous protection juridique sont encore très peu utilisées car très mal connues du public et des professionnels, notamment en ce qui concerne les pressions psychologiques et les négligences⁴⁰.

D'autre part, il faut souligner l'importance des dysfonctionnements entourant les mesures de protection⁴¹, en particulier, le manque de disponibilité des juges, la formation chaotique des tuteurs ou les lacunes du contrôle des actes de gestion.

1.2.1.2 La protection des personnes vulnérables en droit pénal

Le code pénal comprenait déjà de nombreuses dispositions permettant d'intervenir en cas de maltraitance, comme l'obligation d'assistance à personne en danger et dans les cas dits d'atteinte volontaire⁴⁰. En particulier, l'article 40 impose aux autorités constituées, aux officiers publics ou fonctionnaires, qui ont connaissance d'un crime ou d'un délit, de saisir sans délai le procureur de la république.

³⁹ Corbet E., Lebas J., Quémener M., *Les concepts de violence et de maltraitance*, Actualité et Dossier en Santé publique, 2000, n°31, pp 20-25

⁴⁰ Dekussche C., *Maltraitements et personnes âgées. Négligence ou mauvaise intention.*, L'infirmière magazine, 1998, n°132, pp 5-10

⁴¹ Calloch P., *La protection de la personne du sujet âgé dépendant par le tuteur ou le curateur*, Gérontologie et société, 2000, n°93, pp 133-144

En 1994, le droit pénal a intégré la vulnérabilité de la personne âgée dépendante en faisant de l'âge ou de l'état physique ou mental des circonstances aggravantes ou des éléments caractérisant l'infraction : tout citoyen a l'obligation légale (art. 434-3 du code pénal) d'informer les autorités administratives et judiciaires de « privations, de mauvais traitements infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ».

1.2.1.3 La Charte de la personne âgée dépendante⁴²

Les Ministères de l'Emploi et de la Solidarité et de la Santé en collaboration avec la Fondation Nationale de gérontologie ont édité une charte rappelant les droits et libertés de la personne âgée dépendante. Cette charte, souvent affichée dans les maisons de retraite, présente l'avantage de promouvoir la bientraitance à travers de grands principes fondamentaux tels que : le choix du mode de vie, le maintien des activités sociales et des relations, l'accès aux soins, la protection de la personne et de ses biens, le recours à des intervenants formés et en nombre suffisant, etc...

Cependant, elle ne préjuge ni des actions à mettre en œuvre, ni des moyens nécessaires à son application.

1.2.2 L'approche institutionnelle : les missions d'inspection

Les autorités départementales sont en charge de la surveillance et du contrôle des institutions d'hébergement. Elles interviennent soit de façon systématique, soit à la demande des responsables d'établissements (création, extension) ou bien à la suite d'un signalement. C'est dans le cadre de ces missions que les autorités sont engagées dans la lutte contre la maltraitance institutionnelle.

Les établissements hébergeant des personnes âgées sont répartis en deux grandes catégories qui font l'objet depuis quelques années d'une réforme législative importante, aboutissant progressivement à une réglementation de plus en plus complexe et contraignante :

- les centres et unités de soins de longue durée régis par la loi hospitalière⁴³ ;

⁴² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité / Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Fondation Nationale de Gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Paris, éditions Sicom, 1999

⁴³ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

- les institutions sociales et médico-sociales (logements foyers ou maisons de retraite)⁴⁴ relevant de la loi du 30 juin 1975 qui a été fréquemment remaniée durant les 15 dernières années particulièrement en ce qui concerne la planification à partir des besoins, la prise en charge et plus récemment la qualité de vie des personnes hébergées.

Comme nous l'avons précisé, nous nous limiterons aux structures relevant de la loi de 1975 et en particulier aux maisons de retraite.

D'autre part, nous avons choisi d'aborder dans un chapitre séparé (cf. 1.2.5.1) les nouvelles dispositions applicables dans le cadre de la réforme de la tarification.

Après ouverture, la surveillance et le contrôle des EHPA sont sous la responsabilité des services de l'Etat (en particulier DDASS, DDCCRF et Inspection du travail), du Conseil général, de l'Assurance Maladie et des communes. Le champ d'intervention de chaque institution est complexe, en particulier depuis la loi de décentralisation de 1982 où l'Etat a délégué au Conseil général la gestion de l'hébergement et a conservé celle du secteur soin.

1.2.2.1 Les responsabilités de la DDASS

En ce qui concerne les EHPA, l'intervention des agents des DDASS (art. 208 du CFAS) s'exerce sous l'autorité du ministre et des préfets de département au titre de l'ordre public. L'article 209 du CFAS précise que les personnes responsables d'un établissement sont tenues de laisser pénétrer dans l'établissement, à toute heure du jour et de la nuit (pour la nuit, uniquement sur plainte et après information préalable au directeur de l'établissement), les autorités et agents chargés de la surveillance. Ces derniers peuvent « visiter tous les locaux, se faire présenter toute personne hébergée et demander tous renseignements nécessaires pour apprécier les conditions matérielles et morales de fonctionnement de l'établissement ».

Les agents doivent vérifier le respect des normes d'équipement et de fonctionnement et de façon plus générale le respect des lois et règlements. Ils sont également en charge de la protection de la santé, de la sécurité ou du bien-être moral ou physique des personnes hébergées. Ces missions de surveillance et de contrôle sont donc pluridisciplinaires, chacun assurant la partie relevant de sa compétence.

⁴⁴ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Pour les maisons de retraite, le préfet est responsable de la fermeture au titre de l'ordre public (art. 210 du CFAS), « si la santé, la sécurité ou le bien être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ». La procédure à suivre passe par une lettre d'injonction assortie d'un délai, enjoignant l'établissement à « remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus ».

Si l'établissement n'a pas été autorisé (création avant 1975), c'est le Président du Conseil général qui doit signer l'arrêté de fermeture mais, pour exécuter la décision, il doit porter plainte ou s'adresser au préfet qui a seul les pouvoirs de police.

En ce qui concerne les missions spécifiques des médecins inspecteurs de santé publique, la circulaire du 11 juin 1999⁴⁵ précise simplement qu'en matière d'action médico-sociale, un programme est élaboré au niveau régional en cohérence avec les objectifs stratégiques des directions d'administration centrale. Les inspections programmées sont complétées, le cas échéant, par des inspections sur plainte, des contrôles en urgence ou des initiatives isolées.

Ainsi, lors d'une inspection d'un établissement, le médecin inspecteur de DDASS pourra être amené à vérifier que :

- le personnel (en particulier soignant) est en nombre suffisant, jour et nuit : demande des plannings
- le personnel est qualifié : demande des diplômes
- les soins sont prodigués de façon correcte : distribution sécurisée des médicaments, transmissions, prévention d'escarres, existence de protocoles spécifiques (anti-coagulants, antidiabétiques...), prise en charge des démences, de la douleur
- l'hygiène est respectée ainsi que la sécurité des résidents
- le lien avec les familles est maintenu : contrat de séjour, procédures en cas d'hospitalisation, de décès...
- des activités sont proposées aux résidents
- la prestation hôtelière est d'un niveau satisfaisant de qualité

En pratique, lorsque les effectifs le permettent, les différentes tâches sont réparties entre deux ou trois agents de la DDASS (agents administratifs, inspecteurs des services établissement et santé-environnement...). L'inspection ainsi que la rédaction du rapport en sont ainsi facilitées.

⁴⁵ Circulaire DGS/DAGPB n°99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique

1.2.2.2 Les responsabilités du Conseil général

Le rôle du Conseil général dans la gestion des établissements sociaux et médico-sociaux est devenu prépondérant depuis la mise en place de la loi de décentralisation de 1982. Le Conseil général gère la planification des besoins en hébergement pour les personnes âgées dans le cadre du schéma gérontologique. En attendant la signature des conventions tripartites dans le cadre de la réforme de la tarification, il intervient également dans la gestion des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui concerne la surveillance des établissements, en application de l'article 198 du CFAS, les agents départementaux habilités par le président du Conseil général contrôlent « le respect des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département », et exercent un pouvoir de contrôle technique sur les institutions autorisées par le président du Conseil général. Les seuls établissements qui ne sont pas contrôlés par le Conseil général sont donc aujourd'hui les établissements privés créés avant 1975 et non habilités à l'aide sociale.

1.2.2.3 Le rôle des autres institutions départementales

➤ La DDCCRF⁴⁶

Les inspecteurs de la DDCCRF peuvent effectuer des contrôles dans les maisons de retraite, de jour comme de nuit. Le suivi des contrôles des établissements peut être de trois ordres : soit un rappel de réglementation avec mise en œuvre d'un second contrôle, soit la transmission au Parquet d'un dossier constatant les irrégularités, soit une demande de fermeture administrative.

Les domaines d'intervention de la DDCCRF sont régis par :

- le Code de la Consommation en cas de délit de publicité mensongère (par exemple, une maison de retraite présentée comme médicalisée alors qu'elle ne l'est pas), délit de tromperie sur les qualités substantielles (par exemple, des prestations qui ne correspondent pas au minimum requis pour un établissement accueillant des personnes âgées) ou bien défaut d'affichage des prix ;
- le Code Rural (arrêté du 29 septembre 1997 relatif aux collectivités) pour tout ce qui concerne l'hygiène alimentaire ;

⁴⁶ DDCCRF : Direction Départementale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes

- le Code de la famille et de l'aide sociale (loi du 30 juin 1975 – art 8 ter⁴⁷) pour le contrôle du règlement intérieur, du contrat de séjour (exemple : existence de clauses abusives)

➤ L'assurance maladie

En attendant la signature des conventions tripartites dans le cadre de la réforme de la tarification, certains établissements sont habilités à recevoir un financement par la sécurité sociale des frais liés aux soins (art L.162-21 du nouveau code de la sécurité sociale). Dans ce cas, l'autorisation est accordée sous réserve d'un contrôle de conformité aux normes effectué généralement conjointement par les services de la DDASS et ceux de la sécurité sociale. Puis, une analyse de fonctionnement est réalisée tous les cinq ans par le médecin conseil qui transmet son rapport aux services administratifs pour le renouvellement de l'autorisation de section de cure médicale et/ou du forfait de soins. L'assurance maladie peut également intervenir sur plainte concernant la plupart du temps la facturation des soins.

➤ Les communes

Le maire tient des articles R. 123-1 et R.123-27 du code de la construction le devoir de prendre, par voie réglementaire, toutes mesures pour prévenir les incendies⁴⁸. Les maisons de retraite sont donc inspectées régulièrement par les commissions compétentes.

➤ Les services vétérinaires contrôlent les établissements pour tout ce qui concerne l'hygiène alimentaire.

➤ L'inspection du travail peut intervenir en cas de plainte liée aux conditions de travail du personnel des établissements.

1.2.3 Le rôle de quelques intervenants clés

Nous avons individualisé certains intervenants qui nous paraissent jouer un rôle déterminant dans la lutte contre la maltraitance et qui, par ailleurs, sont les interlocuteurs privilégiés des autorités administratives.

⁴⁷ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁴⁸ Lucas-Baloup I., *Risque incendie : risque pénal pour le directeur*, Décideurs, 1999, n°21, p 37

◆ Le directeur de l'établissement

Le rôle du directeur sur les conditions de vie, d'accompagnement et de soins des résidents est primordial. Comme le souligne le cahier des charges de la convention pluriannuelle dans le cadre de la réforme de la tarification⁴⁹ : « La qualité des prises en charge repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour ».

Les fonctions de responsable d'établissement nécessitent non seulement une qualification de gestionnaire mais aussi une sensibilisation à la prise en charge des personnes âgées.

◆ Les médecins

Dans le personnel soignant exerçant en maison de retraite, il faut distinguer les salariés et les libéraux intervenant à la demande de l'établissement des intervenants libéraux extérieurs intervenant à la demande des résidents ou de leur famille. Les premiers sont employés par la maison de retraite et à ce titre peuvent être soumis à des pressions pour garder le silence. Les seconds, en tant qu'intervenants extérieurs, sont souvent peu sensibilisés ou se sentent peu concernés par les situations de maltraitance qu'ils peuvent observer ou suspecter.

Les médecins, qu'ils soient salariés ou bien libéraux, sont rarement à l'origine des signalements. Cependant, si avant 1994, les professionnels de santé étaient gênés pour révéler des informations connues dans le cadre de leur travail (art 226-13 du code pénal), depuis la parution du nouveau code pénal (art. 226-14), le médecin n'est plus lié par le secret professionnel « *s'il constate des sévices ou privations infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* ».

- le médecin salarié de l'établissement : le rôle du médecin de l'établissement a été précisé dans la définition de la fonction de médecin coordonnateur du cahier des charges de la réforme de la tarification⁴⁹. Son rôle dans la prévention et la lutte contre la maltraitance est important de par sa formation en gériatrie, sa position dans l'établissement et la nature de ses fonctions. Ainsi, le médecin peut identifier les personnes âgées à risque élevé, élaborer des instruments de dépistage et des procédures en situation d'abus, briser l'isolement des intervenants en créant des groupes

⁴⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

de parole, instaurer des processus formels de suivis des cas en équipe⁵⁰. Il joue un rôle important dans la formation et la sensibilisation du personnel accompagnant.

- le médecin libéral (ou le médecin hospitalier lors de l'hospitalisation d'une personne âgée) a un rôle privilégié d'abord en tant qu'intervenant externe à l'institution, mais surtout parce que ses fonctions lui permettent d'approcher les résidents et de porter un diagnostic de maltraitance⁵¹ devant des violences physiques ayant provoqué des hématomes ou des fractures à répétition ou bien encore des négligences à l'origine d'une dégradation de l'état physique ou mental.

Un certificat médical d'ITT (incapacité totale de travail), applicable même aux personnes âgées, doit être établi et remis à la personne si elle est capable de se prendre en charge. Dans le cas contraire, le médecin peut informer les autorités judiciaires (procureur ou substitut), médicales (directeur d'hôpital) ou administratives au titre de l'article 226-14 du nouveau code pénal.

