



EHESP

**Filière Directeurs d'Établissements
Sanitaires, Sociaux et Medico-Sociaux**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**Prévention de la maltraitance et
recherche du bien-être des résidents
au sein d'un pôle médico-social
constitué d'une MAS et de deux EHPAD**

Hubert DERCHE

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin ont rendu ce travail possible en l'initiant, en l'acceptant, en le supportant, en le facilitant, en l'encourageant, en le nourrissant, en le relisant, en le rectifiant et en l'améliorant.

A Dédé qui n'aura pas connu la fin de l'histoire...

Sommaire

Introduction	1
1 DU CONCEPT TABOU DE LA MALTRAITANCE A UNE CULTURE AFFICHEE DE LA BIEN-TRAITANCE	5
1.1 La maltraitance est un phénomène ancien, complexe et important qui est devenu récemment prioritaire pour les pouvoirs publics.	5
1.1.1 La maltraitance est un phénomène complexe	5
1.1.2 La maltraitance : une réalité quotidienne mais taboue sans doute sous-évaluée au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.....	9
1.1.3 La lutte contre la maltraitance : une priorité de Santé Publique	12
1.2 La culture de la bientraitance au service de la prévention de la maltraitance	14
1.2.1 Définitions et principes fondamentaux.....	14
1.2.2 Vers une culture de la bientraitance	17
2 UN DIAGNOSTIC « BIEN-TRAITANCE / MALTRAITANCE » ASSEZ COMPARABLE POUR LES TROIS STRUCTURES	21
2.1 La méthodologie et les outils de diagnostic.....	21
2.1.1 Les entretiens exploratoires.....	21
2.1.2 Les observations et analyse documentaire durant le stage long.....	21
2.1.3 Le référentiel « bientraitance »	22
2.1.4 Les entretiens semi-directifs	22
2.1.5 Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du diagnostic.....	23
2.1.6 Les limites de la méthodologie employée.....	23
2.2 Des résultats qui montrent des problématiques communes	24
2.2.1 Les particularités de la MAS relatives à la thématique de la maltraitance.....	24
2.2.2 Le diagnostic dans les deux EHPAD	26
2.2.3 Des paramètres communs aux trois structures	30
2.2.4 Les grands enseignements à tirer de notre enquête	33

3 LE PLAN DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DE PROMOTION DU BIEN ETRE DES RESIDENTS	37
3.1 Direction et encadrement : deux pièces maîtresses dont la posture conditionne la réussite du plan	38
3.1.1 Engagement, justice et responsabilité du management au service de la lutte contre la maltraitance.....	38
3.1.2 Pour un management neutre et exemplaire.....	39
3.1.3 Une présence adaptée aux missions et aux situations	40
3.2 Briser la loi du silence qui entoure la notion de maltraitance	41
3.2.1 L'information des usagers, des familles et des tuteurs	41
3.2.2 La nécessaire sensibilisation permanente des personnels.....	42
3.2.3 La procédure de signalement des situations de maltraitance	42
3.3 La professionnalisation de l'accompagnement des personnels et de « l'équipe »	44
3.3.1 Améliorer l'accompagnement des agents.....	45
3.3.2 Le renforcement de la cohésion de l'équipe	46
3.4 L'enrichissement de l'accompagnement des résidents par les ressources internes et externes	48
3.4.1 Donner toute leur place aux activités de vie sociale	48
3.4.2 Ouvrir les structures sur les ressources du monde extérieur.....	49
3.5 Une structuration de la démarche de prévention de la maltraitance et de recherche du bien-être des résidents en cohérence avec l'existant	51
3.5.1 Projets d'établissement, de vie, d'animation, de soins et projet individualisé au service de la bientraitance	51
3.5.2 Bientraitance et démarche d'amélioration continue des prestations sont indissociables.....	52
3.5.3 Structuration de la démarche en fonction de l'existant	53
Conclusion	57
Sources et bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALMA	Réseau d'écoute téléphonique Allo Maltraitance des Personnes Agées
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
CH	Centre Hospitalier
CHPP	Centre Hospitalier Philippe Pinel
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
COFIL	Comité de Pilotage
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ESMS	Etablissement Social et Médico-social
GRH	Gestion des Ressources Humaines
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
ME	Moniteur-Educateur
SMS	Social et Médico-Social
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées et de leurs amis

Introduction

Le début de ce travail, à la fin de l'année 2009, est marqué par une énième médiatisation importante de situations de maltraitance rencontrées dans des établissements médico-sociaux (Maison de retraite dans le sud-ouest et Foyer d'accueil médicalisé au nord de Paris). Les médias parlent alors de « *résidentes attachées à leur lit, de médicaments périmés et de conditions d'hygiène et de soins déplorables* » (Le Parisien-07/10/2009) d'un côté et de « *délaissement de personnes et mise en danger d'autrui* » de l'autre (Dépêches APM 30/11/2009) !!!

La maltraitance est donc bien (mais pouvait-on en douter ?) un sujet d'actualité dans le secteur social et médico-social. Les pouvoirs politiques se sont d'ailleurs, depuis quelques années, emparés de la thématique et c'est le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance présenté par Philippe Bas le 14 mars 2007 qui marque définitivement la volonté forte des pouvoirs publics de combattre et de voir disparaître les situations de maltraitance qualifiées dans ce plan « d'inacceptables ». Encore récemment, la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés a présenté dix nouvelles mesures pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées avec notamment une cotation relative aux critères structurels de maltraitance pour tous les établissements accueillant des personnes âgées.

Choisir de travailler sur la prévention de la maltraitance, c'est tout d'abord choisir de travailler sur la garantie du respect des droits des personnes prises en charge. Et le thème des droits des usagers est abordé dans le code de l'action sociale et des familles (articles L311-3 à L311-11) juste après les missions générales de l'action sociale et médico-sociale, et ce, avant même d'en venir à son organisation. Ainsi, il est clair qu'un travail relatif à la prévention de la maltraitance et donc à l'exercice des droits et des libertés individuels des personnes prises en charge constitue une réflexion quant à un **axe prioritaire de l'action sociale et médico-sociale**.

Pour ce qui est de l'élève directeur en apprentissage que nous sommes, une remarque semble intéressante quant au choix de la thématique. La prévention de la maltraitance est en effet un domaine qui invite à l'exploration d'une large palette de domaines interdépendants que sont la gestion des ressources humaines, l'organisation du travail, l'architecture de la structure, la stratégie d'établissement, la communication, l'évaluation des prestations...bref **un panel quasiment complet des domaines d'intervention du directeur**.

En ce qui concerne le DESSMS que nous serons, l'article 2 du décret 2007-1930 du 26 décembre 2007¹, précise que la conduite générale de l'établissement, notamment dans le domaine social et médico-social (et donc de la prévention du risque maltraitance) ainsi que la bonne marche de l'établissement, lui sont confiées. Pour le directeur, la prévention de la maltraitance est donc d'abord une mission mais également son corollaire, c'est-à-dire **une responsabilité**.

Par ailleurs, il ne faut surtout pas nier que le secteur médico-social est un secteur où la concurrence commence à se faire sentir. Nul doute que la réputation des établissements, les conclusions des inspections les concernant, les « affaires » de maltraitance gérées par les tutelles, le niveau d'effectivité des démarches d'amélioration de la qualité des prestations au sein des structures, impacteront très largement les taux d'occupation des établissements mais aussi le résultat des appels à projets relatifs aux créations et aux extensions de lits ou places. **C'est ainsi qu'un travail sur la prévention de la maltraitance peut également participer largement à la stratégie** de l'établissement.

D'ailleurs, sur le plan de la stratégie, individuelle cette fois, ce type de réflexion quant à la prévention de la maltraitance dans un établissement peut aussi représenter un questionnement quant à **la posture managériale du Directeur**. En effet, la culture de la bienveillance est aussi pour lui l'occasion d'afficher et de porter à travers son attitude, ses avis, ses décisions, des principes éthiques et de positionnement primordiaux dans ce type de démarche, tels que l'engagement, la responsabilité ou encore la justice².

Enfin, un questionnement quant à la prévention de la maltraitance (ainsi d'ailleurs que sur la notion de bienveillance) dans une institution rend nécessaire une **réflexion sur le sens de l'action sociale et médico-sociale**, celui-là même qui donne parfois des ailes aux équipes (dont le directeur) et dont l'absence est souvent synonyme de démotivation, d'absentéisme ...et de maltraitance.

Au cours de notre stage long au sein du Centre Hospitalier spécialisé Philippe PINEL, nous avons profité de la signature d'une convention de direction commune avec les CH de MONTDIDIER et de ROYE et, parallèlement au sein de ces trois CH de la constitution d'un pôle médico-social (une Maison d'Accueil Spécialisée de 40 places au CHS et deux Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes de 140 lits

¹ MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 30 décembre 2007, texte 136.

² ANESM., 2009, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Nancy : Bialec, 48p.

à MONTDIDIER et 160 lits à ROYE), pour initier, en accord avec la direction, la réflexion quant au déploiement, au sein du pôle, d'une politique de prévention du risque de maltraitance.

Ces trois établissements médico-sociaux ont fait (ou font encore pour ROYE) l'objet de construction neuves récentes, ils accueillent des populations fragilisées, ils ont depuis le 1^{er} janvier 2010 un directeur général unique et sont dirigés, par délégation, par un DESSMS. Ils présentent les caractéristiques communes d'un absentéisme assez élevé (en moyenne 11 %), d'un sentiment fort au sein des équipes d'un manque de personnel, mais aussi d'avoir été chacun le siège de situations de maltraitements avérées avec sanction disciplinaire à la clef.

Pourtant, en s'intéressant aux grands facteurs de risque théoriques de survenue de maltraitance, il est très facile de s'apercevoir que ces établissements ont des caractéristiques assez différentes, liées notamment à leur histoire, leur culture, leur mode de management ou leur organisation.

En effet, on note des différences en ce qui concerne les niveaux de formation concernant la thématique (rien pour une structure, une réflexion importante associant les équipes pour une autre), les populations accueillies (adultes handicapés et personnes âgées), les personnels (soignants et/ou socio-éducatifs), les plaintes (de zéro à assez nombreuses), la participation des familles (de quasi nulle à la MAS à importante pour un EHPAD), le niveau de mise en œuvre de la démarche qualité et l'âge des établissements (de 6 ans à plus d'un siècle).