- ◆ Le rôle des associations

Les associations jouent un rôle de plus en plus important, directement en intervenant à la demande d'un usager (signalement par exemple) mais aussi en tant que partenaire ou interlocuteur des autorités. Elles sont aussi un lieu privilégié d'information, d'écoute et de réflexion.

- L'association ALMA

Le projet ALMA (Allô maltraitance) est une initiative du Professeur R. Hugonot soutenue par le Ministère de la Santé, les Caisses Nationales d'Assurance Vieillesse et de Prévoyance et la Fondation de France. La décision de saisir le problème de la maltraitance des personnes âgées par l'organisation d'un réseau national d'écoute a été prise fin 1995 dans le cadre de la Fondation Nationale de Gérontologie⁵².

En février 2000, on comptait 15 antennes permettant de disposer d'une étude permanente de l'évolution du phénomène⁵³. Chaque antenne assure d'abord le recueil des plaintes par des écoutants bénévoles, puis l'étude et l'instruction des dossiers par

⁵⁰ Dekussche C., *Maltraitements et personnes âgées. Négligence ou mauvaise intention.*, L'infirmière magazine, 1998, n°132, pp 5-10

⁵¹ Manaouil C., Jardé O., *Maltraitance des personnes âgées : le rôle du médecin*, Le concours médical, 2000, n°20, pp 1388-1391

⁵² Hugonot R., Busby F., *Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA*, Gérontologie, 1999, n°111, pp 15-27

⁵³ Hugonot R., *Maltraitance des personnes âgées. Dépistage, prise en charge et prévention*, Le Concours médical, 2000, 122-20, pp 1329-1333

des référents professionnels, enfin le recours à des spécialistes appartenant au panel des consultants de chaque antenne.

Un Comité technique de pilotage, comprenant des représentants des professions sanitaires sociales et judiciaires et d'associations d'aide à domicile, a pour mission d'informer et de conseiller référents et bénévoles, d'analyser les facteurs de risque de maltraitance et de mettre en place des moyens de prévention. Le souci de l'association est de s'appuyer sur les autorités locales pour agir et trouver des solutions, avec pour objectif de favoriser la médiation en faisant du recours judiciaire une exception⁵⁴

En 1999, un rapport a été rédigé à la demande du Ministère de la Santé⁵², portant sur 4000 dossiers traités de 1995 à 1998, dont 36 % concernaient les institutions. Il faut souligner que les interventions d'une association ne doivent pas se substituer à celles des autorités.

En plus de ses missions permanentes d'écoute et d'information, l'association ALMA assure des actions de formation et de sensibilisation à la maltraitance dans les établissements, et du grand public dans le cadre de conférences ou d'ateliers de réflexions proposés aux professionnels.

➤ Les autres associations

D'autres associations caritatives sont spécialisées dans l'écoute des dépressives et sont en relation avec ALMA (SOS Amitié, Ecoute amitié, Aide aux victimes...).

1.2.4 Les difficultés rencontrées

1.2.4.1 Les limites du contrôle administratif

Les institutions départementales ne semblent pas disposer des moyens leur permettant d'assurer avec efficacité leurs missions de surveillance et de contrôle des établissements.

D. Labayle⁵⁵ dénonce d'ailleurs sévèrement les insuffisances du contrôle administratif.

➤ Une dilution des responsabilités

Le contrôle et la surveillance des établissements se trouvent actuellement partagés entre les services de l'Etat, du Conseil général, de l'assurance maladie ou des communes.

⁵⁴ AGE-ALMA, Service ALMA 91, *Maltraitance des personnes vieillissantes*, Années-Documents-Cleirppa, novembre 1999, n°259, pp 22,23

⁵⁵ Labayle Denis, *La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite*, Editions du Seuil, 1995, p. 83, p 93

Les procédures d'ouverture, de surveillance et de fermeture sont complexes : « L'incroyable répartition des pouvoirs entre les représentants de l'Etat et ceux des collectivités locales, permet aux différents protagonistes de ne pas assurer leur pleine responsabilité⁵⁵ ». L'autorité qui donne une autorisation d'ouverture (Conseil général ou commune) n'a pas forcément les pouvoirs de police nécessaires pour ordonner sa fermeture (sous la responsabilité du préfet). La décision de fermeture d'un établissement peut alors se trouver retardée en raison de la complexité des procédures administratives. Le contrôle des établissements nécessiterait pour être efficace une mise en commun des informations et une coordination des moyens et des décisions.

Cependant, les cultures administratives sont différentes et les logiques sont parfois contradictoires, oscillant entre une approche conservatrice s'opposant à la fermeture de l'établissement (difficulté de transfert des résidents, répercussions économiques) et un principe de précaution visant à assurer au maximum la protection des résidents.

➤ Une législation d'application difficile

L'intervention de l'Etat au titre de l'ordre public se réfère à un texte d'interprétation très large : « lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis ». Cependant, si les agents administratifs peuvent théoriquement intervenir à tout moment pour protéger les personnes hébergées, le manque de précision de ce texte ainsi que l'insuffisance de normes techniques de fonctionnement, permettant de garantir un niveau de sécurité suffisant dans les établissements, constituent en fait un obstacle à l'application de la législation. « Le médecin inspecteur de la DDASS, principal responsable du contrôle de l'organisation sanitaire, ne dispose d'aucun paramètre légalement défini pour justifier auprès du préfet d'une atteinte à la sécurité des personnes âgées⁵⁵ ».

P. Guinchard-Kunstler souligne d'ailleurs dans ce rapport⁵⁶ la nécessité de « prévoir des sujétions particulières unifiées pour l'ensemble des maisons de retraite ».

De plus, les agents administratifs de la DDASS ou du Conseil général n'ont généralement pas de formation ou de soutien juridiques. Dans le cadre de maltraitances liées à des actes individuels où la saisine du parquet est parfois nécessaire (article 40 du code de procédure pénale), une structure d'appui adaptée ainsi que la connaissance de la jurisprudence en la matière seraient utiles.

⁵⁶ Guinchard-Kunstler P. Rapport à monsieur le Premier Ministre, *Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie*, 1999, pp 66 et 64

En ce qui concerne l'avis du CROSS, D. Labayle⁵⁷ dénonce les critères d'appréciation destinés à guider la commission, « qui sont flous, s'appuyant sur les garanties techniques, financières et morales présentées par le demandeur ». De plus, il observe « un contraste entre les exigences du CROSS pour les nouveaux projets et le laxisme pour les vieux établissements ».

➤ Une insuffisance de moyens ou de priorités ?

Les missions d'inspection sont assurées au niveau de la DDASS par les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs de santé publique, accompagnés d'autres agents administratifs. En ce qui concerne les médecins, souvent un seul MISP⁵⁸ par DDASS est responsable des champs sanitaire et social avec priorité donnée au champ sanitaire. En conséquence, les agents des services déconcentrés n'effectuent que des contrôles ponctuels, par exemple lors des visites de conformité, ou interviennent lorsqu'ils reçoivent une plainte.

En conclusion, si d'après les textes, tous les établissements hébergeant des personnes âgées sont sous le contrôle des DDASS, il semble cependant que les effectifs sont largement insuffisants pour engager une lutte globale de la maltraitance avérée et encore moins des actions de prévention, qui ne pourront être efficaces que dans un cadre d'inspection défini comme prioritaire.

1.2.4.2 Les difficultés rencontrées par les autres intervenants

➤ Les directeurs d'établissement

Les structures d'hébergement souffrent d'un déficit de moyens financiers en particulier dans le cas de dépendance lourde. A titre d'exemple, dans le cas d'une dépendance légère, une toilette dure environ 15 minutes avec une aide et 25 minutes avec 2 aides si la dépendance est plus lourde⁵⁹, nécessitant deux fois plus de temps et de personnel. Des ratios pertinents ne peuvent donc être établis qu'en fonction du degré de dépendance et du besoin en soins.

Les directeurs sont également confrontés au problème de la prise en charge des personnes démentes, qui nécessite des locaux adaptés ainsi qu'un personnel spécialisé. Aujourd'hui, les responsables ont des difficultés à recruter du personnel qualifié, notamment des infirmières, en raison du manque de valorisation et des contraintes du travail en maison de retraite, et de la rémunération, peu attractive. De plus,

⁵⁷ Labayle Denis, La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite, Editions du Seuil, 1995, p. 83, p 93

⁵⁸ MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

⁵⁹ Source : direction d'une maison de retraite

l'augmentation des besoins en personnel soignant n'a pas été anticipée et nous nous trouvons actuellement en période de pénurie.

Les responsables rencontrent également des difficultés de motivation d'un personnel travaillant souvent dans des conditions difficiles, sinon ingrates. Là encore, aux difficultés du travail au quotidien s'ajoutent des problèmes particuliers comme l'accompagnement des déments ou des personnes en fin de vie. L'insuffisance des effectifs, notamment en période de congé, et l'absence de formation adaptée peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie des résidents.

Enfin, nous l'avons souligné précédemment, les maisons de retraite construites à partir de bâtiments anciens souffrent d'un aménagement peu adapté aux personnes âgées dépendantes.

La réponse n'est pas simple. Dans leur gestion de l'établissement, les responsables de maisons de retraite doivent aussi tenir compte des besoins et attentes des résidents et de leur famille ainsi que du personnel. En effet, l'implication des usagers au sein des instances de décision concernant les établissements est de plus en plus présente (conseils d'établissement et conseils d'administration) et s'amplifiera très probablement. Le contrôle des autorités semble également se renforcer en dépit des limites évoquées précédemment.

➤ Les médecins

Contrairement à leur implication dans la lutte contre la maltraitance des enfants, il semble que les médecins se désintéressent de la maltraitance des personnes âgées⁶⁰. Les raisons évoquées proviennent d'études américaines : il semblerait que les médecins ne considèrent pas la maltraitance comme étant de leur domaine puisque ne faisant intervenir ni diagnostic, ni thérapeutique ; d'autre part, ils se sentent impuissants devant la complexité des situations ; enfin, certains préfèrent se taire pour pouvoir continuer à rendre visite à la personne maltraitée, assurant ainsi (avec le recours toujours possible à l'hospitalisation) une certaine protection à distance.

Après avoir passé en revue les principales difficultés rencontrées par les autorités dans la lutte contre la maltraitance institutionnelle, nous allons envisager les perspectives d'amélioration à court et moyen terme.

⁶⁰ Hugonot R., Maltraitance des personnes âgées. Dépistage, prise en charge et prévention, Le Concours médical, 2000, 122-20, pp 1329-1333

1.2.5 Les perspectives d'amélioration

Les conditions de vie en institution devraient être améliorées grâce aux nouvelles dispositions apportées par la réforme de la tarification et la rénovation de la loi de 1975.

1.2.5.1 La démarche qualité de la réforme de la tarification⁶¹

Introduite par la loi du 24 janvier 1997⁶², cette réforme établit le principe d'une convention entre l'établissement et les autorités ayant pour objectif de définir les conditions de fonctionnement des établissements sur le plan financier comme au niveau de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

A terme, en raison du vieillissement de la population et de la politique de maintien à domicile, il est probable que la réforme s'appliquera à l'ensemble des institutions hébergeant des personnes âgées.

La réforme de l'allocation des ressources des EHPAD devrait donc permettre sur un mode contractuel une amélioration de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées hébergées, en particulier au regard de⁶³ :

- la qualité de vie offerte aux résidents (projet institutionnel et qualités des espaces privés et collectifs) ;
- la qualité des personnels : rôle et qualification du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmière et des différents professionnels exerçant dans l'établissement ;
- la qualité des soins dispensés ;
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique

L'évaluation de la qualité entrera donc dans l'appréciation des autorités non seulement à l'ouverture des établissements lors de la signature de la convention mais aussi tous les cinq ans lors du renouvellement de cette autorisation, sachant que des révisions pluriannuelles pourront avoir lieu.

La tarification préfectorale prévue pour les tarifs « soins » et la tarification du président du Conseil général prévue pour les tarifs « dépendance » ne pourront donc être accordées que si certains critères de qualité sont respectés. Ces critères ont été précisés dans le guide

⁶¹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

⁶² Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

⁶³ Voisin J., *Les institutions publiques, privées associatives et commerciales*, La maltraitance, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 29-37

d'auto-évaluation « Angélique⁶⁴ » édité à titre indicatif par la mission d'appui M.A.R.T.H.E⁶⁵ du ministère de l'emploi et de la Solidarité et du secrétariat à la santé et à l'action sociale.

Cependant, même si cette approche constitue une réelle avancée sur le plan de la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées institutionnalisées, les recommandations contenues dans le cahier des charges de la réforme peuvent donner lieu à des interprétations aussi bien de la part des établissements que des autorités. Ainsi, de nombreux recours contentieux seront à prévoir en cas de litiges.

D'un autre côté, en raison de la diversité des situations rencontrées, la fixation par décret de normes techniques (concernant les locaux ou le personnel) ainsi qu'il avait été annoncé, conduirait à la fermeture de nombreux établissements avec pour conséquence des difficultés importantes d'hébergement des personnes âgées.

Comme le souligne un inspecteur des affaires sanitaires et sociales⁶⁶, « la convention est un acte tripartite d'objectifs et de moyens qui permettra de faire progresser autant les démarches des établissements que les politiques des Conseils généraux ou des services de l'Etat ».

1.2.5.2 Le développement des réseaux gérontologiques de proximité

La mise en place de réseaux gérontologiques est préconisée par le rapport Guinchard-Kunstler de septembre 1999⁶⁷, qui prévoit un réseau au niveau du « bassin de vie » entre le secteur de maintien à domicile, l'hébergement collectif et l'hôpital, et un échelon départemental de coordination.

Les réseaux ont été définis d'une manière générale par la circulaire du 25 novembre 1999⁶⁸ comme constituant « à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ».

Mais aujourd'hui la coordination est encore difficile. En effet, la mise en place de ces réseaux pose des problèmes en termes de financement et de mise en commun de cultures professionnelles différentes. Il est cependant important pour les professionnels d'appréhender les situations de maltraitance dans le cadre d'un réseau de soins où la confrontation des observations ou des suspicions serait facilitée.

⁶⁴ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide d'accompagnement ANGÉLIQUE*, 2000

⁶⁵ M.A.R.T.H.E : Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification des Etablissements

⁶⁶ De Guenyveau G., Les conventions annuelles tripartites : outil d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en établissement d'hébergement, Mémoire, ENSP, 2000

⁶⁷ Rapport « Vieillir en France » de Paulette Guinchard-Kunstler de septembre 1999.

⁶⁸ Circulaire n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

1.2.5.3 Développement des Centres locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

La circulaire du 6 juin 2000⁶⁹ a permis la création de CLIC. Ces structures visent à « mieux répondre notamment aux besoins de la personne âgée en réunissant autour d'elle l'information, les moyens, et surtout les services lui permettant de rester chez elle ». Cette coordination doit être articulée avec une estimation des besoins de la personne et avec un recensement de l'offre en termes de services, de places, de formation. Une enveloppe de 12,5 millions de francs de l'Assurance Maladie est allouée à l'expérimentation de 25 CLIC sur des sites pilotes sur l'année 2000.

Une information objective sur les services offerts par les maisons de retraite pourrait donc être disponible à terme pour les usagers et les professionnels, permettant un choix adapté de la structure d'accueil en fonction des besoins, des moyens ou des attentes. Ces dispositifs, qui présentent un intérêt dans le cadre de la prévention de la maltraitance en permettant une meilleure adéquation aux besoins, pourraient aussi, à terme, devenir un relais de proximité pour le recueil des signalements.

1.2.5.4 La rénovation de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales

Parallèlement à la mise en œuvre d'une réforme sur la qualité des prestations offertes aux personnes âgées accueillies en établissements, de nouvelles dispositions relatives sont en cours de finalisation dans le cadre du projet de réforme de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Le dossier de presse disponible sur le site du Ministère⁷⁰ annonce, en particulier, un renforcement des droits fondamentaux de la personne âgée (charte de la personne accueillie, rénovation du règlement intérieur et du conseil d'établissement, contrat individualisé, recours possible à un médiateur) ainsi qu'une consolidation des procédures de planification, d'évaluation et de contrôle. Il serait notamment prévu :

- ◆ L'instauration d'un véritable partenariat entre l'Etat et le département :
 - . obligation d'un schéma départemental arrêté conjointement par le préfet et le président du Conseil général, permettant une meilleure adaptation de l'offre aux besoins des usagers ;
 - . signature d'une convention entre le préfet et le président du Conseil général ;
 - . système d'information commun « Etat-département-caisses » ;

⁶⁹ Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC.

⁷⁰ Projet de réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, 2000 (dossier de presse disponible sur le site internet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

- ◆ le principe d'un contrôle « dans l'intérêt des usagers », qui élargit le champ de compétence des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ;
- ◆ l'obligation légale pour les établissements d'évaluer la qualité des prestations délivrées.

Toutes ces dispositions vont dans le sens d'un renforcement des actions de lutte et de prévention de la maltraitance par une meilleure organisation des contrôles, une meilleure prise en compte de la qualité et de la personnalisation de la prise en charge.

1.3 CONCLUSION

En conclusion de cette première partie, la maltraitance envers les personnes âgées hébergées existe mais l'ampleur du phénomène reste difficile à quantifier faute de données fiables et homogènes et parce que les chiffres disponibles reposent sur les signalements et non sur la réalité.

Cependant, si l'on se réfère à une définition large de la maltraitance incluant les actes individuels et les dysfonctionnements institutionnels pouvant être à l'origine de situations de maltraitance, **les institutions départementales se trouvent face à des situations multiformes et complexes.** Elles ne semblent pas disposer des moyens leur permettant d'assurer avec efficacité leurs missions de surveillance et de contrôle des établissements. D'abord, parce que le contrôle sur les établissements se trouve actuellement partagé entre plusieurs autorités, services de l'Etat, du Conseil général, de l'assurance maladie ou des communes sans qu'aucune coordination n'ait été prévue entre les différents services. Ensuite, parce que la législation actuelle souffre d'une insuffisance de normes techniques de fonctionnement et ne constitue pas un appui juridique suffisamment précis dans le domaine médico-social. Enfin, parce que la prévention et la prise en charge des situations de maltraitance ne sont pas définies comme objectif prioritaire dans la plupart des départements.

Alors que la mise en place de la réforme de la tarification devrait apporter de meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins aux résidents par l'introduction d'une démarche qualité dans les établissements, **l'évaluation et le contrôle par les autorités reste néanmoins très complexes, sous la responsabilité de nombreuses institutions départementales, peu formées, ne disposant que de peu de moyens et ne définissant pas suffisamment de priorités.**

Une réponse institutionnelle adaptée semble cependant incontournable pour favoriser la mise en place de cette démarche qualité et assurer le contrôle des dérives qui sont le plus souvent à l'origine des situations de maltraitance. Ainsi, certains départements, comme l'Essonne, ont choisi comme priorité, dans le cadre du schéma départemental, la mise en place d'un dispositif multi-partenarial de lutte contre la maltraitance.

Dans la deuxième partie, nous essaierons de dégager l'intérêt de cette initiative et de comprendre comment elle peut s'inscrire dans un dispositif global de lutte contre la maltraitance institutionnelle.

2 - DEUXIEME PARTIE : ETUDE D'UN DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Face à la problématique de la lutte contre les situations de maltraitance dans les établissements hébergeant des personnes âgées, certaines institutions départementales ont mis en place des dispositifs particuliers. Cependant, les réponses ne sont pas simples : doit-on choisir d'organiser un système d'écoute et d'appui aux usagers et à leur famille ? Faut-il privilégier les campagnes d'information et de sensibilisation ou bien mettre en place un système organisé et coordonné de contrôle des établissements ?

Nous avons choisi d'étudier dans cette deuxième partie le dispositif mis en place dans le département de l'Essonne, qui est reconnu comme étant un département précurseur en matière de lutte contre la maltraitance.

2.1 UNE INITIATIVE INTERINSTITUTIONNELLE DANS LE DEPARTEMENT DE L'ESSONNE

Le département de l'Essonne s'est engagé récemment dans une politique active de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées.

Dans son schéma départemental en faveur des personnes âgées adopté en juin 1999⁷¹, le Conseil général s'est donné comme un des objectifs de développer la prévention de la maltraitance et en particulier de créer et soutenir la cellule de traitement des signalements.

La cellule de traitement des signalements fonctionne depuis maintenant deux ans. Elle a pour objectif principal de recueillir et traiter, de manière concertée, les signalements dans le cadre des missions de surveillance et contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Elle répond à une prise de conscience, tout d'abord de la DDASS et du Conseil général, rejoints rapidement par la DDCCRF, que la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées nécessite une mise en commun des informations concernant les établissements ainsi qu'une coordination des actions à un niveau départemental.

De nature informelle, cette structure transversale s'est progressivement organisée pour répondre aux besoins. Depuis sa date de création en juin 1998, la cellule s'est réunie d'abord tous les 3 mois, puis tous les 2 mois. En 2000, il a été décidé, devant l'accroissement du

⁷¹ Schéma départemental des personnes âgées de l'Essonne, Conseil Général de l'Essonne, 1999-2004

nombre de signalements, d'organiser des réunions mensuelles. Pour information, la cellule s'est réunie 6 fois en 1999 et 6 fois pendant les 8 premiers mois de l'année 2000.

La composition de la cellule a évolué en deux ans. Les services de la tutelle (DDASS) et de la DGSF⁷² (Conseil général) ont été intégrés début 1999 et, très rapidement, la DDCCRF a délégué deux inspecteurs. A l'heure actuelle, la cellule restreinte est composée de 10 personnes.

Au terme de deux ans d'activité, il est cependant nécessaire de faire un bilan approfondi afin de redéfinir les objectifs et les moyens nécessaires à son bon fonctionnement.

2.1.1 Bilan d'activité de la cellule de traitement des signalements

Après avoir rappelé les spécificités du département de l'Essonne en matière d'hébergement des personnes âgées et précisé les objectifs du schéma gérontologique, nous rapporterons les résultats de notre enquête rétrospective.

2.1.1.1 Les spécificités du département de l'Essonne

Le schéma départemental des personnes âgées⁷³ précise que les personnes de plus de 60 ans représentent environ 14 % de la population du département. Cependant, il est probable que ce département va connaître une forte croissance (25,8 %) du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus entre 2000 et 2010, supérieure à celle qui a été estimée pour l'Île-de-France (24,7 %) et la France entière (environ 23 %).

D'après les données fournies par le secrétariat de la cellule (source interne DDASS, juin 2000), le département de l'Essonne comporte actuellement 148 établissements pouvant accueillir des personnes âgées correspondant à une capacité de plus de 10 000 places (cf. tableau ci-après). Les maisons de retraite représentent 59 % des établissements pour une capacité d'environ 6000 places. D'après le schéma départemental, cette capacité d'accueil est jugée actuellement satisfaisante. Une augmentation de 800 places est cependant prévue d'ici 2004.

Le taux de médicalisation des maisons de retraite est de 1252 places financées pour un total 1690 places autorisées, soit 21 % environ.

⁷² DGSF : Direction Générale de la Solidarité et de la Famille du Conseil général

⁷³ Schéma départemental des personnes âgées de l'Essonne, Conseil Général de l'Essonne, 1999-2004

Ce taux est considéré comme faible comparé aux estimations de l'ORS⁷⁴ qui précisait en 1995 qu'environ 50 % des personnes hébergées en établissement devaient être considérées comme dépendantes.

L'un des objectifs du département est donc de favoriser dans les prochaines années un accroissement du financement des structures d'accueil de personnes dépendantes.

	N (%)	Statut		Capacité	SCM ¹		AT ²	AJ ³	Alzh. ⁴	AS ⁵
		Public	Privé		A	F				
Maisons de Retraite	87 (59 %)	18	69	5964	1690	1252	64	33	40	32
Foyers Logements	52 (35 %)	28	24	3274	244	44	8	3	0	10
Long séjour	9 (6 %)	8	1	1086	122	0	-	3	9	9
	148	54 (36%)	94 (64%)	10 324	1 812	1 296	72	39	49	51

¹ Section de cure médicale (A: autorisées, F: financées)

² Accueil temporaire

³ Accueil de jour

⁴ Accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

⁵ Aide sociale

Un deuxième constat est la prédominance du secteur privé dans le département de l'Essonne, soit 64 % de la totalité des structures d'hébergement et environ 80 % des maisons de retraite. Une autre des priorités du département est donc de rééquilibrer les lits entre les secteurs public et privé.

Enfin, comme nous l'avons déjà précisé, a été initié un programme de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. En parallèle de la création et du suivi de la cellule des signalements, le département finance des actions en collaboration avec le milieu associatif et en particulier avec l'association ALMA⁷⁵ et l'association gérontologique de l'Essonne (AGE) :

- campagne de sensibilisation par affichage
- mise en place d'un numéro de signalisation des maltraitances
- organisation d'un colloque « dépister, prendre en charge et prévenir la maltraitance envers les personnes âgées ».

⁷⁴ Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Ile de France – Situation et évolution future, septembre 1995

⁷⁵ ALMA : Association de Lutte contre la Maltraitance

2.1.1.2 Matériel et méthode

Nous avons procédé à une analyse rétrospective des dossiers de signalements traités par la coordination départementale et participé aux réunions des intervenants institutionnels :

- participation aux réunions de la cellule
- entretiens semi-directifs avec les membres de la cellule
- élaboration d'une fiche commune de recueil des signalements
- rédaction du rapport annuel de fonctionnement

Les informations concernant les signalements se trouvaient dans les dossiers archivés du secrétariat de la cellule. Leur origine, l'autorité saisie, et leurs caractéristiques ont été étudiées. Nous avons distingué les plaintes se rapportant à des actes individuels où une victime était identifiée, des signalements généraux de dysfonctionnement institutionnel.

Lorsqu'une victime était identifiée, la plainte était classée selon le consensus européen :

- violences physiques : brutalité, gifles, coups...
- violences psychiques ou morales : agressivité verbale, menaces, familiarité, brimades...
- négligence passive : défaut de prise en charge, délaissement
- négligence active : enfermement
- violences médicales ou médicamenteuses : notamment défaut de soins ou abus de médicaments (hypnotiques, neuroleptiques..)
- violences matérielles ou financières : rétention de pension...
- privation des droits

Les signalements de dysfonctionnements institutionnels pouvaient concerner :

- le personnel de l'établissement : sous cette rubrique, nous avons distingué ce qui se rapportait à l'insuffisance des effectifs, des signalements liés à la qualification des personnels
- l'hygiène des locaux ou du personnel
- les prestations de l'établissement (en général ou en fonction de la publicité ou du prix) : qualité de l'hébergement, de la nourriture...
- la sécurité, en particulier à partir des rapports de la Commission communale de sécurité
- l'absence de projet d'animation : sensation de délaissement ou d'ennui des résidents
- la gestion générale de l'établissement : ont été classés sous cette rubrique les signalements se rapportant à l'encadrement du personnel, aux horaires de travail, aux relations entre le personnel et la direction

2.1.1.3 Analyse rétrospective des signalements

Parmi les 148 établissements de l'Essonne, auxquels il faut ajouter les 2 établissements qui ont été fermés par arrêté pendant cette période, 48 (32 %) ont fait l'objet de signalements depuis juillet 1998. Il faut noter que la cellule ne traite plus depuis un an les plaintes se rapportant aux unités de soins de longue durée (USLD).

Les déclarations proviennent pour plus de 70 % de maisons de retraite de statut privé, qui représentent près de 60 % des structures d'hébergement (63 % hors USLD). Les maisons de retraite publiques et les logements foyers privés sont concernés chacun dans 12 % des cas.

En 2 ans, de juillet 98 à juin 2000, la cellule a reçu et traité 80 signalements. Le nombre de signalements augmente régulièrement depuis juillet 1998 (cf. tableau 1). Il est actuellement de 4 à 5 signalements par mois.

Tableau 1 : évolution semestrielle des signalements (juillet 98-juin 2000)

	1998-2	1999-1	1999-2	2000-1
Total	10	24	19	27
Ecrit	8	18	16	21
oral	2	6	3	6

Les plaintes sont écrites la plupart du temps (79 %) ou recueillies par téléphone. La DDASS reçoit plus de $\frac{3}{4}$ des signalements, le reste des plaintes est adressé au Conseil Général.