Les facteurs pouvant influencer la survenue de situations de maltraitance dans ces établissements apparaissent donc à priori hétérogènes. Et malgré la mise en place de la direction commune aux trois établissements, il apparaîtrait fort imprudent, d'un point de vue stratégique, de vouloir déployer un plan de prévention de la maltraitance commun à l'ensemble du pôle médico-social sans avoir décortiqué le phénomène et surtout sans avoir analysé précisément la situation de chacune des trois structures au regard de la thématique. L'analyse de ce diagnostic initial permettra sans doute de répondre à la question suivante : **dans quelles mesures peut-on élaborer et déployer un plan de prévention de la maltraitance commun aux trois structures, qui plus est, lorsque l'une d'elle accueille une population différente de celles accueillies par les deux autres ?**

Aussi, il nous apparaît intéressant, pour chaque établissement, de questionner les facteurs de risque pouvant générer des situations de maltraitance, à savoir la population accueillie, les professionnels, ainsi que l'institution elle-même mais aussi d'intégrer à cette réflexion le côté tabou que revêt encore trop souvent le phénomène de la maltraitance.

Afin de guider notre travail, nous proposons de retenir quatre sous questions à la problématique posée :

- La loi du silence qui entoure le phénomène de la maltraitance pèse t-elle d'un même poids sur les 3 établissements ?
- Les besoins différents des deux types de population (personnes âgées et personnes handicapées psychiques) prises en charge dans les structures sont-ils de nature à réclamer des spécificités dans le cadre d'un plan de prévention de la maltraitance ?
- Comment est organisée dans chaque établissement la prévention de l'épuisement des professionnels ?
- Quel est le niveau de mise en place de la démarche qualité dans les 3 établissements ?

L'ensemble de ce questionnement constituera le noyau dur de notre travail visant à élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention de la maltraitance (commun ?) au sein des trois structures.

Pour cela, nous tenterons, dans un premier temps, d'améliorer notre lisibilité du phénomène complexe de la maltraitance et du concept de bientraitance qui lui est souvent associé. Nous présenterons et analyserons ensuite les pratiques et organisations des trois structures au regard d'un référentiel de « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » que nous avons élaboré. Enfin, nous proposerons les grandes orientations d'un plan de prévention au sein des trois établissements.

1 DU CONCEPT TABOU DE LA MALTRAITANCE A UNE CULTURE AFFICHEE DE LA BIEN TRAITANCE

La maltraitance est un phénomène complexe et bien réel sur lequel pèse encore la loi du silence. Les politiques publiques tentent pourtant de l'éradiquer en renforçant les droits des usagers et en favorisant le développement dans les structures du concept de bien traitance.

1.1 La maltraitance est un phénomène ancien, complexe et important qui est devenu récemment prioritaire pour les pouvoirs publics.

Le concept de maltraitance est relativement jeune et fait l'objet d'études dans le secteur social et médico-social depuis seulement les années 80. Il est aujourd'hui considéré comme un phénomène particulièrement complexe en raison de la difficulté à le définir, de son caractère multiforme et multi causal ainsi que de la difficulté à le percevoir avec certitude. Pourtant, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, la maltraitance est une réalité quotidienne dont l'ampleur et les conséquences sont à la fois importantes et sans doute sous-évaluées, notamment en raison du tabou qu'il représente encore dans certaines institutions. Les politiques publiques tentent, depuis les années 90, de briser la loi du silence et d'enrayer ce phénomène en faisant de la lutte contre la maltraitance une priorité de Santé Publique.

1.1.1 La maltraitance est un phénomène complexe

A) Des difficultés à définir précisément la maltraitance

Le terme « maltraitance » est un néologisme issu du verbe « maltraiter », lui-même issu du verbe latin *tractare* employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement ». Le dictionnaire Larousse définit, quant à lui, la maltraitance de façon très générale comme des « *mauvais traitements envers une catégorie de personnes* ».

En réalité, il est particulièrement compliqué de définir précisément le terme maltraitance. C'est ce que souligne notamment l'Union Nationale des Amis et des Parents d'Enfants Inadaptés dans son livre blanc de juillet 2000 : « *A chaque fois, lors de recherches de la définition la plus précise et utilisable, se pose la question des critères (ce qui est maltraitant et ce qui ne l'est pas), du seuil (la limite en deçà de laquelle il ne s'agit pas de maltraitance), de l'intentionnalité...* », ainsi que « *...se pose aussi la question de la variabilité culturelle des seuils de tolérance quant aux violences dites légitimes,*

acceptables, voire bénéfiques (punitions, privations, données avec un objectif éducatif, notamment chez les enfants) »³.

C'est aujourd'hui la définition du Conseil de l'Europe de 1997 qui est la plus souvent retenue, à savoir une violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou à sa sécurité financière* ».

Cette définition a fait l'objet d'un complément, toujours établi par le Conseil de l'Europe en 1992, où la maltraitance y est détaillée sous ses différentes formes.

B) Des formes variées de maltraitance

Cette classification du Conseil de l'Europe propose alors de différencier :

- **les violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques... ;
- **les violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux, chantages... ;
- **les violences médicales ou médicamenteuses** : manque, défaut de soins, abus de traitements sédatifs, non prise en compte de la douleur... ;
- **les négligences actives** : sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire ;
- **les négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- **les privations ou violations de droits** : limitation de la liberté de la personne, privation des droits civiques, d'une pratique religieuse ;
- **les violences matérielles et financières** : vols, exigences de pourboires, locaux inadaptés.

Au regard de notre travail, deux remarques s'imposent quant à cette classification :

- Les ESMS qui nous concernent peuvent être le théâtre de l'ensemble de ces formes de maltraitance.
- Les négligences passives sont, comme le souligne Stéphanie GARCIA⁴, « *les moins connues mais celles où les situations critiques sont les plus nombreuses* ».

Nous nous intéresserons, dans le cadre de notre étude, uniquement aux maltraitements « commises » par l'institution (autonome et représentant « l'autorité ») envers un résident (souvent vulnérable et dépendant).

³ UNAPEI, 2000, *Livre blanc : Maltraitements des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : Prévenir, repérer, agir*, 72 p.

⁴ GARCIA S., nov/déc 2003, « La bientraitance des personnes âgées face aux négligences en institution ». *Soins Gérontologie*, n° 44, p 33.

Tout comme les formes qu'elles peuvent revêtir, les causes de ces maltraitances que l'on appellera institutionnelles, sont très diverses.

C) Des causes multiples à la maltraitance

L'origine des actes de maltraitance retrouvés en établissement concerne essentiellement le résident, le professionnel ou l'institution.

Le résident est très souvent vulnérable au sens où l'entend dans son enquête la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques : « *en état de fragilisation sociale, physique ou psychologique consécutif à un état de dépendance sociale forte envers autrui, lié à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale* »⁵. Cette vulnérabilité est ainsi un facteur de risque qui peut faciliter ou même masquer des actes de maltraitance.

Par ailleurs, des troubles du comportement ainsi qu'une agressivité importante de la part du résident peuvent également être à l'origine de maltraitances de la part d'un personnel excédé par la situation.

Le professionnel peut présenter des troubles ou des pathologies induisant chez lui des actes maltraitants mais ces situations sont extrêmement rares.

C'est plutôt du côté de l'épuisement professionnel que se trouve la principale cause de maltraitance. Ainsi, les charges de travail importantes, le stress, la non reconnaissance des équipes peuvent provoquer une usure importante « *qui entraîne automatiquement un risque de négligences, même si certains arrivent à faire face momentanément aux difficultés et à mettre en place des mécanismes de défense contre l'angoisse et le stress dans leur vie professionnelle* »⁶.

Il est clair que la lourdeur des tâches réclamées à l'ensemble des agents des ESMS, afin d'être supportées, nécessite une ambiance de travail sereine, la possibilité de s'exprimer avec facilité ainsi qu'une reconnaissance du travail de chacun. Ce travail de soutien est un rôle essentiel que doit savoir tenir l'encadrement de l'établissement dans le cadre de sa mission de prévention de la maltraitance : « *quand les soignants souffrent au travail, les conséquences s'en ressentent dans les soins et dans la relation à l'autre* »⁷.

Mais le plus souvent, c'est bien l'institution elle-même qui peut engendrer des pratiques maltraitantes à l'égard des résidents.

⁵ DRESS, Janvier 2005, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative ». *Etudes et résultats*, n° 370, pp 1-12

⁶ GARCIA S., op.cit.

⁷ RIOUFOL MO., octobre 2005, « La bientraitance c'est contagieux, mais ce n'est pas une maladie ». *Soins-Aides-soignantes*, n°6, pp. 16-17.

Les institutions sociales et médico-sociales ont connu des transformations importantes au cours des trente dernières années et toutes ne se sont pas adaptées avec la même célérité. Ainsi, il existe aujourd'hui des écarts importants en ce qui concerne les locaux, les organisations et les personnels de certains ESMS et ces écarts peuvent se retrouver à l'identique dans les politiques de prévention de la maltraitance menées au sein de ces structures.

Des maltraitances physiques peuvent alors être retrouvées sous plusieurs formes : mauvaises prises en charge de la douleur, négligences des soins de nursing, contentions abusives, mouvements brusques lors des toilettes...

Les maltraitances psychologiques concernent quant à elles la dévalorisation du résident, le non respect de son intimité, la privation de liberté... Elles peuvent être dues à l'image négative que peut véhiculer une institution recevant des personnes âgées ou handicapées qui « ne peuvent pas faire » ou « qui ne peuvent pas comprendre ».

Les deux principaux facteurs de risques de la maltraitance induite par l'institution sont ⁸:

- liés à la culture de l'organisation : autorité centralisée, déni du droit des familles, culture de la banalisation des incidents, excès de confiance de la direction, fonctionnement bureaucratique du travail...
- ou liés aux processus organisationnels : faible coordination, peu de procédures ou pas respectées, absence de programme d'évaluation, manque de pluridisciplinarité, instabilité du personnel, absence ou inefficacité du système de plaintes, mauvaise ambiance au sein de l'équipe, surcharge de travail, inadéquation des locaux...

L'ensemble de ces facteurs de risques est susceptible de faciliter les incompréhensions, la méfiance, l'épuisement professionnel, la mauvaise ambiance ou encore l'absentéisme, tous générateurs potentiels de maltraitance.