La plupart des signalements proviennent de famille de résidents (36 %). Le personnel de l'établissement est à l'origine de 24 % des signalements qui restent anonymes dans 13 % des cas (cf. tableau 2).

Tableau 2 : origine des signalements

	Total (effectif) N=80	Total (%)
<i>famille</i>	29	36 %
<i>personnel</i>	19	24 %
<i>résident</i>	6	7 %
<i>médecin externe</i>	1	1 %
<i>autorités locales (CCS, inspection spontanée, préfecture, maire)</i>	7	9 %
<i>anonyme</i>	10	13 %
<i>origine non connue</i>	8	10 %

Il faut noter qu'un seul signalement a été déclaré par un médecin extérieur à l'établissement et que la cellule a reçu quelques procès-verbaux de la CCS⁷⁶.

Les signalements ont été classés en « dysfonctionnements institutionnels » si le problème signalé concernait l'institution elle-même et en « actes individuels » lorsqu'une victime au moins pouvait être identifiée (cf. tableau 3).

Tableau 3 : type de signalement

	Total (effectif) N=155*	Total (%)
1. Dysfonctionnement institutionnel	98	63 %
<i>Personnel/ effectif</i>	17	11 %
<i>Personnel/ qualification</i>	15	10 %
<i>Hygiène des locaux ou du personnel</i>	10	7 %
<i>Qualité de l'hébergement/ publicité/prix</i>	16	10 %
<i>Sécurité incendie /gardien</i>	13	8 %
<i>Défaut d'animation</i>	7	5 %
<i>Gestion générale de l'établissement</i>	20	13 %
2. Actes individuels	57	37 %
<i>Violences physiques (coups, brutalité)</i>	5	3 %
<i>Violences psychiques ou morales (verbale)</i>	11	7 %
<i>Négligence passive (défaut de prise en charge)</i>	20	13 %
<i>Négligence active (enfermement)</i>	5	3 %
<i>Défaut de soins et/ou abus de médicaments</i>	14	9 %
<i>Spoliation matérielle ou financière</i>	2	1 %
<i>Privation des droits</i>	0	0 %

* **note** : pour un même signalement, plusieurs problèmes pouvaient être dénoncés (en moyenne 2 problèmes par signalement)

Les résultats montrent que les 2/3 des signalements (63 %) sont liés au fonctionnement institutionnel. La gestion générale de l'établissement (gestion du personnel, conflits avec la direction, absence de projet institutionnel...) est dénoncée en premier (13 %). Les difficultés liées à l'insuffisance des effectifs (11 %) ou à leur manque de qualification (10 %) sont aussi signalées très fréquemment : le recrutement de personnel soignant qualifié (infirmières, aides soignantes) semble être en effet à l'heure actuelle l'un des problèmes majeurs que rencontrent les institutions.

⁷⁶ CCS : commission communale de sécurité

Le tiers des signalements concerne des actes individuels : ce sont les négligences par défaut de prise en charge qui sont le plus souvent citées (13 %) puis le défaut de soins (9 %). Les contraintes psychiques (autoritarisme, agressions verbales...) sont dénoncées dans 7 % des cas. 5 signalements (3 %) ont fait état de violences physiques (gifle, brutalité...) et 5 autres de négligence active (enfermement, ligotage...)

2.1.1.4 Les actions institutionnelles

Au total, 45 inspections ont été menées depuis juillet 1998. Ce chiffre ne comprend pas les inspections isolées de la DDCCRF. Environ un quart des établissements a été inspecté deux fois, 10 % trois fois et 2% quatre fois.

La moitié des inspections a été réalisée de façon conjointe par la DDASS et le Conseil général.

Pour 10 de ces inspections, et en application des différentes réglementations sanitaires spécifiques aux établissements recevant du public, le service Santé-Environnement de la DDASS a procédé à un bilan sanitaire complet de l'établissement. Ce bilan porte entre autres sur les conditions d'hébergement, les conditions d'accessibilité des locaux aux personnes en fauteuil roulant, le fonctionnement du service restauration, la gestion de toutes les activités à risque (traitement du linge, production d'eau chaude sanitaire, les déchets, les chambres mortuaires ...), la qualité nutritionnelle des repas servis.

Si l'on compare les premiers semestres 1999 et 2000, on observe un accroissement du nombre de signalements (respectivement 24 et 27 signalements reçus) et une diminution importante du nombre d'inspections (respectivement 25 et 8). Ceci est en partie expliqué par le nombre d'établissements signalés pour la première fois, qui est plus important en 1999 (19) qu'en 2000 (11). Deux autres explications peuvent être avancées : i) l'évolution de la méthodologie de la cellule en ce qui concerne la préparation des inspections, ii) le report d'activité dû à la surcharge de travail occasionnée par la mise en place des bassins de vie fin 1998 et début 1999.

	Janvier-Juin 1999	Janvier-Juin 2000
Nbre de signalements	24	27
Nbre d'établissements signalés (1 ^{er} signalement)	19	11
Nbre d'inspections	25	8

Les inspections ont donné lieu à un rapport dans 96 % des cas. Dans 23 % des cas, il n'a pas été transmis à l'institution concernée (confidentialité, fermeture...).

Il faut d'ailleurs noter une évolution importante dans la transmission des rapports : à partir d'avril 2000, un délai pour la mise en œuvre des préconisations a été systématiquement accordé.

Le nombre de recommandations a augmenté progressivement : il était en moyenne de 2,5 recommandations par rapport d'inspection au premier semestre 99, de 2,7 au deuxième semestre 99 et de 3,4 au premier semestre 2000.

Les recommandations ont concerné le recrutement de personnel soignant dans 16 % des cas et la formation dans également 16 % des cas. Des recommandations sur l'organisation générale (projet d'établissement...), sur les normes de sécurité, sur l'hygiène générale, sur la restauration ont été aussi fréquemment formulées.

Concernant les deux maisons de retraite qui ont été fermées définitivement pendant cette période, il est intéressant de décrire brièvement les motifs :

- 1^{er} établissement, fermé en novembre 1999

Il s'agit d'une maison de retraite privée commerciale ouverte en 1983 et fermée en raison de dysfonctionnements concernant la prise en charge des résidents et l'état des locaux (DDASS), en particulier au regard des conditions d'habitabilité, d'hygiène et de sécurité des locaux, de la qualification et des compétences du personnel de gestion, de l'effectif et de la qualification du personnel soignant, et de la prise en charge des résidents (alimentation et animation). Malgré une lettre d'injonction assortie d'un délai d'un mois, aucune mesure d'amélioration n'avait été prise. La DCCRF constate également « les conditions d'hygiène déplorables » de l'établissement. Une fermeture administrative de l'établissement d'une durée de 3 mois est prononcée par le maire pour permettre les travaux d'aménagement nécessaires à la sécurité des résidents. Puis la fermeture définitive de l'établissement est prononcée en juillet 1999 par le préfet après avis favorable du CDH⁷⁷.

Il faut souligner que les premières plaintes dataient de 1978 et que les diverses autorités sont intervenues à de multiples reprises de façon cloisonnée, sans coordination ni transmission d'information aux autres services. Une décision a donc été prise en quelques mois grâce au travail de la cellule (après quatre inspections de janvier à avril 1999), là où un travail de 20 ans de travail avait échoué.

⁷⁷ CDH : Comité départemental d'Hygiène

- 2^{ème} établissement, fermé en septembre 2000

Il s'agit d'un établissement de statut privé commercial, qui a été fermé pour raison de sécurité. Suite à une inspection de la DDASS, il avait été constaté que le plafond risquait de s'effondrer. Après confirmation par la Commission communale de sécurité et avis du CDH, un arrêté de fermeture a été prononcé en mai 1999.

2.1.1.5 Suivi des inspections

La plainte peut être classée lorsqu'elle n'était pas fondée ou lorsque les recommandations ont été satisfaites. Ainsi la cellule a considéré le problème classé dans 17 institutions sur 48 (35 %).

Des lettres de relance isolée sont adressées aux institutions lorsque la cellule souhaite faire le point sur le suivi des recommandations (5 en deux ans). D'autre part, la cellule demande maintenant fréquemment des informations – plannings, diplômes... - avant de procéder à une inspection (4 établissements sur 11 au premier semestre 2000).

Une première étape de recommandations peut être suivie d'une ou plusieurs lettres d'injonction puis d'une décision de fermeture partielle ou définitive (Art. 210 du CFAS). Ainsi entre juillet 98 et juin 1999, 2 fermetures partielles et 2 fermetures définitives ont été notifiées par arrêté.

Malheureusement, il n'est pas possible avec les outils de gestion actuels de suivre les deux indicateurs de suivi que sont : a) le délai entre la date du signalement et la transmission du rapport à l'institution concernée, b) le nombre de recommandations suivies d'effet.

2.1.2 Avantages et limites d'une approche interinstitutionnelle

2.1.2.1 Un bilan globalement positif

➤ **Une gestion plus efficace**

▪ **au niveau des inspections**

Une des missions de la cellule est de coordonner et d'établir des priorités dans la gestion des signalements. Si, dans une première période (jusque mi-99), la cellule s'est donné comme priorité d'inspecter les sites faisant l'objet d'un signalement et recensés dans la liste des 32 établissements dits « à risque », elle s'est attachée progressivement à mieux gérer et coordonner ses actions.

Afin de répondre à ces nouveaux besoins, les réunions de la cellule ont d'ailleurs augmenté progressivement en durée et en fréquence. Cette évolution a été particulièrement sensible depuis le début de l'année 2000 : une fois l'urgence écartée,

une première étape consiste maintenant à rassembler les informations disponibles et à les compléter, si besoin, par des demandes d'information soit à l'établissement même, soit à d'autres services compétents, avant de procéder à une inspection de la structure concernée.

De plus, depuis mai 2000, les rapports sont systématiquement transmis à l'établissement accompagnés d'une lettre de recommandations donnant un délai pour leur mise en œuvre, assortie du rappel des peines encourues en cas de non respect des injonctions faites.

Même s'il n'a pas été possible de comptabiliser le nombre de préconisations suivies d'effet, ces deux mesures ont eu vraisemblablement un impact important sur l'efficacité de la cellule.

Une meilleure coordination des différents services a permis également d'améliorer l'efficacité de la cellule. A titre d'exemple, la fermeture d'un établissement n'a pu être obtenue que grâce à l'intervention des services assermentés de la DDCCRF.

- **au niveau du nombre de recommandations**

L'accroissement du nombre de recommandations entre 1998 et 2000 traduit une meilleure productivité de l'inspection. De plus, le caractère interinstitutionnel de la structure permet de faire le point sur un établissement et d'adresser dans un courrier commun l'ensemble des préconisations ou recommandations. A cet égard, il faut souligner l'apport du volet qualité de la réforme de la tarification⁷⁸ : en effet, le projet d'établissement ainsi que le projet de vie et de soins font partie fréquemment des recommandations dans le cadre de l'organisation générale de l'établissement.

- **au niveau de la décision**

Les échanges interinstitutionnels facilitent la prise de décision, que ce soit pour le classement de la plainte ou bien pour la mise en œuvre de mesures répressives (injonction ou fermeture).

- **Mise en place d'une démarche qualité**

- **Grille d'évaluation des établissements**

Dès 1999, une grille d'évaluation commune des établissements a été élaborée à partir des recommandations du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999⁷⁸. Il s'agissait

⁷⁸ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

de la première étape d'une démarche qualité même si cet outil doit être révisé aujourd'hui.

- **Protocole de fonctionnement**

Dans le cadre du plan d'action ayant suivi le bilan annuel de 1999, un groupe de travail a élaboré le protocole de fonctionnement de la cellule. Le projet, qui a été finalisé en avril 2000, est au stade de validation.

- **Fiche de recueil des signalements**

Pendant notre stage, nous avons élaboré une fiche de recueil des signalements (cf. annexe 3). Cette fiche permet de recueillir et classer des informations, notamment lors d'une plainte orale. Elle s'accompagnera à terme d'une procédure écrite de recueil des signalements.

- **Partenariat avec l'association AGE-ALMA**

Dans le cadre de la recherche de nouveaux partenaires, la cellule a organisé deux réunions de prise de contact avec l'association AGE-ALMA, le 15 juin et le 7 août 2000. L'objectif pour la cellule est d'améliorer le repérage des cas de maltraitance grâce aux informations dont dispose l'association.

2.1.2.2 Limites et difficultés

- **Au niveau du recueil et du traitement des signalements**

- **Un champ d'intervention limité**

Jusqu'à maintenant, le champ d'intervention de la cellule se limite aux établissements qui ont fait l'objet d'un signalement. Cela correspond à environ à un tiers des EHPAD. Si les demandes de conventionnement dans le cadre de la réforme vont permettre de mieux connaître les établissements, il est cependant important de renforcer les actions de prévention primaire, et en particulier de repérer les situations de risque par des inspections systématiques.

- **Des signalements encore trop peu nombreux**

Le département a mené ces dernières années des actions de sensibilisation du public autour du thème de la maltraitance (campagne d'affichage, conférences) et une convention avec l'association AGE-ALMA a permis la mise en place d'un numéro vert de recueil des signalements.

Cependant, le travail de la cellule est encore très mal connu du public et des professionnels. Les familles et les personnels des établissements, qui sont le plus souvent à l'origine des signalements, pourraient faire l'objet d'une campagne d'information (plaquette d'information, annonce presse).

- **Un référentiel d'évaluation des établissements à améliorer**

Dans la perspective de l'application du cahier des charges de la réforme de la tarification, un référentiel qualité des EHPAD a été élaboré par le département. Cependant, cet outil devrait être simplifié et être mis en conformité avec la grille d'auto-évaluation « Angélique »⁷⁹ fournie par le ministère.

- **Des difficultés liées au suivi des inspections**

Le retour d'information des EHPAD est souvent insuffisant et nécessiterait le contrôle systématique du suivi des recommandations. Mais l'instauration de visites de contrôle périodique des établissements entraînerait probablement une réévaluation à la hausse des moyens à mettre à disposition de la cellule.

- **Au niveau du partenariat**

- **avec les services du procureur**

A deux reprises, la cellule a transmis les rapports d'inspection au parquet. Cependant, il serait nécessaire d'améliorer le partenariat avec les services du procureur afin d'être tenu au courant des suites données aux saisines. Une autre difficulté est liée à la qualification des plaintes (dysfonctionnement relevant d'une procédure administrative, pénale ou conjointe ?). Les membres de la cellule souhaiteraient donc être mieux informés et aidés sur le plan juridique.

Ces difficultés avaient été largement évoquées lors du bilan annuel 1999. Une réunion avait eu lieu le 24 novembre 1999 avec le Procureur et ses substituts : un référent a été nommé pour conseiller la cellule sur la procédure à engager. Cependant, depuis cette réunion, il semble que la situation n'a pas évolué.

⁷⁹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide d'accompagnement ANGÉLIQUE*, 2000

- **avec d'autres services ou associations**

L'élargissement de la collaboration avec d'autres structures est important tant au niveau du recueil des signalements que dans la transmission des informations.

- **Au niveau des ressources**

- **insuffisance de moyens techniques**

L'efficacité de la cellule est limitée en raison de l'absence d'outils performants de gestion des établissements et des plaintes.

Le secrétariat de la cellule a collecté un certain nombre d'informations qui sont gérées sur un tableur. Ces tableaux récapitulatifs sont très utiles, permettant de situer rapidement un établissement et de connaître l'historique des signalements. Mais, le tableur n'est pas un outil adapté à un volume de données important et le traitement des données reste manuel. Des indicateurs d'activité importants comme le délai d'envoi du rapport d'inspection ou le nombre de préconisations suivies d'effets ne peuvent être suivis.

Un outil performant de gestion est donc nécessaire à très court terme devant l'accroissement du nombre de plaintes et la mise en place de la réforme de la tarification, qui exige la surveillance d'un grand nombre de paramètres de fonctionnement.

- **besoin en personnel**

Le fonctionnement actuel de la cellule rapporté au nombre de plaintes semble adapté aux besoins. Pour information, une inspection nécessite le déplacement de 5 à 6 personnes en moyenne sur une demi-journée et une journée de travail pour la finalisation du rapport.

A court terme, le recrutement d'un rédacteur par le Conseil général devrait permettre de couvrir les besoins.

Dans l'avenir, une nouvelle estimation devra être faite en fonction de la charge de travail générée d'une part par la mise en place de la réforme de la tarification, d'autre part par l'augmentation du nombre de signalements lié à l'amélioration du processus de recueil.

2.1.3 Propositions pour améliorer le fonctionnement de la cellule

Au terme de ce bilan, nous souhaitons proposer quelques orientations qui pourraient renforcer et améliorer le fonctionnement de la cellule. Ces propositions pourraient être initiées par la DDASS et le Conseil général dans le cadre par exemple d'une convention.

2.1.3.1 Renforcement et élargissement du partenariat

- Au niveau de la transmission des informations à la cellule :
 - DDSIS⁸⁰ : transmission systématique des rapports de la CCS, en particulier ceux qui sont défavorables ;
 - CODERPA : des contacts pourraient être pris avec cette association pour améliorer le processus de recueil des signalements ;
 - AGE-ALMA : la collaboration devra être poursuivie, notamment au niveau de la transmission des signalements aux autorités et des actions de sensibilisation auprès des personnels des établissements ;
 - Services d'urgence, de médecine interne et de gérontologie des hôpitaux : transmission des informations par le personnel de ces services ;

- Au niveau du traitement des signalements
 - Services du procureur : une nouvelle réflexion doit être engagée avec l'autorité judiciaire afin de favoriser les échanges d'informations. Un groupe de travail limité permettrait de mieux définir les besoins. Dans un deuxième temps, une procédure de travail pourrait être écrite ;
 - DDTEFP⁸¹ : les problèmes de personnel étant, comme on l'a vu, souvent à l'origine des dysfonctionnements, une collaboration nous semble nécessaire (partage d'information, concertation sur les interventions et recommandations) ;
 - Services de l'assurance maladie

2.1.3.2 Actions au niveau du public et des professionnels

L'existence et le rôle de la cellule doivent être mieux connues du public et des professionnels. Il est souhaitable de réaliser une plaquette d'information qui pourrait être distribuée dans les établissements, les hôpitaux, les CCAS, les associations gérontologiques, les SSIAD, les Mairies, les cabinets libéraux etc... Une information pourrait également être diffusée dans la presse écrite.

⁸⁰ DDSIS : Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours (corps des sapeurs-pompiers)

⁸¹ DDTEFP : Direction Départementale du travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

2.1.3.3 Amélioration de la gestion informatisée des données

Pour accroître son efficacité, la cellule devrait se doter d'une base de données relatives aux établissements et d'une base de données concernant les signalements. Ces bases de données devraient être mise en réseau et être gérées en commun par le Conseil général et la DDASS.

Pour la base de données établissements, qui pourrait être consultée par plusieurs administrations en raison de la mise en place de la réforme de la tarification, il est nécessaire de mettre en place un groupe de réflexion avant toute initiative.

Pour la base de données « signalements », une action à court terme peut être engagée.

2.1.3.4 Officialisation de la cellule

La cellule « personnes âgées » est une structure interinstitutionnelle informelle. Elle dépend de la volonté des directions actuelles de mener une politique active de lutte contre la maltraitance des personnes âgées en institution.

Mais si le caractère informel de cette structure présente des avantages en terme de flexibilité de fonctionnement, il pose le problème de la pérennité.

En pratique, il serait souhaitable dans un premier temps de constituer un comité de pilotage comprenant au moins les directions concernées de la DDASS, du Conseil général et de la DDCCRF et coordonnant à un niveau décisionnel les actions opérationnelles transversales de lutte contre la maltraitance. Le bilan d'activité pourrait être présenté chaque année à ce comité qui pourrait décider des moyens à allouer à la structure.

2.2 DES PERSPECTIVES REGIONALES

Si la surveillance et le contrôle des établissements est effectuée à un niveau départemental, la prévention de la maltraitance fait l'objet actuellement d'un groupe de travail du Programme Régional de Santé « personnes âgées » en Ile-de-France. Dans le cadre de notre travail, nous avons assisté à deux réunions de ce groupe dont les missions sont d'abord d'évaluer l'ampleur du problème en Ile-de-France, puis de faire une synthèse des connaissances épidémiologiques sur le sujet et enfin de proposer des actions de prévention.

Afin d'établir un état des lieux, un premier questionnaire a été adressé aux DDASS et Conseils généraux des huit départements concernés.

Il est intéressant de souligner qu'en 1999, la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées n'était inscrite que dans un seul schéma gérontologique en Ile-de-France.

- Concernant le nombre de signalements reçus en 1999, les résultats montrent des disparités entre les départements :
 - moins de 10 signalements : 3 départements (Paris, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise)
 - de 10 à 20 signalements : 2 départements (Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine)
 - de 20 à 50 : 1 département (Yvelines)
 - plus de 50 signalements : 2 départements (Essonnes et Val-de-Marne)

Il faut cependant relativiser ces chiffres. En effet les départements ne s'étaient pas accordés au préalable sur une définition commune de la maltraitance. Il faut cependant noter que sur plus de 200 situations déclarées en Ile-de-France, 30 environ ont fait l'objet d'une saisine du procureur de la république et 30 également du juge des tutelles.

Les situations de maltraitance sont traitées par des services différents d'un département à l'autre, ce qui souligne bien le caractère pluri-institutionnel de la prise en charge de la maltraitance.

- Concernant les actions entreprises dans le cadre des établissements devant une situation présumée de maltraitance, tous les départements ont mis en place un travail partenarial entre la DDASS et le Conseil général. Mais seuls trois départements, l'Essonnes, les Yvelines et le Val-de-Marne, ont aujourd'hui des dispositifs particuliers concernant la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées, les autres départements étant encore au stade de la réflexion dans le cadre du schéma gérontologique :
 - en Essonnes : une cellule « signalements » existe depuis 1998 (cf. bilan dans le cadre de ce mémoire); de plus, le Conseil général travaille en collaboration avec l'association Gérontologique de l'Essonnes (création d'un centre d'écoute AGE-ALMA, campagne de presse, réunions d'information, actions de sensibilisation) ;
 - dans les Yvelines : un groupe technique pluri-partenarial existe depuis la mise en place d'une campagne de sensibilisation par questionnaires en 1998 ; il est composé de 9 membres (gériatre, psychiatre, psychologue, juriste, travailleurs sociaux), se réunissant 1 à 2 fois par mois pour aider les professionnels à évaluer les situations à risque ; en 2000, une formation juridique sur les personnes vulnérables a été dispensée à des professionnels ;
 - dans le Val-de-Marne : un service public d'accueil et d'information existe depuis 1990 ; il s'agit d'un service d'appui aux professionnels et aux familles composé de 9 personnes, qui propose des informations sur les prestations d'aide et d'actions sociales ainsi que sur les établissements et les services de soutien à domicile.

Concernant les actions envisagées, les différents départements devaient classer les sept orientations retenues par le groupe par ordre de priorité (cf. tableau ci-après).

Seul le département 95 (Val d'Oise), qui est en cours de réflexion, n'a pas été en mesure de communiquer ses priorités.

	Départements						
	91	75	93* DDASS /CG	77	92	78	94
1. Travailler sur l'environnement familial et professionnel, mise en place de réunions pluri-professionnelles, développement des structures d'accueil temporaire	4	5	7/4	3	4	3	1
2. Mettre en place des lieux de réflexion, de concertation, de communication et de formation pour les professionnels	3	4	2/2	5	1	1	4
3. Travailler sur les représentations du vieillissement et de la mort auprès des plus jeunes, favoriser les liens de proximité dans la cité	7	7	5/1	7	7	7	6
4. Mettre en place un travail de réflexion autour du respect de la personne, des pratiques professionnelles et des relations, développer l'écoute de l'autre	6	6	6/5	6	3	4	5
5. Développer l'information, la communication et la sensibilisation du public aux divers aspects de la lutte contre la maltraitance	2	2	3/3	2	6	6	3
6. Veiller dans les procédures et les prises de décision au respect des droits fondamentaux de la personne (passage en établissement / mise sous tutelle)	5	3	4/6	4	5	5	7
7. Constituer un système organisé de recueil, de suivi et de traitement des signalements	1	1	1/7	1	2	2	2

Source : questionnaire PRS / classement des priorités sur une échelle de 1 à 7 (1 étant l'orientation classée par le département comme la plus prioritaire)

*note : réponse conjointe DDASS/Conseil Général (CG) sauf pour le 93

Il est intéressant de noter que l'ensemble des départements souhaite en priorité organiser un système de recueil, de suivi et de traitement des signalements. Dans tous les départements également, une priorité sera donnée à l'information, la communication et la sensibilisation sur la maltraitance. Pour 5 départements, elle visera plutôt le public et pour les 2 autres, les professionnels.

Les orientations plus conceptuelles telles que le travail autour de l'écoute, du respect de la personne, des représentations du vieillissement n'apparaissent pas comme des priorités.

Le bilan de ce travail a été présenté à la 5^{ème} conférence régionale de santé qui a eu lieu le 23 janvier 2001.

2.3 DES PERSPECTIVES NATIONALES

Un bureau en charge de la protection des personnes vulnérables vient d'être créé à la Direction générale de l'action sociale (arrêté de juillet 2000). Dans le cadre de ses missions de lutte et de prévention de la maltraitance, son objectif est de définir des priorités ainsi que d'assurer une cohérence dans les actions envisagées, notamment envers les personnes vulnérables adultes prises en charge en institution.

Il s'agit donc d'une mission d'appui aux services déconcentrés et aux collectivités territoriales, en particulier : élaboration d'outils méthodologiques pour prévenir et repérer la maltraitance, aide à la sensibilisation et à la formation des personnels, assistance dans le cadre des programmes de contrôle. Un développement du dispositif d'écoute des signalements est également prévu ainsi que la mise en œuvre d'un programme pluriannuel d'inspection des structures sociales et médico-sociales relevant de la loi de 1975, soit un total d'environ 13 000 structures dont 10 000 établissements hébergeant des personnes âgées (y compris les USLD).

Nous avons rencontré le responsable de ce bureau en février 2001. Il travaillait notamment sur la phase préparatoire du programme d'inspection. Un avant-projet de programme a été examiné par la Mission permanente d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés (MAFI). La phase opérationnelle, qui devrait se dérouler entre 2002 et 2006, serait pilotée à un niveau régional.

En conclusion, l'analyse du fonctionnement de la cellule nous a permis de mieux comprendre les spécificités et l'ampleur des dysfonctionnements de la vie institutionnelle ou des actes individuels à l'origine de situations de maltraitance. En fait, les situations nécessitant une décision urgente sont rares, mais les injonctions des autorités sont fréquemment nécessaires pour corriger les dysfonctionnements et améliorer les conditions de vie dans les maisons de retraite.

Il nous semble que ce dispositif interinstitutionnel présente des avantages en terme de mutualisation des moyens et d'efficience même si le processus de recueil des signalements et le suivi des inspections doivent être améliorés.

Il présente également l'intérêt de valoriser les missions d'inspection et de contrôle autour d'un objectif commun, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées institutionnalisées.

Dans la troisième partie de ce mémoire, nous essaierons de formuler quelques propositions pour améliorer le dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance institutionnelle.

3 - TROISIEME PARTIE : QUELQUES PISTES DE REFLEXIONS SUR LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE DANS LES MAISONS DE RETRAITE

La mise en œuvre d'une politique efficace de lutte contre la maltraitance nécessite l'implication et la coordination de tous les intervenants, avec pour objectif la mise en place d'actions de prévention primaire (dépistage des situations à risque et promotion de la bientraitance) et secondaire (actions correctrices en présence de situations avérées de maltraitance).

En conclusion, il nous est apparu intéressant de proposer quelques orientations concernant les actions de lutte contre la maltraitance institutionnelle. Notre objectif n'est pas d'être exhaustif mais de dégager les points qui nous ont semblé les plus importants au terme de ce travail.