D) Un phénomène au cœur des interactions et souvent délicat à percevoir

La complexité du phénomène maltraitance s'explique également par le fait, qu'outre des synergies possibles entre l'ensemble des facteurs de risque, la maltraitance naît parfois dans les interactions quotidiennes entre le personnel, les résidents et les familles⁹. En effet, l'objectif global de ces trois pôles, le bien-être du résident, n'est souvent atteint qu'au prix d'une communication efficace permettant la constitution d'un lien équilibré qui respecte la place de chacune des trois parties. Il faut pour cela que chacun accepte le fait qu'il ne détient pas « la vérité » quant à l'accompagnement du

⁸ CAUDRON JM., CHARLOT V., GUFFENS C., juillet 2007, *La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables*, Voiron : Territorial éditions, 260 p.

⁹ GARCIA S., op.cit.

résident, que ses besoins d'hier ne sont pas obligatoirement ceux d'aujourd'hui et que c'est le jeu de la complémentarité qui fera la qualité de l'accompagnement.

Les incertitudes, incompréhensions, doutes, quiproquos résultant d'une communication mal établie au sein du triumvirat sont souvent à l'origine de situations de maltraitance et ajoutent des difficultés supplémentaires à la perception déjà délicate du phénomène. A tel point que selon GOLDBOOM, médecin et homme politique québécois, « *aucun instrument fiable et valide ne permettrait de diagnostiquer la maltraitance* »¹⁰. De son côté, M. Serge LEFEVRE, Vice-Président de l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés, relatant devant la commission d'enquête un acte de maltraitance inventé, souligne « *la difficulté à démêler le vrai du faux dans ce type d'affaire* »¹¹.

Il reste alors à adopter une attitude d'écoute et à veiller à quelques signes d'alerte aussi bien dans le comportement de la victime, du professionnel ou de la famille que dans la dynamique des relations entre les trois parties.

Cette vigilance de tous les instants est essentielle, tant ce phénomène aux conséquences lourdes peut encore être masqué par la loi du silence.

1.1.2 La maltraitance : une réalité quotidienne mais taboue sans doute sous-évaluée au sein des établissements sociaux et médico-sociaux

Ce phénomène est important mais il est difficile d'avancer des chiffres avec certitude tant la maltraitance est parfois inconsciente et involontaire et tant elle est encore souvent régie par la loi du silence.

A) Un phénomène important qui touche surtout les personnes vulnérables

Les études concernant l'ampleur du phénomène, déjà difficile à constater, manquent encore, à ce jour, de consistance. En effet, il n'existe pas de système unique de recensement des situations de maltraitance et les données sont recueillies par différents organismes institutionnels ou associatifs (Réseau ALMA, numéro national 3977, UNAPEI).

De plus, la maltraitance demeure un phénomène difficile à apprécier en raison du niveau de dépendance, des difficultés à s'exprimer et du manque de capacités à se défendre qui caractérisent les personnes vulnérables touchées.

¹⁰ CAUDRON JM., CHARLOT V., GUFFENS C., op.cit.

¹¹ JUILHARD JM., BLANC P., *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence (tome 1, rapport)*. (visité le 01.07.2010), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html>

En ce qui concerne les deux types de populations qui nous intéressent directement, les personnes âgées et les personnes ayant un handicap mental, les données chiffrées dont nous disposons sont très différentes. Elles sont très rares en ce qui concerne la problématique de la maltraitance chez les handicapés psychiques¹² : 54% des signalements concerneraient des personnes accueillies en établissement et 38% concerneraient des majeurs contre 62% de mineurs¹³.

Envers les personnes âgées, ce sont, selon Philippe BAS, environ 300 cas de maltraitance qui sont signalés chaque année¹⁴. Selon ALMA¹⁵, 4300 situations de maltraitance auraient été recensées en 2003 toujours envers des personnes âgées. Ces différences montrent combien l'ampleur exacte du phénomène est encore méconnue. Toujours selon ALMA, 30% de ces situations concerneraient des personnes accueillies en institution.

L'incidence exacte de la maltraitance est donc mal connue, il n'en est pas de même pour les conséquences de ce phénomène. Il peut s'agir pour les victimes, de blessures, d'anxiété, d'aggravation des déficits intellectuels, de dépression, de repli sur soi voire d'issue fatale. De façon générale, la maltraitance entraîne une surmortalité importante, puisque 9% des personnes âgées maltraitées survivent à 13 ans contre 40% des personnes du même âge non maltraitées¹⁶.

Par ailleurs, outre ces conséquences particulièrement importantes, la problématique de la maltraitance apparaît comme une réalité manifestement sous-évaluée.

B) Parfois inconscient et souvent tabou le phénomène est sans doute sous-évalué

En effet, ce qui vient d'être décrit ne concerne vraisemblablement que la pointe de l'iceberg, et ceci pour deux raisons principales : la maltraitance est parfois inconsciente et elle est souvent tue.

Ainsi, les violences en creux sont « *les plus insidieuses car elles s'invitent dans le quotidien des établissements sans y être invitées* »¹⁷. En effet, discuter avec sa collègue pendant que l'on donne le repas à une personne polyhandicapée, sans la regarder, en

¹² D'HUYTEZAT A., juin 2000, « La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental ». *ADSP*, n°31, pp. 38-41.

¹³ Observatoire départemental des maltraitances, Conseil General du Nord. *Données statistiques*. [visité le 03.07.2010], disponible sur internet : http://www.cg59.fr/observatoire-des-maltraitances/Donnees_statistiques.html#handicap

¹⁴ BAS P., Discours du ministre pour présenter le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance de 2007, le 15 mars 2007.

¹⁵ *La maltraitance des adultes vulnérables : une réalité complexe*. [visité le 04.07.2010], disponible sur internet :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces,770/aines,776/dossiers,758/maltraitance,785/la-maltraitance-des-adultes,5746.html>

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

¹⁷ DESWAENE B. Journée mondiale sur la maltraitance, *Panser ou penser la maltraitance à l'égard des personnes dépendantes*, 15 juin 2007, Chalons en Champagne.

oubliant même que cette personne est d'abord un sujet, ne relève bien souvent pas d'une intention de nuire, de maltraiter mais plutôt d'une déviance institutionnelle issue de la routine du quotidien. Ce type de situation passe hélas trop souvent inaperçu, parce qu'il n'est pas volontaire, parce que ses effets directs sont moins prononcés que pour une gifle donnée à un résident, parce que la plainte est moins facile lorsqu'il s'agit d'une omission ou d'une négligence et non d'une action délibérée.

Encore plus « parlantes » sont ce que Rosette MARESCOTTI appelle « *les violences des gentils* ». La résidente se plaint de la visite de son fils uniquement une fois par semaine et la soignante de lui répondre « *mais c'est déjà bien de venir une fois par semaine, vous savez, avec son travail...et puis regardez Mme X, son fils ne vient qu'une fois par mois lui* ». La soignante ne visait ici qu'à reconforter la résidente, elle a en réalité nié l'existence du problème de la résidente et renforcé sa souffrance car en plus de s'ennuyer de son fils, elle souffre de ne pas se sentir écoutée par le personnel.

La subtilité de la situation évoquée est une des difficultés relative au repérage des situations de maltraitance, le manque de connaissances ou les justifications professionnelles en sont d'autres (pour soigner, éduquer). Mais c'est surtout le caractère encore tabou de la thématique qui rend le diagnostic de situation particulièrement difficile.

Comme si la révélation d'un acte de maltraitance était une prohibition à caractère « sacré » dont la transgression pourrait entraîner une sanction, un châtiment. Ainsi, le silence est souvent préservé du côté des victimes par incompréhension, peur, honte¹⁸. Du côté des professionnels, la peur de dénoncer, de se tromper, de briser la carrière d'un collègue, d'être jugé, d'être mis à l'écart, de mettre l'institution en danger sont régulièrement évoqués.

Mais pour Rosette MARESCOTTI, les institutions entretiennent parfois la loi du silence et « *se comportent parfois comme si elles étaient un état dans l'Etat, zone de non droit où la référence à la loi commune n'a plus cours* »¹⁹. Elle reproche aux établissements de parfois protéger le maltraitant, nier la parole du patient et de sanctionner difficilement.

Mais le regard que porte la société sur la dépendance et sur le handicap évolue très nettement ces dernières années et de nos jours, ce type de comportement est vraisemblablement en train de s'inverser tant la législation récente favorise le respect des droits de l'usager ainsi que la lutte contre toutes les formes de maltraitance en institution.

¹⁸ SCHMIDT V., 2007, *La contribution du Directeur Des Soins à la gestion de la maltraitance en établissement psychiatrique*, Mémoire de Directeur Des Soins, ENSP, Rennes, p22.

¹⁹ MARESCOTTI R., 1998, *Séviées en institution pour personnes âgées - Le silence des soignants, Mémoire*, Diplôme Universitaire de psycho-gériatrie. [visité le 07-07-2010], disponible sur Internet : <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/mr5.html>

1.1.3 La lutte contre la maltraitance : une priorité de Santé Publique

Depuis une vingtaine d'années, les politiques publiques sociales et médico-sociales, de manière directe ou indirecte visent à lutter contre le phénomène de la maltraitance et depuis très peu, à promouvoir le concept de bientraitance.

- A) Des politiques publiques qui organisent le secteur social et médico-social et renforcent les droits de l'usager.

La rénovation de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales²⁰ a mis quelques années pour voir le jour mais la loi du 2 janvier 2002²¹ qui en est la concrétisation aura permis (et continue de permettre) des avancées spectaculaires en matière d'organisation du secteur SMS et de prise en charge des usagers. Sans en avoir précisément la teneur, notamment dans son intitulé, cette loi va largement participer à la lutte contre la maltraitance des personnes fragilisées accueillies dans les établissements.

La loi du 2 janvier 2002 a redéfini les relations entre les pouvoirs publics et les ESMS mais aussi entre les ESMS et les personnes accueillies ou suivies.

Elle réforme en effet le système préexistant d'autorisation, de création et de transformation des établissements et services et définit en parallèle un système de planification de l'offre basé sur les schémas départementaux, régionaux ou nationaux. Elle renforce le principe de contrôle de l'activité des ESMS et prévoit le recours à une procédure d'injonction, la mise en place d'un administrateur provisoire et la fermeture pour les ESMS présentant des dysfonctionnements importants.

Elle prévoit également le principe de l'auto-évaluation et de l'évaluation externe afin de sensibiliser les professionnels à la démarche d'amélioration continue des prestations au regard des recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux, mais aussi de permettre un regard extérieur sur les pratiques.

Enfin, la loi réforme la coopération entre les ESMS et le champ sanitaire pour encourager les logiques de filières et permettre la continuité des prises en charge.

De leur côté, les établissements accueillant des personnes âgées avaient déjà connu une révolution à partir de 1999 avec l'instauration des conventions tripartites qu'ils doivent signer avec les Conseils Généraux et l'Etat et qui sont accompagnées de

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, 1er juillet 1975, p 6604.

²¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, p 124.

conditions, notamment la mise en œuvre de la démarche qualité, qui permettent l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

En ce qui concerne l'utilisateur, la loi affirme une intention forte de le placer au centre du dispositif et de lui permettre d'être acteur de sa prise en charge. Elle reconnaît sa singularité et la nécessité de personnaliser son accompagnement : « *l'article L.311-3 aborde le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement...C'est une façon de rappeler que l'action sociale et médico-sociale ne correspond plus à une production de masse* »²². Cela doit inciter les établissements à repenser la prise en charge des usagers au regard des contraintes liées à leurs aspects collectifs.

Afin de faciliter la participation de l'utilisateur ainsi que le respect de ses droits, la loi crée différents outils, d'expression de l'utilisateur ou de formalisation de son accompagnement : le Conseil de Vie Sociale, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le recours à une personne qualifiée, la charte de la personne accueillie et le projet d'établissement.

Enfin, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui revisite la notion de handicap et reconnaît le handicap psychique, participe aussi largement à la modification du regard qui doit être porté sur la façon dont les ESMS prennent en charge les usagers, notamment à la MAS.

Ce dispositif législatif global s'accompagne depuis 2007 d'un plan national spécifique de lutte contre la maltraitance

- B) Le plan national de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance.

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 2006²³ montrait une dynamique, liée à la loi du 2 janvier 2002 ainsi qu'à la revitalisation de la fonction d'inspection, dans la lutte contre la maltraitance. Ce rapport soulevait par contre d'importantes difficultés dans la mise en œuvre du dispositif : la maltraitance est un phénomène mal connu, le manque de lisibilité en ce qui concerne le rôle des Conseils Généraux et les services de l'Etat et le manque de suivi et de sanctions après la survenue d'une situation de maltraitance.

²² BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 342 p.

²³ BAS-THERON F., BRANCHU C., 2006, *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rapport IGAS n°2005-179.

C'est notamment sur la base de ce rapport qu'a été conçu le plan national de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, présenté par Philippe BAS en mars 2007. Ce plan vise tout simplement à éradiquer, en France toutes les formes de maltraitance.

Il est articulé autour de deux axes principaux que sont le renforcement de la lutte contre la maltraitance et le développement de la culture de la bientraitance.

La première orientation concerne le renforcement des inspections, la généralisation des antennes d'accueil téléphonique, la désignation d'un « correspondant maltraitant » dans les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que l'application des sanctions suite aux contrôles.

Le deuxième axe « développer une culture de la bientraitance dans les établissements » consiste à lancer l'agence de la bientraitance (ANESM), à inciter les établissements à mettre en place des démarches d'amélioration de la qualité, à diffuser des bonnes pratiques et à renforcer les effectifs dans les établissements.

L'idée sous-jacente de ce plan est qu'aujourd'hui, la lutte contre la maltraitance est considérée comme insuffisante et que les politiques de prévention passent également par l'instauration dans les établissements d'une culture de la bientraitance.

1.2 La culture de la bientraitance au service de la prévention de la maltraitance

L'objectif de ce travail qui vise la proposition d'un plan de prévention de la maltraitance ne saurait donc faire l'économie de la compréhension du concept de bientraitance. Si la notion est récente et difficile à définir, elle n'en repose pas moins sur des principes fondamentaux qu'il nous faudra décortiquer avant d'envisager les caractéristiques de la culture de la bientraitance.

1.2.1 Définitions et principes fondamentaux

A) Des définitions de la bientraitance

L'origine du terme bientraitance est encore incertaine dans la littérature. Elle est attribuée à Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI dans les années quatre-vingt-dix²⁴, à « l'opération Pouponnières » lancée à la fin des années soixante-dix par Simone

²⁴ BLONDET E., 2008, *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 34p.

Veil²⁵ et certainement à d'autres promoteurs de la qualité des prises en charge des personnes fragilisées. A propos de ce néologisme, Boris CYRULNIK souligne que « *l'absence de mot dans notre vocabulaire révèle que notre culture n'a pas pensé à la bientraitance, le choix du mot témoignant de la manière dont la culture se préoccupe d'un concept* »²⁶.

Ce qui est admis par tous : la bientraitance n'est pas la non maltraitance, qui n'est d'ailleurs plus suffisante de nos jours : « *il ne suffit pas de ne pas frapper un enfant, il faut désormais l'aimer, le vêtir comme il faut, l'aider à réussir comme il faut, le coucher tôt, communiquer avec lui de manière éducative, bien le nourrir...* »²⁷. Pour le reste, les définitions proposées varient : mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation pour l'ANESM²⁸, « *ce petit plus qui fait toute la différence, ce petit détail infime qui fait de l'autre, quel qu'il soit, un individu respectable dont les besoins et les désirs sont entendus et pris en compte* » pour Patricia CHALON²⁹, ou encore, à l'occasion d'un discours en novembre 2003, « *art et manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien-être à travers des actions concrètes* » pour Christian JACOB, alors Ministre délégué à la famille.

Ainsi, la bientraitance, tout le monde en parle, mais peut-être que seuls, les spécialistes de la question sont capables d'en proposer, à leur manière une définition précise. Dans les ESMS, très récente, la notion de bientraitance est sans doute encore méconnue. Il apparaît alors intéressant de préciser les principales orientations sur lesquelles elle s'appuie.

B) Des principes fondamentaux très précis³⁰

Si le concept n'est pas totalement cerné, il est bien clair que la notion de bientraitance s'inscrit dans une recherche d'amélioration de la qualité de vie des résidents. Pour ce faire, l'ANESM retient cinq principes auxquels nous ajouterons un postulat. Ensemble, ils constituent les fondations du concept de bientraitance.

La culture du respect de la personne, de son histoire et de sa singularité se base sur la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen qui stipule que tous naissent et demeurent libres et égaux en droit. Cela devrait se traduire dans les établissements par la reconnaissance du résident, de son histoire, de ses habitudes, de ses croyances et

²⁵ BLAEVOET JP., CROGNIER P., 2009, *Prévenir la maltraitance en institution : Guide des bonnes pratiques*, Paris, Dunod, 243p.

²⁶ DESMET H., POURTOIS JP., 2005, *Culture et bientraitance*, 1ère édition, Bruxelles : De Boeck, Collection. « Question de personne », 240p.

²⁷ BLAEVOET JP., CROGNIER P., op. cit.

²⁸ ANESM., 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Nancy : Bialek, 47p.

²⁹ CHALON P., 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, Marabout, 219p.

³⁰ Op. cit.26.

surtout par l'adaptation de la structure à la singularité du résident. En réalité, cette déclaration d'intention se heurte souvent à la problématique de la prise en charge individuelle dans des lieux collectifs avec leurs contraintes matérielles et logistiques. Charge à tous les professionnels, collectivement et individuellement, de faire en sorte que ces contraintes techniques n'empêchent pas une réflexion sur l'individualisation de chacun des accompagnements proposés au sein de la structure.

La bientraitance nécessite un aller retour permanent entre penser et agir. La démarche s'appuie en effet, à la fois sur une prise de recul collective à propos des pratiques mais aussi sur une mise en œuvre rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mise en avant. Un peu à la manière d'un « *100 fois sur le métier, remettre son ouvrage* », la démarche de bientraitance demande un questionnement permanent, collectif pour définir des organisations ou des pratiques, et individuel pour apporter des réponses adaptées aux besoins du résident, toujours après s'être positionné de son point de vue.

La bientraitance des usagers repose sur la valorisation de leur expression. Il s'agit ici de favoriser et de prendre en compte les désirs et les projets des usagers et pas seulement leurs droits, là encore en faisant preuve, pour les structures, d'adaptabilité. Cela passe d'abord par une écoute bienveillante et généreuse, sans interruption intempestive : « *le silence respectueux de l'écouteur* »³¹ selon Patricia CHALON. Valoriser son expression, c'est ensuite reconnaître l'usager dans sa plénitude, être totalement convaincu que malgré toute sa vulnérabilité, il demeure une personne.

La bientraitance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Autrement dit, inutile d'essayer de trouver une fin à la démarche de bientraitance, le processus est continu. La dynamique recherchée propose une réflexion et une collaboration continue entre les différents acteurs de la prise en charge afin de déterminer la meilleure réponse possible à un besoin identifié, sachant que la nature, l'intensité ou l'existence même de ce besoin peuvent être remises en cause à tout moment.

La bientraitance correspond à une manière d'être des professionnels. Une posture professionnelle va bien au-delà d'une série de gestes professionnels, elle est une manière d'être, de dire, de faire, soucieuse de l'autre et de ses choix. Cette posture professionnelle doit pouvoir s'appuyer sur des règles précises et partagées mais aussi sur un encadrement qui reconnaît, soutient et accompagne les personnels dans le sens qu'ils

³¹ Op. cit.27.

donnent à leurs actions³². C'est ainsi qu'il nous paraît important de poser le postulat **qu'il faut être « bientraité » pour être « bientraitant »** et que sans doute, il ne peut être de culture de la bienveillance sans que celle-ci n'imprègne l'ensemble de l'établissement, à tous les niveaux, dans toutes circonstances. « *Pour bien s'occuper des autres il faut d'abord être bien soi-même* » indique Corinne CORDON³³ et pour cela, disponibilité, écoute, reconnaissance des personnels sont indispensables.

L'ensemble de cette déclaration d'intentions a pour but l'instauration d'une culture de la bienveillance dans les établissements. Explorons maintenant ce que sous-tend cette notion dans le contexte qui nous intéresse.

1.2.2 Vers une culture de la bienveillance

Sorte de culture d'entreprise des ESMS, la culture de la bienveillance est un construit perpétuel qui va bien au-delà de la simple organisation bienveillance et qui se voit opposer quelques arguments idéologiques.