3.1.1 Matériel et méthodes

La première partie de ce chapitre, qui se rapporte aux autorités, a été élaborée à partir de recherches bibliographiques et de l'analyse du fonctionnement de la cellule interinstitutionnelle du département de l'Essonne.

Afin de compléter ces informations, en particulier pour la deuxième partie se référant aux établissements, nous avons souhaité rencontrer des directeurs d'établissement hébergeant des personnes âgées. Nous n'avons pas choisi d'effectuer un tirage au sort car l'objectif était plutôt de rencontrer des responsables particulièrement avancés dans leurs réflexions ou actions concernant la lutte ou la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. Ainsi, nous avons rencontré cinq directeurs recommandés par le médecin inspecteur de la DDASS ou le médecin du Conseil général en charge des personnes âgées. Les réflexions apportées ne peuvent donc être considérées comme représentatives de l'engagement de l'ensemble des établissements de l'Essonne. Elles reflètent l'opinion de personnes particulièrement sensibilisées à l'amélioration de la qualité de la vie en institution.

La liste des personnes consultées se trouve en annexe 2 et le guide d'entretien élaboré en annexe 1.

3.1.2 Propositions s'appliquant aux autorités départementales

3.1.2.1 Organiser et systématiser le contrôle et l'inspection des établissements

L'inspection est une des missions fondamentales des DDASS, qui ont en charge le suivi des EHPA. Cependant, après ouverture, les établissements ne sont généralement inspectés que si une plainte est déposée. S'il est important pour les inspecteurs de se donner les moyens de répondre en priorité aux situations d'urgence, une inspection régulière de chaque établissement devrait être cependant réalisée conjointement par les autorités responsables (inspecteurs des DDASS et agents des départements), dans le cadre d'un programme et à l'aide d'un référentiel d'inspection permettant de repérer les situations à risque. Dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, il nous semble préférable de privilégier un programme de dépistage centré sur les problèmes les plus fréquemment rencontrés. Si l'on se réfère à notre analyse des signalements, un questionnaire ciblant le fonctionnement institutionnel (2/3 des signalements) pourrait être adressé au préalable aux établissements, en particulier concernant le personnel (effectif et qualification). Dans un deuxième temps, une inspection centrée sur les résidents pourrait dépister les situations de négligence par défaut de prise en charge ou de soins (22 % des signalements) ou bien les situations de violence ou de contrainte qui sont dénoncées dans 10 % des cas. Enfin, une inspection approfondie pourrait être envisagée dans les établissements repérées comme étant les plus à risque.

La périodicité ne peut être définie sans effectuer au préalable une évaluation des moyens, mais une inspection tous les trois à cinq ans semble recommandable, et dans la mesure du possible à l'improviste. Ce type d'action pourrait s'inscrire dans le cadre du programme national d'inspection des structures sociales et médico-sociales prévu pour 2002-2006.

3.1.2.2 Préciser et soutenir les missions d'inspection

Les missions d'inspection et de contrôle de chaque autorité devraient être précisées et soutenues par un dispositif juridique plus précis. Le projet de réforme de la loi de 1975 semble apporter quelques réponses, cependant des normes de fonctionnement devraient être définies afin de faciliter le contrôle, notamment en ce qui concerne le personnel (effectif, qualification, formation). Ces normes pourraient être établies en fonction de l'état de

dépendance (AGGIR) et de l'état de santé des résidents, applicables seulement dans un premier temps aux créations d'établissement.

Un soutien juridique adapté à la mission d'inspection serait utile, accompagné d'une formation sur la maltraitance, et notamment sur la jurisprudence en la matière. Les inspecteurs, particulièrement les MISp, se trouvent fréquemment confrontés à des situations complexes en ce qui concerne l'application des textes ou lorsqu'un acte individuel pourrait faire l'objet d'une saisine des services du procureur. Un forum d'aide en matière juridique pourrait être organisé par exemple sur l'intranet du Ministère.

Par ailleurs, dans le sens d'un renforcement des pouvoirs de contrôle de la fonction d'inspection, on peut citer le projet d'assermentation des inspecteurs et des médecins qui leur confèreraient le pouvoir de saisir des pièces ou d'établir des procès-verbaux par exemple.

Mais, il convient surtout de motiver les inspecteurs autour d'un projet valorisant. C'est à mon sens une des réussites du dispositif mis en place dans l'Essonne.

3.1.2.3 Faciliter les déclarations

Les victimes se plaignent rarement. Ce sont donc les familles, le personnel ou les intervenants extérieurs qui vont prendre le risque de révéler les abus. Mais, comme nous l'avons souligné, la perception de la maltraitance est personnelle, souvent limitée aux actes individuels violents pouvant faire l'objet d'une plainte. Afin de faciliter les déclarations, une campagne d'information semble incontournable auprès des professionnels et du public. Les inspecteurs des DDASS en concertation avec les agents du Conseil général pourraient élaborer une plaquette d'information à l'intention des usagers et des professionnels. Cette plaquette serait ensuite distribuée, affichée ou publiée dans le département.

3.1.2.4 Organiser la prise en charge des signalements

Le besoin d'une prise en charge coordonnée des signalements a été exprimé par l'ensemble des départements dans le cadre du PRS. Elle peut se faire à deux niveaux en fonction du type de signalement : à un niveau interinstitutionnel lorsque le signalement concerne un dysfonctionnement de l'établissement, à un niveau pluridisciplinaire lorsque le signalement concerne des actes individuels. Nous avons largement abordé le niveau interinstitutionnel, qui peut être plus ou moins formalisé, et qui consiste principalement au renforcement et à la coordination des missions classiques d'inspection.

Le modèle pluridisciplinaire, mis en place dans les Yvelines par exemple, consiste en la formation d'un groupe de travail technique (gériatre, psychiatre, psychologue, juriste, travailleurs sociaux). Ce groupe peut être piloté au niveau de la DDASS par le MISP en charge des personnes âgées. Son objectif est d'aider les professionnels à évaluer les situations à risque. Il joue un rôle de médiation ou de conciliation, permettant d'éviter le cas échéant la saisine des autorités judiciaires. Ce type de structure peut être également coordonné par une association, à l'image de ce que l'association Age Alma a créé dans l'Essonne.

Le niveau le plus pertinent pour la mise en place d'un système organisé de recueil et de suivi des signalements semble être le cadre du schéma départemental, notamment en terme de concertation DDASS/Conseil général et de choix des priorités.

3.1.2.5 Favoriser les formations et les actions de sensibilisation

Il serait souhaitable d'introduire dans les textes l'obligation (et non la recommandation telle qu'elle est formulée dans le cahier des charges de la réforme de la tarification⁸²) d'une formation adaptée pour les directeurs d'établissements (qualification de type CAFDES⁸³ ou de même niveau). De même, un certain niveau de qualification devrait être exigé pour le personnel de l'établissement. Afin de stimuler le processus, il pourrait être utile d'allouer aux établissements des moyens financiers permettant dans un premier temps une mise à niveau de leur personnel, l'actualisation des connaissances pouvant être laissée à la charge de l'établissement au titre de la formation continue. Les inspecteurs, dans le cadre des missions de contrôle des établissements, pourraient être en charge de repérer les besoins en formation.

En ce qui concerne la pénurie d'infirmières, si un plan exceptionnel de recrutement et de formation a été mis en œuvre aux niveaux régional et national, il serait néanmoins urgent en attendant de mettre en place des dispositifs permettant de répondre aux besoins (attraction de personnel étranger, élargissement du champ d'intervention des aides soignantes...).

La sensibilisation du public et des professionnels, qui a été citée comme priorité par les départements dans le cadre du PRS, devrait faire en effet l'objet d'une action coordonnée à un niveau régional ou national. Des actions de formation et des campagnes d'information devraient progressivement permettre une évolution des mentalités et une prise de conscience des responsabilités individuelles.

⁸² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

⁸³ CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social

3.1.2.6 Accélérer la mise en place de la réforme de la tarification

Le volet qualité de la réforme de la tarification constitue une avancée primordiale dans la prévention primaire de la maltraitance envers les personnes âgées hébergées. Même s'il s'agit d'une approche préventive qui ne peut se substituer aux missions de contrôle des établissements, cette réforme devrait progressivement entraîner une amélioration des conditions de vie en institution. La mise en place de la réforme est cependant intimement dépendante des enveloppes annuelles qui seront allouées aux départements pour la signature des conventions. Par ailleurs, l'ensemble du dispositif (mise en place et évaluation) nécessite un redéploiement des moyens disponibles dans les DDASS et les Conseils généraux. Il appartient donc aux autorités départementales de prioriser et de valoriser la mise en place de cette réforme auprès des inspecteurs concernés.

3.1.2.7 Soutenir la mise en place des réseaux gérontologiques et des CLIC⁸⁴

Dans la mesure du possible l'entrée en institution doit rester un choix de vie pour la personne âgée, en accord avec sa famille⁸⁵. Elle ne doit pas être l'aboutissement d'une série de rejets successifs, comme le souligne R. Moulias⁸⁶.

Il s'agit d'abord de disposer au préalable d'une information objective et exhaustive de l'offre disponible, permettant de choisir la meilleure solution en fonction de l'état de la personne, de son origine géographique ou culturelle et de ses ressources.

Pour le volet soins, le cahier des charges de la réforme de la tarification recommande l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique afin de développer des complémentarités avec l'offre locale. Il en est de même pour le volet social, l'établissement devant développer des collaborations avec d'autres services, notamment par l'intermédiaire des CLIC.

En plus de l'aide financière allouée, les autorités doivent se donner les moyens de jouer un rôle d'incitation, de conseil et de coordination. Si ces dispositifs présentent un intérêt direct dans le cadre de la prévention de la maltraitance en permettant une meilleure adéquation aux besoins, ils pourraient également devenir, à terme, un centre d'information sur la maltraitance et un relais de proximité pour le recueil des signalements.

⁸⁴ CLIC : Circulaire n° DAS/RV2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination

⁸⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité / Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Fondation Nationale de Gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Paris, éditions Sicom, 1999

⁸⁶ Moulias R. *Violences passives en institution*, Gérontologie, 1999, N°110, pp 17-23

D'un point de vue opérationnel, il est souhaitable que les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance soient menées de façon concertée entre les autorités concernées, dans le cadre d'un plan d'action décliné à différents niveaux de responsabilité organisationnels ou opérationnels.

3.1.3 Propositions s'appliquant aux établissements

Même si, dans un premier temps, un état des lieux visant à mettre en place des actions correctrices semble primordial, la prévention primaire de la maltraitance devrait être l'objectif de toute l'équipe d'encadrement d'une maison de retraite.

Dans le cadre de la réforme de la tarification, les services déconcentrés ont également une mission de conseil et d'appui auprès des directions, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de l'hébergement et des soins. Ainsi, le directeur devient un interlocuteur privilégié des inspecteurs qui se trouvent partagés entre un rôle consultatif et des responsabilités répressives.

3.1.3.1 Mettre en place les projets de vie et de soins individualisés

Dans le cadre du projet d'établissement, doivent être favorisées la mise en place d'un projet d'accueil permettant la prise en charge des nouveaux résidents souvent fragilisés par le changement de vie, la mise en œuvre d'une animation adaptée et individualisée évitant l'infantilisation ou l'acharnement collectif. Par ailleurs, l'importance de la mise en œuvre d'un projet de vie individualisé doit être soulignée : il permet de conjuguer une logique individuelle dans un environnement collectif⁸⁷. De plus, comme le précise M.J. Guisset⁸⁸ : « Parce qu'il permet de réfléchir, de concevoir et de réaliser, le projet de vie fournit une formidable opportunité de lutter contre la démobilité et l'usure des équipes ».

De même, un projet de soins individualisé devrait permettre un meilleur suivi de l'état de santé de la personne hébergée et une prise de conscience précoce des situations de maltraitance : « le projet de soins est primordial, il définit les règles et priorités et donne la possibilités aux soignants de mettre en commun leurs connaissances, de s'interroger »⁸⁹. Le projet de soins permet également la prise en compte précoce de problèmes qui peuvent entraîner des situations de détresse des résidents ou du personnel : détérioration intellectuelle, incontinence, douleur, escarres, soins palliatifs. Certains outils, comme le

⁸⁷ Romero M., De la qualité de vie au projet de vie en institution, Soins gérontologie, 1999, n°20, pp 4-8

⁸⁸ Guisset M.J., *Le projet de vie, une révolution culturelle*, Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, 1996, n°78, pp 116-120

⁸⁹ Dekussche C., Maltraitements et personnes âgées. Négligence ou mauvaise intention., L'infirmière magazine, 1998, n°132, pp 5-10

« Resident Assessment Instrument⁹⁰ » qui permet une évaluation de la qualité des soins de longue durée, pourraient être utilisés par les médecins coordonnateurs.

L'intérêt pour les équipes est de se doter d'objectifs institutionnels qui peuvent se décliner dans un deuxième temps en objectifs individuels.

3.1.3.2 Se doter d'un personnel suffisant et qualifié

En ce qui concerne la gestion de l'établissement et en particulier la mise en place de la démarche qualité dans le cadre de la réforme de la tarification, l'implication et la compétence des responsables d'établissement nous semble un élément déterminant. Des difficultés liées à la gestion de l'établissement ou du personnel sont en effet dénoncées dans 13 % des signalements de notre enquête. Ce constat a été souligné de nombreuses fois lors de nos entretiens avec les responsables d'établissement.

Pour l'ensemble des directeurs consultés dans le cadre de ce mémoire, les mauvais traitements sont généralement le fait d'un personnel de bonne volonté mais trop peu nombreux ou insuffisamment qualifié et surtout peu formé ou mal préparé au travail en maison de retraite.

Nous l'avons d'ailleurs constaté dans notre enquête où les difficultés signalées sont très fréquemment en rapport avec l'insuffisance des effectifs (11 %) ou leur manque de qualification (10 %).

En ce qui concerne les effectifs, le CROSS⁹¹ d'Ile-de-France a préconisé en 1998 un taux d'encadrement de 0,60 dont 0,30 de personnel soignant. Bien qu'il ne s'agisse que de recommandations régionales, ces ratios sont utiles en tant que référence de base dans l'attente de normes nationales. Ils présentent cependant l'inconvénient de n'être pas modulés en fonction de l'état de santé et de dépendance des personnes hébergées.