A) La culture est en fait un processus de construction culturelle

Dans une entreprise, la culture est une notion qui est souvent remise au goût du jour en période de crise notamment parce que les dirigeants y voient « *un moyen stratégique pour tenter d'obtenir des travailleurs leur identification et leur adhésion aux objectifs fixés* »³⁴. En ce qui concerne les ESMS, la recherche d'une culture de la bienveillance est omniprésente à la fois dans les discours des autorités de tutelle mais aussi au sein des équipes dirigeantes. Mais qu'on ne s'y trompe pas, une culture ne se décrète pas. La culture d'une entreprise ne saurait, en tous cas dans la conception moderne qu'ont d'elle les sociologues, se réduire à un cadre rigide plus ou moins immuable « *censé imposer son système de représentations et de valeurs aux membres de l'organisation* »³⁵. L'idée des sociologues est plutôt que la culture d'une entreprise trouverait naissance dans l'intersection des différentes microcultures « inventées » par le personnel. Toujours selon cette conception contemporaine de la culture d'entreprise, il est difficile d'imaginer, même au sein d'une direction commune, une culture de la bienveillance qui serait identique dans les trois établissements qui nous intéressent.

³² Op. cit.26.

³³ CORDON C., 2005, « La bienveillance, une notion à partager ». *Soins-Aides-soignantes*, n°6, p13.

³⁴ CUCHE D., 2010, *La notion de culture dans les sciences sociales*, 4eme édition. Paris : La découverte, 157p.

³⁵ Ibid.

D'après cette thèse sociologique, la culture de la bientraitance d'un établissement serait alors le résultat des confrontations des différentes conceptions de chacun des professionnels (ou groupes de professionnels) de leur travail auprès du résident et de leur bien-être. Dans cette optique, c'est bien l'homme qui fait la culture et très peu l'inverse. Philippe BERNOUX évoque d'ailleurs « l'appropriation » du travail, de l'organisation, de la culture en ces termes : « *elle se manifeste par diverses stratégies qui visent toutes à sauvegarder un minimum d'autonomie* »³⁶. Dans une approche similaire, Pierre PASTOR invite d'ailleurs à « *choisir soigneusement les critères de sélection lors du recrutement pour faciliter le processus d'intégration, notamment du fond de la culture de l'entreprise* »³⁷.

Dans les établissements, les mouvements relatifs aux directions, aux personnels, aux résidents, aux interlocuteurs des organismes de tarification mais aussi les évolutions de la société, le regard qu'elle porte sur les personnes fragilisées sont autant de composantes qui participent de façon continue au « *processus de construction culturelle jamais achevé* »³⁸.

B) La culture de la bientraitance : au-delà d'une simple culture organisationnelle

Une analyse sociologique d'une entreprise (tout comme d'un ESMS) ne peut aujourd'hui plus faire abstraction du contexte. Au sein d'un ESMS, les familles, les autorités de tarification, le contexte sociétal, les établissements voisins, les services partenaires font partie intégrante du système de prise en charge des usagers et sont parfois très présents dans la vie de l'institution. De ce fait, la culture de la bientraitance intègre obligatoirement ce que Denys CUCHE appelle « *le reflet de la culture environnante* »³⁹. Alors, la culture de la bientraitance ne relèverait pas uniquement du système organisationnel d'un établissement mais plutôt de la superposition de ce reflet avec une production nouvelle qui s'élabore à partir des interactions entre les groupes qui composent la structure.

La culture de la bientraitance que l'on recherche au sein d'un établissement est donc directement liée à l'environnement et à l'ensemble des professionnels qui le composent.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que la recommandation de l'ANESM relative à la bientraitance précise que « *même si la bientraitance comporte un certain nombre de dimensions incontournables, il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre*

³⁶ Ibid.

³⁷ PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions liaisons, 182p.

³⁸ Op. cit.32.

³⁹ Ibid.

dans le cadre du projet d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens »⁴⁰.

Il semblerait donc qu'à la fois la culture et la bientraitance soient des concepts locaux, c'est-à-dire qui revêtent chacun des caractéristiques différentes en fonction du contexte.

C) La culture de la bientraitance : quelques pièges à éviter

Nous présentons ici quelques écueils qui sont liés au concept de culture ou de bientraitance.

A la question, comment se fabrique la culture d'une entreprise, Denys CUCHE répond : « *certainement pas par décision autoritaire* »⁴¹. D'autre part, la culture étant un système vivant procédant d'un jeu complexe d'interactions, il est inutile de vouloir ou la bouleverser du jour au lendemain, ou la figer tant elle est un concept dynamique. Les « y'a qu'à », « pour demain », « il suffit de » et autre « c'est pourtant facile » sont donc à bannir du vocabulaire utilisé dans le cadre de la promotion de la culture de la bientraitance.

Par ailleurs, le concept de bientraitance arrive dans le monde médico-social comme celui de qualité avait débarqué dans le monde sanitaire il y a une vingtaine d'années. Il faut alors se souvenir que la brusque arrivée du mot « qualité » avait soulevé le cœur de bon nombre de soignants qui refusaient le concept et criaient haut et fort que les soins de qualité n'étaient pas une préoccupation nouvelle pour eux. Il serait bon de se servir de cette expérience pour faire en sorte que la notion de bientraitance ne remette trop systématiquement en cause le travail de qualité de la plupart des professionnels auprès des résidents.

Parfois, les soignants objectent aussi que le terme bientraitance est « *soit un pléonasme, soit une condamnation* »⁴² au motif que, ou on respecte que le soin comporte une dimension bientraitante auquel cas le mot est un pléonasme, ou on considère que le soin n'en comporte pas et c'est alors une accusation. Pour eux, autant la notion de maltraitance a pu servir l'éthique soignante en levant certains tabous, autant la notion de bientraitance peut s'apparenter à une « *décultration* » du soin. Là encore, il serait intéressant de rester vigilant quant à l'impact du mot sur la thématique de l'accompagnement de l'usager.

⁴⁰ Op. cit.26

⁴¹ Op. cit.32.

⁴² BOITEUX C., CARIA A., DELIOT C., 2009, « Enjeux de la diffusion des notions de bientraitance et de maltraitance ». *Gestions Hospitalières*, n°491, pp. 593-597.

D'autre part, certaines craintes sont relatives à une prétendue standardisation des pratiques réclamée par le concept de bientraitance. La check-list qui après mesure, aboutirait à « bientraitant » ou « pas bientraitant » est parfois évoquée⁴³. Il est alors nécessaire de rassurer la totalité des personnels en insistant sur le fait que la bientraitance est une aide à la réflexion, à une dynamique plus qu'une série d'actes qui serait dénuée de sens en dehors du contexte.

Enfin, il faut souligner combien ce type de démarche peut facilement dériver vers un idéal utopique qui pourrait être source de démotivation des personnels. Il est important en effet que la recherche de la bientraitance ne devienne un leitmotiv susceptible de masquer des problèmes structurels (de bâtiment, d'effectif) dont c'est aussi un devoir des institutions et de leur gestionnaire de les partager avec les autorités de tarification.

Au final, le mot « bientraitance » est assez mal défini, c'est un « grand mot », il fait parfois peur, il est d'ailleurs quelquefois remis en question. Il n'est en réalité qu'une thématique générale qui souhaite promouvoir le bien-être de l'utilisateur, terme qui a sans doute beaucoup plus de sens pour l'ensemble des professionnels.

Synthèse de la première partie : Le point de départ de ce travail concernait la prévention de la maltraitance au sein du pôle médico-social. Ainsi avons-nous tenté de décortiquer ce concept complexe, multiforme, multi causal, de diagnostic difficile et enfin (mais sans doute est-ce la conséquence du reste) difficile à définir. Par ailleurs, ce phénomène est souvent bridé par la loi du silence qui l'entoure encore de nos jours. Pourtant les politiques publiques tentent de briser le tabou en renforçant les droits des usagers d'une part et en instaurant un plan national de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Car la prévention de la maltraitance doit désormais passer aussi par la promotion de la bientraitance.

Ce second concept qui n'est pas seulement le contraire de la maltraitance repose sur des principes tels que la valorisation de l'expression de l'utilisateur et le respect de sa personne et de son histoire. Il est recherché à travers l'instauration d'une culture (de la bientraitance), qui sera construite de façon continue aux intersections des micros cultures que génèrent les groupes professionnels, de l'histoire et du contexte des établissements.

Cette notion de bientraitance est pourtant, selon nous, à utiliser avec prudence car elle peut être considérée comme « un idéal inatteignable » ou encore un « un mot à la mode sorti du jour au lendemain ». Nous lui préférons la recherche du bien-être.

⁴³ PELISSIER J. *Quelques réflexions sur la bientraitance*. [visité le 29.07.2010], disponible sur internet : <http://www.jerpel.fr/spip.php?article284>

2 UN DIAGNOSTIC « BIENTRAITANCE / MALTRAITANCE » ASSEZ COMPARABLE POUR LES TROIS STRUCTURES

Cette étape vise à recueillir et à analyser les informations relatives, pour chacun des établissements, d'une part à leur environnement et leur histoire, d'autre part à la structuration de la démarche de lutte contre la maltraitance et enfin aux pratiques et représentations des personnels quant aux deux concepts étudiés.

Pour cela, nous présenterons ici la méthodologie de diagnostic, les résultats par établissement et enfin une analyse globale des tendances retrouvées au sein du pôle.

2.1 La méthodologie et les outils de diagnostic

Nous avons souhaité, pour établir ce diagnostic, poser un triple regard sur chacune des structures. Ce choix relève d'une volonté d'établir un diagnostic qui reflète le plus possible la réalité des établissements et surtout des prises en charge de l'usager. En effet, aux observations et études de documents que nous avons menées durant notre stage long, nous avons souhaité ajouter le regard que porte l'encadrement sur la structuration de la démarche de lutte contre la maltraitance, mais aussi les récits des personnels quant à leurs pratiques ou à leur représentation des thématiques de la maltraitance et de la bientraitance.

2.1.1 Les entretiens exploratoires

Nous avons réalisé des entretiens exploratoires avec un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, un Directeur d'ESMS, un Cadre de Santé, la fille d'une résidente d'un des deux EHPAD et plusieurs résidents. Ces entretiens visaient à laisser s'exprimer librement les personnes au sujet de la thématique de la maltraitance en institution. Même s'ils ne font pas strictement partie de « l'enquête », ils furent précieux pour, parallèlement à nos premières lectures, mettre en lumière certains aspects concernant la maltraitance et sa prévention et enfin élargir notre champ de connaissances et d'investigation.

2.1.2 Les observations et analyse documentaire durant le stage long

Le stage long en établissement s'est déroulé de novembre 2009 à juin 2010, il a été l'occasion d'observer les pratiques des personnels, l'organisation de la

structure, du travail, les rapports avec les familles. Nous avons également pu faire un focus sur les circuits de l'information, la coordination entre les équipes, le déroulement et le contenu des réunions de service.

Ce stage a également permis l'accès mais aussi l'étude de documents propres à la structure : les conventions tripartites, les Projets d'Établissements, procès-verbaux de Conseil d'Administration, de CVS. Ces documents, souvent très riches d'enseignements nous ont permis davantage de nous familiariser avec la vie institutionnelle des établissements.

2.1.3 Le référentiel « bientraitance »⁴⁴

Principal outil de ce diagnostic, ce référentiel a été élaboré après avoir identifié, à travers la littérature, les causes de survenue d'une situation de maltraitance ainsi que les différentes recommandations de tous types concernant les pratiques, les organisations, les locaux, le management de l'établissement, la formation des personnels, la participation de l'usager et la prévention de l'usure professionnelle.

Chaque établissement a donc fait l'objet d'une évaluation-cotation (A, B, C ou D), sur la base de ce référentiel. Cette évaluation a été réalisée en collaboration avec le cadre de proximité de chacune des structures. Certains items seront retravaillés avec les professionnels, notamment leurs connaissances quant aux deux concepts étudiés, les documents institutionnels ainsi que leur ressenti par rapport à l'organisation du travail et des horaires.

2.1.4 Les entretiens semi-directifs

Afin de compléter les informations recueillies par le biais de l'évaluation réalisée à l'aide de notre référentiel, nous avons recueilli les témoignages de 3 agents de chaque établissement. Ces entretiens visaient notamment à apporter des réponses à nos quatre sous-questions, mais aussi à nous apporter des éléments supplémentaires pour permettre l'élaboration du plan d'action.

Nous avons choisi la méthode des entretiens notamment parce qu'ils permettent d'obtenir des points de vue mais surtout le sens que les personnes donnent à leur travail, à leur organisation ainsi qu'à la thématique étudiée.

⁴⁴ Cf. annexe 1

Ces entretiens ont été menés sur un mode semi-directif sur la base d'un guide⁴⁵ mais en « *laissant venir* ⁴⁶ » l'interviewé afin que celui-ci parle ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient.

La répartition des entretiens est la suivante :

- 1 Moniteur-éducateur (1) et 2 AMP (2 et 3) pour la MAS du CHS
- 1 IDE (4) et 2 AS (5 et 6) pour l'EHPAD de MONTDIDIER
- 1 IDE (7), 1 AS (8) et 1 ASH (9) pour l'EHPAD de ROYE

2.1.5 Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du diagnostic

Nous tenons à souligner ici la nécessaire prudence avec laquelle la thématique de la maltraitance doit être présentée et évoquée avec les agents, tant cette notion peut induire chez certains une sensation de culpabilité susceptible de « bloquer » l'entretien. A l'inverse, il faut savoir instaurer un climat de confiance, tel que les agents puissent s'exprimer librement, sans retenue et non pas présenter un tableau idyllique de leurs pratiques et de leur établissement, en niant totalement le phénomène.

D'autre part, peut-être, le fait d'être dans le service depuis quelques mois au moment de l'entretien et de connaître l'interviewé l'empêche-t-il d'aller jusqu'au bout de ses réponses en considérant simplement que nous connaissons déjà la réponse et, à l'inverse, nous avons dû nous forcer à utiliser les relances, alors que dans certains cas, connaissant bien le contexte, la réponse nous paraissait connue à l'avance (souvent à tort). Là encore entre le candidat qui réalise l'entretien et le stagiaire, présent dans le service depuis un bon moment, le dosage a fait l'objet d'un ajustement permanent.

2.1.6 Les limites de la méthodologie employée

Les entretiens ont permis une expression large et riche, souvent dans un réel climat de confiance. La quantité et la qualité des informations recueillies montrent que la maltraitance est vraiment un sujet préoccupant. Le bémol de ces entretiens consiste à dire que les agents interviewés ont, peut-être, malgré la garantie de l'anonymat, eu des difficultés à évoquer certaines pratiques, certains sentiments, notamment sur une telle thématique, sachant que nous allions rejoindre leur direction quelques instants après les entretiens. Nous espérons cependant avoir été facilitant pour les interviewés et avoir respecté la non directivité recherchée.

⁴⁵ Cf. annexe 2

⁴⁶ QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod, 256p.

En ce qui concerne, l'évaluation à l'aide du référentiel que nous avons élaboré, sans doute un travail de groupe, associant les différents professionnels de la structure, aurait-il permis une exhaustivité meilleure des réponses ainsi qu'une plus grande richesse des argumentations. Cela n'a pas été possible. C'est essentiellement pour cette raison que nous avons souhaité porter un triple regard sur le référentiel.

Les informations recueillies sont maintenant présentées.

2.2 Des résultats qui montrent des problématiques communes

Les particularités des deux types d'établissements, MAS et EHPAD (les informations concernant les deux EHPAD se rejoignent) seront d'abord présentées avant d'aborder les caractéristiques communes à ces structures au regard de la thématique de la maltraitance. Enfin, nous tenterons de tirer les enseignements des entretiens et de l'évaluation réalisée à l'aide de notre référentiel, ceci afin de déterminer la structure et les contours du plan de prévention de la maltraitance qui pourrait voir le jour au sein du pôle.

2.2.1 Les particularités de la MAS relatives à la thématique de la maltraitance

Il s'agit ici de pointer les éléments remarquables (qui attirent l'œil ou les oreilles) repérés pour la MAS. Ils constitueront peut-être des modèles, contre-modèles, des éléments sur lesquels s'appuyer dans les deux autres structures.

A) La population accueillie : des adultes déficients mentaux

Les résidents de la MAS sont des déficients mentaux qui sont très peu autonomes dans la vie quotidienne : « *très peu font leur toilette seuls, quelques résidents participent mais avec une stimulation +++* » (AMP 1). Pour la plupart d'entre eux, ils n'ont pas la parole et « *leur seul moyen de communiquer, c'est le gestuel et les cris* » (AMP 2).

Le handicap mental dont souffrent les résidents de la MAS appelle selon Alain D'HUYTEZAT deux remarques essentielles : « *le handicap mental porte la marque de la défaillance la plus inacceptable aux yeux de la société : celle de la raison et cette attitude défensive peut être la porte ouverte à l'exclusion ou à l'agression de la personne différente* », mais aussi que « *face à la maltraitance, la personne handicapée mentale est particulièrement vulnérable parce qu'elle a des difficultés à discerner ce qui relève ou non*

d'un acte de maltraitance et qu'elle a du mal à s'exprimer et à présenter des preuves »⁴⁷. Les usagers de la MAS constituent donc un facteur de risque important, majoré si l'on considère la difficulté psychologique de l'accompagnement permanent dont ils ont besoin.

B) Des prises en charge spécifiques psychologiquement lourdes pour le personnel

La population accueillie au sein de la MAS réclame une surveillance de tous les instants : *« ça peut clasher à tout moment »* (ME 1), une attention mesurée : *« faut savoir en donner...mais faut trouver un juste milieu parce que le surplus provoque souvent des réactions inattendues chez eux...mais faut savoir en donner...à tout le monde »* (AMP 2), et beaucoup de patience : *« elle met son pied dans son t-shirt dix fois avant de le mettre correctement »* mais surtout une grande solidité nerveuse : *« quand on a une résidente en crise, on voit que ça monte, qu'on ne peut pas la calmer...on ne sait pas jusqu'où ça peut aller...ça peut être angoissant...alors là, on sort avec la boule au ventre... »* (AMP 1). Ainsi, à propos de maltraitance, Stéphanie GARCIA parle de *« maladie de la tolérance »⁴⁸*. Il va donc alors falloir, permettre au professionnel d'intégrer qu'il a le droit de passer la main, mais aussi lui en donner la possibilité, en situation, mais aussi de manière rétrospective lors d'un débriefing ou dans le bureau du cadre. Reconnaître le travail du professionnel et par delà, son droit à avouer le « trop plein » qui l'anime permet de prévenir les passages à l'acte tant *« avec cette reconnaissance, le travail devient un médiateur décisif de la construction de l'identité et donc, de la santé mentale, voire physique »⁴⁹*. Il semblerait que cela soit à travers le soutien du cadre de proximité.

C) Un Cadre Socio-éducatif à bonne distance des équipes

Les agents interviewés soulignent combien ils apprécient le fait que le cadre comprenne les problématiques qu'ils rencontrent avec les résidents : *« il est proche de nous, il est intéressé... il vient aux réunions quand on a un souci... il connaît les résidents et comprend de quoi on parle quand on aborde les problèmes »* (AMP 2). La distance qui sépare le cadre de proximité des équipes semble être un facteur essentiel dans la mission concernant la qualité des prestations dont il a la responsabilité. La même AMP ajoute: *« c'est important qu'il comprenne notre travail... mais aussi que parfois, il nous ramène à la raison »*. Ceci indique d'une part que le travail du cadre est aussi d'assurer une fonction de régulation et de contrôle et d'autre part que la proximité n'empêche pas l'exercice de l'autorité. Le cadre est donc à la fois la personne de recours mais aussi la personne qui pose les limites. En effet, s'il est celui qui permet l'autonomie des équipes à travers une prise de recul collective quant à ses pratiques, il n'en reste pas moins le garant des bonnes prises en charge qui doit en étant sur le terrain, poser des limites

⁴⁷ D'HUYTEZAT A., juin 2000, « La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental ». ADSP, n°31, pp. 38-41.

⁴⁸ GARCIA S., op.cit.

⁴⁹ BLAVOET JP., CRIGNIER P., op.cit.

solides et non négociables. En comparant les équipes aux enfants, Alice CASAGRANDE indique que « *de même qu'un enfant à qui aucune limite n'a été posée ne trouve pas la liberté et risque la folie, de même une équipe à qui est laissée toute latitude pour agir ne devient pas autonome mais maltraitante* »⁵⁰. Elle ajoute même : « *il est catastrophique en management d'indiquer purement et simplement que l'on fait confiance à ses équipes* » !!!