Si le recrutement de personnes qualifiées est sous la responsabilité du directeur de l'établissement, la formation continue peut souvent permettre une mise à niveau ou une sensibilisation du personnel, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées. L'ensemble du personnel devrait suivre au minimum une formation à la spécificité et aux contraintes du travail en maison de retraite : droits de la personnes âgées, écoute et communication, besoins et attentes des résidents, sensibilisation à la maltraitance. De plus, une formation initiale en gérontologie devrait être obligatoire pour le personnel médical, infirmier et les aides soignantes et fortement recommandée pour le directeur de l'établissement.

⁹⁰ Henrard J.C., *Intérêt du Resident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée*, La revue de Gériatrie, 2000, n°4, pp 231-242

⁹¹ CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

Enfin, d'autres professionnels tiennent une place importante dans l'établissement et leur formation concernant les personnes âgées ne doit pas non plus être négligée : auxiliaires de vie, animateurs, cuisiniers...

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité de la prise en charge, les personnels soignants et non-soignants devraient se soumettre à une évaluation périodique des tâches exercées dans l'établissements et de leur compétence. Fiches de poste et techniques d'évaluation avec projets individuels sont des méthodes qui ne doivent pas être vécues sur un mode répressif mais qui devraient permettre la motivation et l'évolution du personnel de l'établissement.

D'après les directeurs consultés, de nombreux organismes existent et proposent des thèmes variés de réflexion ou de formation sur les personnes âgées ainsi que des programmes adaptables en fonction des besoins des établissements. Il existe également des équipes mobiles de soins palliatifs qui peuvent assister le personnel dans l'accompagnement de fin de vie.

3.1.3.3 Favoriser l'information et la communication

La communication à l'intérieur de l'établissement, mais aussi avec les familles et avec l'extérieur est un élément essentiel de la vie en institution. La participation et même l'implication des familles est un des facteurs favorisant le bien-être des personnes hébergées et la bonne marche de l'établissement. Il s'agit non seulement de désangoisser ou de déculpabiliser la famille mais aussi d'éviter un climat d'agressivité par une meilleure connaissance de la vie en institution et de ses difficultés.

Pour les personnes très isolées (environ 40000 personnes en 1998⁹²), les visites de bénévoles doivent être encouragées.

En interne, une meilleure communication avec les résidents permettrait une meilleure réponse aux besoins. La « non écoute » ou « mal écoute » a en effet été dénoncée par les responsables d'établissement comme étant une des premières causes de maltraitance. Certains directeurs de maison de retraite ont souligné l'importance d'une personne référente pour le résident, du moins pendant les premiers mois de son hébergement, et le maintien des équipes pour favoriser des liens privilégiés entre les personnes hébergées et le personnel accompagnant ou soignant. D'autres préconisent au contraire la rotation fréquente des équipes pour éviter une trop grande interdépendance entre le résident et le personnel.

⁹² Aliaga C., Neiss M., Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

Là encore, une formation à des techniques de communication ne pourrait qu'être utile au personnel.

3.1.3.4 Sensibiliser les intervenants

Les responsables de maison de retraite ont insisté sur l'importance de sensibiliser le personnel des établissements au respect de la dignité et des libertés de la personne âgée (par exemple éviter le tutoiement, savoir respecter la vie privée) mais aussi de faire comprendre que la maltraitance peut exister sous de multiples formes, notamment le délaissement et les négligences. Ces formations sont assurées par divers organismes ou associations, en externe ou bien à l'intérieur même de l'établissement.

Ainsi l'association AGE-ALMA en concertation avec le Conseil général et la CNAV⁹³ a lancé une campagne de sensibilisation auprès des structures médico-sociales du département de l'Essonne. Sur quatre ans sont prévues 650 interventions de terrain. Il ne s'agit pas de culpabiliser le personnel mais de le responsabiliser et de valoriser son rôle.

3.1.3.5 Mettre en place des groupes de réflexion et de parole

L'ensemble des directeurs ont souligné que l'écoute et l'accompagnement psychologique étaient les meilleures actions de prévention et de lutte contre la maltraitance. Ils permettent un dépistage précoce du syndrome d'épuisement. Les résidents ainsi que le personnel des maisons de retraite sont en effet fréquemment confrontés à des situations difficiles comme dans l'accompagnement de fin de vie mais aussi dans les gestes de la vie quotidienne.

Dans certaines maisons de retraite, des groupes de réflexion ont été mis en place autour par exemple du projet d'établissement, afin de permettre une prise de conscience collective des besoins et attentes des personnes accueillies. Un travail de réflexion est également nécessaire pour valoriser le travail du personnel souvent considéré comme dégradant. Il s'agit dans les deux cas de favoriser un projet d'équipe permettant l'implication du personnel, des familles et des résidents.

Dans les établissements où le personnel doit prendre en charge des personnes très dépendantes, en particulier dans l'accompagnement des personnes démentes, il peut se révéler utile de mettre en place des groupes de parole autour d'un accompagnant extérieur. Cette méthode est recommandée par I. Donnio⁹⁴ pour les aidants à domicile mais elle s'applique tout autant à l'institution. Cet auteur souligne en particulier que la formation seule

⁹³ AGE-ALMA, Service ALMA 91, *Maltraitance des personnes vieillissantes*, Années-Documents-Cleirppa, novembre 1999, n°259, pp 22,23

⁹⁴ Donnio I., *Les maltraitances : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de la liberté ?*, Gériologie, 1999, n°109, pp 21-28

n'engage pas le soignant dans un processus de changement, la participation à un groupe de parole aboutissant le plus souvent à une transformation de la perception et du vécu de certaines situations. L'objectif est non seulement d'analyser les situations et de proposer des solutions mais aussi de poser un autre regard sur des situations critiques.

3.1.3.6 Favoriser l'aménagement de l'établissement

La violence institutionnelle semble être d'autant plus fréquente que le nombre de personnes hébergées dans une même unité est importante. Il semble aujourd'hui que l'aménagement en petites unités autonomes soit plus adapté aux besoins et attentes des personnes âgées.

C'est au niveau du schéma départemental que pourrait être recommandé un aménagement mieux adapté des espaces privés et collectifs, ce qui faciliterait non seulement la vie des résidents mais également le travail du personnel.

Le projet d'établissement doit prévoir également une prise en charge adaptée des démences. L'accueil des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et en particulier celles qui souffrent de maladie d'Alzheimer, constitue un problème mais aussi un véritable enjeu pour les maisons de retraite. Les directeurs de maison de retraite ont des opinions partagées concernant l'isolement ou non des personnes démentes. Il semblerait cependant que la tolérance (ou l'intolérance) des autres résidents définisse dans la majorité des cas la limite de la « mixité ». Dans le cadre de ses fonctions, le médecin inspecteur peut favoriser des rencontres au niveau local ou régional (PRS) entre les médecins coordonnateurs et les médecins des réseaux gérontologiques autour de la prise en charge de la démence.

CONCLUSION

La maltraitance existe, c'est un phénomène de société. Elle touche les personnes particulièrement vulnérables et relève de déterminants complexes. Véritable tabou social, son identification ainsi que son signalement posent problème.

La nature des violences subies par les personnes âgées est intimement liée à leur degré de dépendance et à leur mode de vie, dans le contexte plus général de l'attitude de la société à l'égard de la vieillesse. Ainsi, les personnes âgées accueillies en institution peuvent vivre des situations de maltraitance liés à des actes individuels, comme les interdictions et les reproches, mais aussi spécifiquement liées à des dysfonctionnements institutionnels, comme par exemple le non respect du rythme de vie.

Les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance doivent s'inscrire dans la fixation d'objectifs communs concernant non seulement la surveillance et le contrôle des établissements mais aussi l'ensemble des interventions dont peuvent bénéficier les personnes âgées. Comme l'a souligné un responsable de l'association ALMA lors de la conférence régionale de santé, la réussite du plan de lutte contre la maltraitance nécessite trois conditions : un engagement des professionnels, une volonté politique claire et des moyens financiers, techniques et humains.

Les enjeux sont importants, éthiques en premier lieu, mais aussi économiques et politiques, en raison du poids croissant des personnes âgées dans les sociétés industrialisées.

Si la première étape de la prise de conscience du phénomène semble franchie du moins au niveau des pouvoirs publics, la réponse des autorités départementales pose encore le problème du cloisonnement institutionnel. En effet, la surveillance et le contrôle sur les établissements se trouvent actuellement partagés entre plusieurs autorités, services de l'Etat, du Conseil général, de l'assurance maladie ou des communes sans qu'aucune coordination réelle n'ait été prévue entre les différents services.

La lutte contre la maltraitance rencontre également des difficultés d'ordre réglementaire et organisationnel. La législation actuelle ne constitue pas un appui juridique suffisamment précis dans le domaine médico-social. Par ailleurs, la prévention et la prise en charge des situations de maltraitance ne sont pas définies comme objectifs prioritaires dans la plupart des départements.

Au terme de ce mémoire, il nous apparaît essentiel **d'assurer un système organisé de contrôle et de surveillance des EHPA**, permettant des échanges d'information et facilitant la cohérence des actions, injonctions et décisions entre les différentes institutions responsables. Au stade opérationnel, le département semble le niveau de coordination le plus pertinent, comme le souligne un rapport de l'IGAS de 1999⁹⁵.

Certaines réponses semblent être apportées par les dispositions prévues dans le projet de réforme de la loi de 1975. Par ailleurs, ce travail nous a permis d'apprécier l'importance, au niveau du terrain, d'un dépistage ciblé de la maltraitance et le besoin de motivation et de revalorisation des missions d'inspection et de contrôle.

Cependant, ce niveau interinstitutionnel doit être complété par d'autres dispositifs transversaux comme la mise en place d'un centre d'écoute et d'intervention de type pluridisciplinaire apportant une aide aux professionnels et permettant des actions de médiation.

Par ailleurs, il faut souligner l'importance de la réforme de la tarification dans la prévention de la maltraitance, d'une part parce qu'elle prévoit des recommandations précises et des procédures d'évaluation relatives aux conditions de fonctionnement des établissements et à la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, d'autre part parce qu'elle devrait favoriser à court terme une mutualisation des moyens et des ressources entre les instances départementales, Conseil général, DDASS et assurance maladie. Sous réserve bien entendu que les moyens de sa mise en œuvre soient dégagés, la qualité de vie en établissement devrait être notablement améliorée.

En complément de ces missions de contrôle, surveillance et d'évaluation des établissements, il est nécessaire de mettre en place **des actions d'information et de sensibilisation à la maltraitance auprès des professionnels et du public**, de préférence coordonnées à un niveau régional, dans le cadre du PRS. C'est l'image même de la vieillesse qui doit être changée si l'on souhaite que l'institution devienne un véritable lieu de vie.

⁹⁵ Thierry M., Palach J.M., *Une société pour tous les âges*, Rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, IGAS, Octobre 1999

Par ailleurs, la mise en place de CLIC devrait fournir aux usagers et à leur famille une information objective et exhaustive de l'offre disponible, permettant ainsi une meilleure adéquation aux besoins. Il est souhaitable que ces dispositifs deviennent également, à terme, des centres d'information sur la maltraitance et des relais de proximité pour le recueil des signalements

Enfin, comme nous l'avons déjà souligné, les autorités doivent travailler en liaison avec le milieu associatif, les dispositifs de coordination sociale et la médecine libérale et hospitalière par le biais des réseaux gérontologiques, afin de renforcer la cohérence des actions de lutte et de prévention et de favoriser la mutualisation des moyens.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

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

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 relatif à la section de cure médicale

Code de la Santé Publique

Code de la Famille et de l'Aide Sociale - titre 4 : Dispositions communes aux différentes formes d'aide sociale, art. 198

Code de la Famille et de l'Aide Sociale - titre 5 : des établissements hébergeant des personnes âgées, des adultes infirmes, des indigents valides et des personnes accueillies en vue de leur insertion sociale, art. 203 à 215

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale

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

Circulaire n° DAS/RV2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins.

Circulaire DGS/DAGPB n°99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique

Projet de réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, 2000 (dossier de presse disponible sur le site internet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Rapports et documents officiels

Conférence Régionale de Santé Ile-de-France, 1999

Déclaration des Droits de la personne âgée en institution, 1989

Etude INSEE *France, portrait social*, printemps 1999.

Fontaine Danièle, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Ile-de-France – Situation passée et évolution future*, ORS Ile-de-France, 1995

Guinchard-Kunstler P. Rapport à monsieur le Premier Ministre, *Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie*, 1999

Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, septembre 1998

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité / Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Fondation Nationale de Gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Paris, éditions Sicom, 1999

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide d'accompagnement ANGELIQUE*, 2000

Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Ile-de-France – Situation et évolution future*, septembre 1995

Programme Régional de Santé "personnes âgées" Ile-de-France, 2000

Rapport Laroque, *Politique de la vieillesse*, Paris, La Documentation Française, 1962

Schéma départemental des personnes âgées de l'Essonne, Conseil Général de l'Essonne, 1999-2004

Thierry M., Palach J.M., *Une société pour tous les âges*, Rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, IGAS, Octobre 1999

Ouvrages

Hugonot Robert, La vieillesse maltraitée, Editions Dunod, 1998

Labayle Denis, La vie devant nous – Enquête sur les maisons de retraite, Editions du Seuil, 1995

Articles et revues spécialisées

Aliaga C., Neiss M., *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*, DREES, Etudes et résultats, 1999, n°35

AGE-ALMA, Service ALMA 91, *Maltraitance des personnes vieillissantes*, Années-Documents-Cleirppa, novembre 1999, n°259, pp 22,23

Autexier J., *De la faiblesse en général et de la protection contre ses dérives*, Gérontologie et société, 2000, n°93, pp 91-113

Badeyan G., Colin C. *Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*, DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999

Berthel M., *Les cultures, les acteurs et la maltraitance*, La maltraitance, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 113-119

Bonin-Guillaume S., *Maltraitance du sujet âgé. Intérêt d'une approche criminologique*, Gérontologie, 1999, N°110, pp 6-7

Busby F., *La maltraitance et les personnes âgées*, Actualité et Dossier en Santé publique, 2000, n°31, pp 35-37

Calloch P., *La protection de la personne du sujet âgé dépendant par le tuteur ou le curateur*, Gérontologie et société, 2000, n°93, pp 133-144

CIPA, Service ALMA 87, *De la maltraitance dans les institutions pour personnes âgées*, Gérontologie et Société, 2000, n°92, pp 39-57

- Corbet E., Lebas J., Quéméner M., *Les concepts de violence et de maltraitance*, Actualité et Dossier en Santé publique, 2000, n°31, pp 20-25
- Créoff M., *Les maltraitances institutionnelles*, Actualité et Dossier en Santé publique, 2000, n°31, pp 52-56
- De Saussure C., *Violence de la relation : quand les vieux ne sont pas que des anges*, Gérontologie, 2000, n°114, pp 25-28
- Dekussche C., *Maltraitances et personnes âgées. Négligence ou mauvaise intention.*, L'Infirmière magazine, 1998, n°132, pp 5-10
- Delplanque R., *Management et bienveillance dans les soins : quelle stratégie ?*, Gestions hospitalières, mars 1999, pp 119-185
- Donnio I., *Les maltraitances : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de la liberté ?*, Gérontologie, 1999, n°109, pp 21-28
- Durning P., *Maltraitances : une notion floue, des réalités incontournables*, Actualité et Dossier en Santé publique, 2000, n°31, pp 57-59
- Forcet J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement. Le rôle de l'institution (re)socialisante*, ADICIFOR, 1999, Ed. Frison-Roche
- Guisset M.J., *Le projet de vie, une révolution culturelle*, Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, 1996, n°78, pp 116-120
- Henrard J.C., *Intérêt du Resident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée*, La revue de Gériatrie, 2000, n°4, pp 231-242
- Hugonot R., Busby F., *Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA*, Gérontologie, 1999, n°111, pp 15-27
- Hugonot R., Editorial, *La maltraitance*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 8-9
- Hugonot R., *Maltraitance des personnes âgées. Dépistage, prise en charge et prévention*, Le Concours médical, 2000, 122-20, pp 1329-1333
- Jaspard M., *Violence et Maltraitance. Le poids des mots et des chiffres.*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 11-28
- Krémer P., *Les témoignages de maltraitance de personnes âgées se multiplient*, Le Monde, 5 janvier 2000
- Long M., *Les règlements intérieurs des maisons de retraite*, Gérontologie et société, 2000, n° 93, pp 165-175
- Lucas-Baloup I., *Risque incendie : risque pénal pour le directeur*, Décideurs, 1999, n°21, p 37
- Malo P.Y., Donnio I., Michel M., Sipos I., Leroux C., *Ethique du soin aux personnes âgées. Quelle place pour le risque ?*, Gérontologie, 1999, n°109, pp 29-32
- Manaouil C., Jardé O., *Maltraitance des personnes âgées : le rôle du médecin*, Le concours médical, 2000, n°20, pp 1388-1391
- Morniche P., *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE Première, 1999, n°669
- Moulias R. *Violences passives en institution*, Gérontologie, 1999, N°110, pp 17-23
- Moulias R., Girard L. et al., *Entrée en institution d'accueil pour personnes âgées malades et handicapées et qualité des soins. Projet de référentiel de bonnes pratiques*, Gérontologie et société, 2000, n°93, pp 153-164
- Peter B., *Vieillards agressifs et maltraitants*, Gérontologie et société, 2000, n° 92, pp 151-161

Plamondon L., *Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques*, *Gérontologie et société*, 2000, n° 92, pp 121-133

Romero M., *De la qualité de vie au projet de vie en institution*, *Soins gérontologie*, 1999, n°20, pp 4-8

Voisin J., *Les institutions publiques, privées associatives et commerciales*, *La maltraitance*, *Gérontologie et société*, 2000, n° 92, pp 29-37

Thèses et Mémoires

Bichat M.J., *La promotion de la qualité pour faire échec à la maltraitance dans les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes - Une initiative innovante dans le département de l'Essonne*, Mémoire, ENSP, 2000

De Guenyveau G., *Les conventions annuelles tripartites : outil d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en établissement d'hébergement*, Mémoire, ENSP, 2000

Erault C., *Introduction à la démarche qualité dans les EHPAD : à propos du test en Seine-Saint-Denis de la grille d'auto-évaluation élaborée par le ministère*, Mémoire, ENSP, 2000

Mallier M., *Les violences institutionnelles envers les personnes âgées – Identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques*, Mémoire DU de Gérontologie sociale, Université de Nantes, 1997

Marin La Meslée V., *Réduire la maltraitance envers les personnes âgées institutionalisées - Des éléments de compréhension et d'action pour l'infirmière générale*, Mémoire, ENSP, 1997

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIEN

➤ GUIDE N° 1 : DIRECTEUR DE MAISON DE RETRAITE

Introduction

- présentation, cadre de l'entretien : mémoire MISp
- thème du mémoire : rôle des institutions dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées hébergées en maison de retraite
- justification du choix de la personne interviewée : point de vue d'un directeur de maison de retraite

Thèmes à aborder lors de l'entretien

1) Maltraitance institutionnelle

- que recouvre à votre avis le terme de maltraitance institutionnelle ?
- quels moyens vous donnez-vous pour dépister les situations à risque ? Avez-vous mis en place des actions de prévention dans votre établissement ?
- en prenant une définition très large de la maltraitance (actes individuels et dysfonctionnement institutionnel), qui ont des conséquences pénibles pour les résidents, quels sont les principaux problèmes que vous avez rencontrés dans votre établissement ? Quelles actions correctrices avez-vous mises en œuvre ?

2) Missions et responsabilités des institutions départementales

- quel est le statut de votre établissement (privé/public, agrément SCM, aide sociale, accueil de jour, temporaire, accueil des démences type Alzheimer). Ce statut présente-t-il des handicaps pour la prise en charge de la population que vous hébergez, lesquels ? Cela met-il en danger de maltraitance certains résidents ?
- votre établissement a-t-il déjà été inspecté ? Si oui, dans quel cadre ? Les conclusions vous ont-elles été communiquées ? Comment avez-vous vécu cette inspection ?
- connaissez-vous le champ d'intervention des différentes institutions départementales (DDASS, Conseil général, DDCCRF, Sécurité sociale, inspection du travail...) ?
- connaissez-vous l'existence de la cellule de traitement des signalements ?
- pouvez-vous me donner des noms d'associations qui peuvent intervenir en cas de situations de maltraitance ?
- que pensez-vous des réseaux gérontologiques et des CLIC ? (en général, localement)

➤ **GUIDE N° 2 : MEMBRES DE LA CELLULE DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS
DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT**

Introduction

- présentation,
- cadre de l'entretien : mémoire MISP, bilan annuel de la cellule
- thème du mémoire : rôle des institutions dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées hébergées en maison de retraite
- justification du choix de la personne interviewée : membre de la cellule « personnes âgées »

Consigne initiale

Que pensez-vous du fonctionnement actuel de la cellule ?

Thèmes à aborder lors de l'entretien

- 1) fonctionnement de la cellule
 - points positifs et points à améliorer
 - présentation des propositions du document bilan annuel et recueil des commentaires

- 2) cadre réglementaire des interventions
 - qualification des inspecteurs
 - limites du champ d'intervention
 - . type d'établissement
 - . intervention libre ou sur plaintes
 - inspection
 - . méthodologie (grille d'évaluation)
 - . confidentialité des rapports
 - autres moyens d'intervention (transfert de dossiers...)

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES CONSULTES

➤ **Personnes consultées**

▪ **dans le cadre du guide d'entretien n°1 : directeurs de maison de retraite**

Madame Bouchard
Maison de retraite « Les tilleuls »
6, rue des Francs Bourgeois
91450 Soisy-sur-Seine

Madame Chastel
Maison de retraite « Le moulin vert »
56, rue Mère Maria-Pia
91480 Quincy-sur-Sénart

Madame Gougaud
Maison de retraite d'Hautefeuille
45, rue des Noblets
91770 Saint-Vrain

Monsieur Micheletti
Maison de retraite « La maison du cèdre bleu »
12, rue du Château
91280 St-Pierre-du-Perray

Madame Poupet
Maison de retraite « Cerny »
12, rue Dugommier
91590 Cerny

▪ **dans le cadre du guide d'entretien n°2 : membres de la cellule ou responsables**

Madame Dupriet,
Conseil général, Responsable de la Direction des interventions sociales et de la santé

Monsieur Chef
Conseil général, Sous-direction des établissements

Dr. E. Hamon,
Conseil général, Sous-direction de la solidarité et des actions de santé

Dr E. Salines,
DDASS, Actions sanitaires, Médecin Inspecteur

Madame Magri, Madame Beretti
DDCCRF, enquêtrices

➤ **Organismes et institutions consultés**

Dr Anghelou
Direction de l'Action Sociale
Bureau de la Protection des Personnes Vulnérables
11, place des Cinq Martyrs du lycée Buffon, 75014 Paris
Tél : 01 40 56 86 66

Dr Macé
Assurance Maladie
Echelon local du service médical
12, rue A. Dumas
Viry Châtillon

Madame Olga Piou
CLEIRPPA
Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des
personnes âgées
46, avenue de St Ouen, 75018 Paris

Fondation Nationale de Gérontologie,
Centre de documentation
49, rue Mirabeau, 75016 Paris
Tél : 01 45 25 92 80
Fax : 01 45 24 67 21
E-mail : fng@club-internet.fr
Site internet : <http://www.geronto.com>

ANNEXE 3 : FICHE DE RECUEIL DES SIGNALEMENTS EN EHPAD

FICHE DE RECUEIL DES SIGNALEMENTS EN EHPAD

ETABLISSEMENT CONCERNE :		NOM :	VILLE :																	
Autorité saisie / Nom <input type="checkbox"/> DDASS _____ <input type="checkbox"/> DGSF _____ <input type="checkbox"/> DDCCRF _____ <input type="checkbox"/> Autre _____		Date de réception <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Ecrit	Heure <input type="text"/> Date d'envoi <input type="text"/>	Plaignant Origine <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Anonyme <input type="checkbox"/> Autre	Nom <input type="text"/> Lien/fonction <input type="text"/>															
Type de signalement <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1 - Dysfonctionnements institutionnels <input type="checkbox"/> Personnel (effectif) <input type="checkbox"/> Personnel (qualification) <input type="checkbox"/> Hygiène des locaux, du personnel /environnement <input type="checkbox"/> Qualité de l'hébergement, publicité, prix <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Défaut d'animation <input type="checkbox"/> Gestion de l'établissement </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 2 - Actes individuels <input type="checkbox"/> Violence physique (coups, brutalité) <input type="checkbox"/> Violence psychique ou morale (verbale) <input type="checkbox"/> Négligence passive (défaut de prise en charge) <input type="checkbox"/> Négligence active (enfermement) <input type="checkbox"/> Défaut de soins / médicaments <input type="checkbox"/> Matériel et/ou financier <input type="checkbox"/> Privation des droits </td> </tr> </table>					1 - Dysfonctionnements institutionnels <input type="checkbox"/> Personnel (effectif) <input type="checkbox"/> Personnel (qualification) <input type="checkbox"/> Hygiène des locaux, du personnel /environnement <input type="checkbox"/> Qualité de l'hébergement, publicité, prix <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Défaut d'animation <input type="checkbox"/> Gestion de l'établissement	2 - Actes individuels <input type="checkbox"/> Violence physique (coups, brutalité) <input type="checkbox"/> Violence psychique ou morale (verbale) <input type="checkbox"/> Négligence passive (défaut de prise en charge) <input type="checkbox"/> Négligence active (enfermement) <input type="checkbox"/> Défaut de soins / médicaments <input type="checkbox"/> Matériel et/ou financier <input type="checkbox"/> Privation des droits														
1 - Dysfonctionnements institutionnels <input type="checkbox"/> Personnel (effectif) <input type="checkbox"/> Personnel (qualification) <input type="checkbox"/> Hygiène des locaux, du personnel /environnement <input type="checkbox"/> Qualité de l'hébergement, publicité, prix <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Défaut d'animation <input type="checkbox"/> Gestion de l'établissement	2 - Actes individuels <input type="checkbox"/> Violence physique (coups, brutalité) <input type="checkbox"/> Violence psychique ou morale (verbale) <input type="checkbox"/> Négligence passive (défaut de prise en charge) <input type="checkbox"/> Négligence active (enfermement) <input type="checkbox"/> Défaut de soins / médicaments <input type="checkbox"/> Matériel et/ou financier <input type="checkbox"/> Privation des droits																			
Précisions et commentaires : <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>		Cadre réservé au secrétariat de la cellule <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Statut établissement</td> <td style="width: 50%;">Signalement(s) antérieur(s)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MR privée</td> <td><input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MR publique</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FL privé</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FL public</td> <td>Inspection(s) antérieure(s)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Long séjour</td> <td><input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			Statut établissement	Signalement(s) antérieur(s)	<input type="checkbox"/> MR privée	<input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MR publique	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> FL privé	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> FL public	Inspection(s) antérieure(s)	<input type="checkbox"/> Long séjour	<input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
		Statut établissement	Signalement(s) antérieur(s)																	
<input type="checkbox"/> MR privée	<input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/>																			
<input type="checkbox"/> MR publique	<input type="text"/>																			
<input type="checkbox"/> FL privé	<input type="text"/>																			
<input type="checkbox"/> FL public	Inspection(s) antérieure(s)																			
<input type="checkbox"/> Long séjour	<input type="checkbox"/> Date(s) <input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>																			
Action <input type="checkbox"/> Demande de confirmation écrite <input type="checkbox"/> Ordre du jour réunion de la cellule du : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Urgence Réunion informelle le : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>		Suivi <input type="checkbox"/> Lettre de demande d'informations <input type="checkbox"/> Classement <input type="checkbox"/> Inspection proposée le <input type="text"/> par : <input type="checkbox"/> DDASS <input type="checkbox"/> DGSF <input type="checkbox"/> DDCCRF <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> En attente																		

Secrétariat de la cellule / 25/08/00