Outre le soutien et les règles, les équipes mettent aussi en avant l'avancée des prises en charge depuis que les projets individuels sont régulièrement réévalués.

D) Des projets individualisés qui donnent du sens au travail des équipes

Le projet individualisé est l'outil qui permet de tracer la route vers le bien-être du résident. Il doit prendre en compte les besoins des résidents et de leur famille en ce sens qu'il reconnaît à l'utilisateur (et à sa famille) la capacité de savoir ce qui est bon pour lui. Marc TIJERAS, Directeur d'une MAS, indique que « *la bientraitance est favorisée si l'on sait équilibrer, dans le cadre du projet individualisé la relation entre l'utilisateur et le professionnel* »⁵¹. A la MAS, ces projets individualisés font l'objet pour leur création ou leur réévaluation de réunions de synthèses qui associent les principaux intervenants de la prise en charge tant « *l'aliénation de l'utilisateur dans notre désir est un risque presque inévitable lorsque cet usager ne s'exprime pas* »⁵². Ces projets individualisés sont rassurants pour les personnels « *c'est notre feuille de route* » (ME)..... « *Comment développer la bientraitance ?... Bé déjà on a progressé depuis qu'on réévalue les projets individualisés régulièrement... au moins on sait où on va* » (AMP 2). Ces projets sont basés sur les histoires de vie des résidents, sur l'évaluation et la compréhension de leurs besoins en accompagnement et fixent des actions à mener pour favoriser le bien-être de la personne tout en maintenant ou développant son autonomie.

Très répandus dans le secteur du handicap, les projets de vie individualisés ne sont pas mis en place dans les deux EHPAD dont nous allons maintenant préciser les particularités au regard de la thématique de la maltraitance.

2.2.2 Le diagnostic dans les deux EHPAD

Nous avons choisi de regrouper les caractéristiques retrouvées au sein de ces deux structures tant elles apparaissent semblables, qu'elles concernent les populations

⁵⁰ CASAGRANDE A., juin 2007, « Le Cadre de Santé, garant de la culture de la bientraitance ». Soins Gérontologie, n°65, pp. 16-19.

⁵¹ TIJERAS M., *Le projet de vie individualisé : une boîte à outils entre besoins et attentes*, Assises départementales de la bientraitance de la Creuse, 27 janvier 2010, Sainte Feyre, disponible sur internet :

http://www.ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Qualite_et_performance/secteur_medico_social/Qualite_securite_ets/Actes_Assises_Bientraitance_Creuse_2010.pdf

⁵² Ibid.

accueillies et leurs besoins, le manque de temps relationnel auprès des résidents qu'évoquent les personnels, la souffrance quelquefois cachée de ces personnels, mais aussi les démarches qualité initiées dans le cadre des conventions tripartites.

A) La population accueillie et ses besoins

La population qui vit au sein des deux EHPAD est sensiblement la même (GMP et PMP quasiment équivalent). Les EHPAD accueillent ainsi des personnes, dans la plupart des cas dépendantes physiquement ou psychologiquement et plus ou moins atteintes de pathologies du grand âge : « *il n'y a pas de restriction... les handicaps sont de tous genres, physiques et psychiques* » (AS 5). Les besoins des résidents concernent les aides aux actes de la vie quotidienne (toilettes, repas, habillage, déplacements), mais aussi le maintien d'une vie sociale à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Il est d'ailleurs intéressant de noter que lorsqu'on les interroge sur les besoins des résidents, aucun des 6 interviewés n'a cité spontanément le maintien de la vie sociale. Pourtant, au cours de l'entretien, ils ont tous à un moment ou à un autre soulevé cette problématique : « *il y a peu de sortie... que faire avec une seule animatrice pour deux bâtiments...une personne âgée peut se sentir vite seule...elles peuvent se renfermer* » (AS 5). La culture hospitalière de ces deux structures (toutes les 2 au sein d'un CH) est peut-être une explication à ce phénomène : « *c'est vrai que pour les soins de base, on est sans doute nettement meilleur que pour les accompagnements relationnels et les activités* » (IDE 4). Cette culture se retrouve également quand une AS annonce : « *si après avoir insisté, on n'y arrive pas... ben on la fait (la toilette)... on va quand même pas laisser la personne sans se laver* ».

Du côté des résidents, nous avons pu remarquer combien ils se disent satisfaits. Un réel sentiment de satisfaction ? La peur de dénoncer ? Sans doute sont-ils aussi issus « *d'une génération qui ne se plaint pas et qui n'en parle pas de peur d'être puni* » ?⁵³

B) Un manque de temps auprès du résident selon les soignants

L'ensemble des agents interviewés met en avant le manque de personnel qui, selon eux, s'il était épongé, permettrait de « *passer plus de temps avec le résident et de faire du meilleur travail* » (AS 6). Ils citent d'ailleurs régulièrement le manque de personnel dans les causes de maltraitance. Ce ressenti peut-être à l'origine de syndrome d'épuisement professionnel, du non respect de l'autonomie recherchée chez le résident et du manque d'adaptation de l'institution au résident ou de conflit au sein des équipes.

Le manque de temps est d'ailleurs régulièrement utilisé pour expliquer des dysfonctionnements (le mot « maltraitance » n'a jamais été prononcé spontanément) : « *si on prend plus de temps avec une personne, une autre sera lésée* (AS 8)... *pour les*

⁵³ CUDENNEC T., ROGEZ E., juin 2007, « La maltraitance des personnes âgées ». *Soins Gériatrie*, n°65, p13.

personnes qui n'aiment pas les douches, j'aimerais pouvoir faire des bains mais...le temps (AS 5)... si quelqu'un n'a pas mangé et qu'on ne le voit qu'à la fin... on doit débarrasser puis faire la vaisselle parce qu'après y'a l'équipe de nuit qui arrive (AS 6)...ou encore...déjà s'il y a un problème dans la matinée... pour rattraper, c'est sûr qu'on fait plus à la place des gens (AS 8) ». Et comme tout le monde ne gère pas son temps de la même façon, des conflits apparaissent « si tu prends ton temps pour les toilettes, à la fin comme t'es à la bourre, tu passes pour la honte...comme quoi tu ne fais pas bien ton travail ...alors concrètement, si tu es avec quelqu'un qui prend le temps, tu prends le temps, si tu es..... parce que sinon ça fait des histoires (AS 6)». Et comme le souligne Bruno DESWAENE : « la relation des professionnels entre eux est sans doute le facteur principal de maltraitance institutionnelle »⁵⁴.

Ce manque de temps quantitatif ou qualitatif (la non qualité d'écoute est souvent justifiée par le manque de temps...) est une difficulté pour le cadre, est culpabilisant pour les équipes et dommageable pour les résidents. La lourdeur des charges de travail dans ces EHPAD n'est évidemment pas à remettre en cause mais ne peut-être envisagée de façon isolée sans évoquer la connaissance des résidents, leurs besoins, la connaissance des missions de chacun, l'utilisation de matériels adaptés, la coordination des équipes, les relations avec les familles ou encore les priorités de l'établissement qui sont des paramètres qui vont influencer largement la qualité du temps passé auprès du résident. Pour cela, il nous faut tenir compte de la souffrance à demi exprimée des soignants.

C) Des difficultés qui font souffrir le personnel, souvent en silence

Nous avons vu que la charge de travail et le manque récurrent de moyens humains étaient souvent évoqués mais ces éléments ne sont pas les seuls à l'origine de la souffrance des personnels travaillant en EHPAD.

Les soignants souffrent de l'agressivité des résidents, qui parfois ne comprennent plus les situations, et souvent ont des difficultés à effectuer leur « travail de vieillir », et à envisager leur propre mort. Outre ce contexte difficile, il est intéressant de noter que travailler en gériatrie, où les phénomènes de vieillesse et de mort sont inéluctables, c'est aussi pour les soignants envisager « un sentiment de culpabilité et d'incompétence »⁵⁵. Par ailleurs, « à l'instar de l'image de la vieillesse dans la société, le travail en gériatrie se trouve dévalorisé »⁵⁶. C'est ce qu'indique l'infirmière n°4 : « ce n'est pas terrible au niveau de la reconnaissance en gériatrie... chaque fois qu'on envoie un résident aux urgences, ils nous appellent même si le dossier est bien rempli... ils ne le lisent même pas et

⁵⁴ DESWAENE B., op.cit.

⁵⁵ DAGENS M., aout 2010, Souffrance en gériatrie et accompagnement du cadre de santé. *Soins Gérontologie*, n°84, pp 30-32.

⁵⁶ Ibid.

mettent quelquefois nos observations en doute ». Comme le souligne Marielle DAGENS, le « cure » est beaucoup plus favorisé que le « care » dans la société actuelle.

Mais outre ce problème de reconnaissance générale, les personnels interviewés évoquent abondamment un manque de reconnaissance de leur hiérarchie et disent pour la moitié d'entre eux que « *la reconnaissance, elle vient des familles* ». Ainsi de « *je ne me sens pas du tout soutenu (AS 6)* » à « *on n'est pas tellement écouté, à tel point que je me suis mis au syndicat (AS 8)* » ou encore « *soutenu ? Reconnu ? ... pas vraiment...ça dépend si le sujet l'intéresse* » (AS 6). Les signes de reconnaissance ou « strokes » nourrissent pourtant la relation et alimentent la bienveillance selon M.O RIOUFOL⁵⁷.

Mais malgré ces paroles récupérées au cours des entretiens, à la question : « *êtes-vous satisfait dans votre travail ?* », l'ensemble des personnels a répondu « *oui* » laissant à penser que leur souffrance était masquée ou gérée.

Le dernier point commun aux deux EHPAD concerne la démarche qualité initiée pour la signature des conventions tripartites.

D) Une dynamique qualité initiée mais insuffisante

La signature des conventions tripartites, plans d'actions pour les établissements, pour les cinq années à venir, est conditionnée par la mise en place et le suivi de la démarche qualité au sein des EHPAD. Dans les deux établissements, aux dires des cadres et à la lecture des documents de convention, un gros travail a été réalisé (surtout pour la signature de la deuxième convention) pour élaborer les actions à mettre en place pour les cinq prochaines années. Des groupes de travail thématiques se sont réunis pour réaliser l'évaluation ANGELIQUE qui a constitué le socle du travail. La signature de la convention avait d'ailleurs permis d'obtenir des moyens importants pour les deux structures.

Pourtant aujourd'hui, aucune des personnes interviewées n'a su répondre à la question suivante : « *l'établissement a-t-il mis en place la démarche qualité ?* ». En effet, tel un soufflet, la dynamique instaurée par l'évaluation ANGELIQUE est retombée assez vite, faute d'avoir été entretenue, mais surtout d'avoir été initiée avec comme but principal la signature de la convention. Ce constat nous amène alors une remarque : l'instauration de la culture de la bienveillance étant indissociable de la démarche qualité suivie dans un établissement, il apparaît intéressant de se servir de cet écueil pour aborder la dynamique de la prévention de la maltraitance de la promotion de la bienveillance.

Voyons maintenant les éléments communs aux trois structures quant à la prévention de la maltraitance.

⁵⁷ RIOUFOL MO., op.cit.

2.2.3 Des paramètres communs aux trois structures

A) En matière de Gestion des Ressources Humaines

A ce jour, les rôles distribués au sein de la direction commune ne sont pas formalisés et sont donc méconnus par les personnels. En effet, la direction commune des trois établissements est en place depuis six mois et son organigramme est aujourd'hui attendu par tous. Les cadres ne savent pas toujours à quel interlocuteur ils doivent s'adresser et cela retarde parfois des prises de décisions. Les personnels ne sont pas toujours au courant de la nomination d'un directeur du pôle médico-social ou ne le connaissent pas : 2 agents interviewés de la MAS emploient, lors de l'entretien, le mot directeur pour évoquer le cadre socio-éducatif. Il faut alors signaler que le directeur nommé au sein du pôle est encore à ce jour très présent au sein d'un des trois établissements, à la fois pour des raisons institutionnelles pratiques (il est le seul de l'équipe de direction à avoir son bureau sur le site et reste donc disponible pour l'ensemble de son CH) mais aussi pour des raisons d'adaptation (cet établissement est celui où il occupait la fonction de directeur avant la signature de la convention de direction commune). Ainsi, à ce jour, la direction est trop peu présente sur deux des trois sites pour « *exprimer dans les faits sa détermination dans la démarche* »⁵⁸ ou encore pour « *remettre le projet politique au centre des pratiques institutionnelles et entre tous les acteurs* »⁵⁹.

Le plan de formation dont bénéficient les agents de la MAS et des deux EHPAD est le plan global de chacun de leur CH. Cela signifie qu'en dehors de formations individuelles (congrès, séminaires), les formations institutionnelles (de type prévenir la maltraitance) sont dispensées au sein des CH pour des groupes comprenant des agents du CH et des agents des ESMS. Or, si une sensibilisation à la thématique peut être réalisée pour les deux populations en même temps, les formations concernant les bonnes pratiques sont difficiles à envisager de façon commune tant les problématiques peuvent être différentes entre un hôpital et un lieu de vie.

Il n'existe pas à ce jour au sein des trois établissements de politique de prévention de l'usure professionnelle. Certes, les rythmes de travail ainsi que les horaires paraissent adaptés pour l'ensemble des 9 personnes interviewées, certes les affectations respectent « *quand c'est possible* » (1 cadre) les desideratas des agents mais ces mêmes agents se plaignent parfois d'un manque de reconnaissance : « *on nous dit quand il y a une bêtise de faite mais quand le travail est bien fait, rien...et que dès qu'il y*

⁵⁸ GRELET L., 2005, *La lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées : quelle politique pour le Directeur des Soins*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 56 p.

⁵⁹ JANVIER R., 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris : Dunod, 200p.

a une erreur » (AS 8) ou encore « de toute façon, le médecin ne nous fait pas toujours confiance » (IDE 4). D'autre part, les lieux d'expression où les agents peuvent soulager certaines souffrances ne sont pas mis en place : « on aimerait pouvoir en parler » ou « la psychologue qui devait venir pour des groupes...ça n'a jamais pris » (IDE 4). Enfin, il n'existe pas de réflexion au sein des structures quant aux conditions de travail des agents de ces ESMS. Il semblerait pourtant que « la maltraitance du soignant est symptomatique de sa souffrance : faire mal quand on a mal »⁶⁰ et que donc prévenir l'épuisement professionnel soit un axe prioritaire de la lutte contre la maltraitance.

B) La thématique de maltraitance est méconnue, tue mais présente et inconsciente

La notion de maltraitance (comme celle de bientraitance) est plutôt mal connue des personnels. Ainsi ces derniers hésitent beaucoup, se répètent et se contredisent pour évoquer cette thématique : « euh...c'est très général » et plus loin « ça peut être des tous petits trucs » (AMP 2). Pour la plupart d'entre eux, ils terminent leur réponse par « c'est ça non ? ». En ce qui concerne la bientraitance, ils l'associent à l'opposé de la maltraitance ou avouent ne pas savoir en parler.

La thématique est souvent tue ou alors on en parle comme quelque chose qui n'arrive qu'aux autres ou encore « dès fois on en rigole » (AMP 2). Spontanément, aucune personne interrogée, ne parle de maltraitance dans les pratiques qu'elles peuvent observer au sein de leur structure : « je n'ai jamais vu ici » (IDE 4), « pas dans mon unité » (AMP 2). Rosette MARESCOTTI⁶¹ met en évidence que c'est principalement le poids de l'équipe qui renforce la loi du silence avec la peur des représailles et le principe de solidarité entre collègues. Mais à mesure que l'entretien avançait, que la confiance s'installait, les agents ne tenaient plus tout à fait le même discours.

« **Si on est maltraitant, on ne le sait pas** » affirment les agents interviewés. Et bien avant d'avoir reconnu l'existence de situations de maltraitance, ils évoquent naturellement, en racontant leur quotidien, des situations limites : « si vraiment il ne veut pas, on le lave... on ne va pas le laisser sans le laver », « s'il n'a pas mangé, on ne peut pas réchauffer...si on le fait pour un... ». Ces situations sont appelées « maltraitements institutionnelles ». Elles sont présentes, l'organisation de la structure, la routine, en sont les principales causes mais les agents n'en sont que très rarement conscients. Reste qu'en fin d'entretien, la plupart des agents reconnaissent, qu'à un moment donné, ils peuvent être maltraitants : « je pense que quelquefois on l'est : oublier une sonnette pour quelqu'un qui en a besoin ou discuter avec une collègue pendant une toilette... ».

⁶⁰ DAGENS M., op.cit.

⁶¹ MARESCOTTI R., op.cit.

Il ne s'agit pas ici de devenir culpabilisant mais de reconnaître (au sens ne pas nier) ce que routine et organisation collective au service d'une personne peuvent engendrer.

C) Des pratiques jugées routinières et qui varient selon les équipes

Sept agents sur neuf pensent que leur travail est routinier : « *on fait toujours la même chose aux mêmes heures* » (AS 8). Cela laisse à penser que les agents se représentent que la toilette ou l'aide à la toilette de Mme X du lundi sera identique les jours suivants et correspondra systématiquement à la même réponse apportée aux mêmes besoins. Ce type de routine qui engendre action sans réflexion et donc un comportement potentiellement maltraitant a besoin d'être « *entretenu* »⁶². Car bien qu'utile et sécurisante, la routine peut devenir préjudiciable au résident par manque d'innovation et de dynamisme. Charge à l'institution et aux agents « *c'est la routine, mais c'est pas gênant pour le moment, charge à nous de la réinventer sans cesse* » (IDE 7), de l'entretenir par des projets novateurs et des réflexions qui intègrent l'usager comme sujet.

Autre caractéristique qui apparaît très nettement : **les pratiques diffèrent selon les équipes** : « *il y en a qui vont chercher à argumenter auprès de la personne, d'autres disent, vous ne voulez pas et ben j'le fait* » (AS 6) ou « *qui définit le niveau d'aide ? euh ben ça dépend des équipes* » (AS 5). Mais est-ce un mal que les pratiques ne soient pas identiques ? Dans l'absolu, bien sûr que non. Les concepts de qualité ou de bientraitance n'ont jamais prétendu vouloir instaurer des pratiques standardisées jusqu'à la plus petite échelle. La bientraitance est au contraire une « *démarche ouverte* »⁶³ et la qualité est davantage une question qu'une réponse qui « *elle empêcherait le débat nécessaire* »⁶⁴.

Par contre, ce constat appelle deux remarques : d'une part, il est difficile de dire si ces différences de pratiques permettent de préserver la cohérence des prises en charge sachant que « *c'est super important qu'on fasse la même chose avec eux sinon ils ne comprennent pas et ils clashent* » (AMP 3) ? Et d'autre part, une pratique différente deviendrait délictueuse si elle n'était pas discutée et décidée en équipe tant les « *expérimentations individuelles sont source de conflits et peuvent constituer de véritables passages à l'acte* »⁶⁵. La volonté de faire autrement peut pourtant se comprendre tant les professionnels disent rencontrer des situations « impossibles ».

D) Une adaptation au résident pas toujours possible d'après les personnels

Il est une constante retrouvée dans les entretiens, les difficultés extrêmes des personnes avec certains usagers. **Tous racontent une situation où ils se trouvent**

⁶² DUAULT L., octobre 2008, « Comment soutenir et accompagner les soignants face à la routine dans les soins en gériatrie ? ». *Soins Gérontologie*, n° 73, pp 11-13.

⁶³ PELLISSIER J., op.cit.

⁶⁴ JANVIER R., op.cit.

⁶⁵ DESWAENE B., op.cit.

démunis, sans solution : pour l'une, « *la dame avec la démence frontale, on n'arrive pas du tout, elle refuse tout* » (AMP 6), une autre qui refuse la perfusion et qui se déshydrate, un refuse de se laver, un autre qui devient agressif sans que personne ne comprenne...

Outre ces cas particuliers et heureusement marginaux, leur désarroi grandit lorsqu'ils évoquent **l'impossibilité dans certaines situations de s'adapter au résident**. Les professionnels attribuent ces différents cas au manque de temps ainsi qu'aux contraintes posées par le fait de vivre en collectivité : « *le rythme du résident... quand on est seul comme le week-end, on peut pas le respecter, c'est pas possible, on a deux heures pour le lever et les toilettes des dix* » (AMP 2) ou encore : « *un résident qui veut aller à la sieste et qu'on doit recoucher... il attend dans sa chambre qu'on passe* ». Pas question pour nous de poser le moindre jugement sur ces pratiques sans avoir participé aux réflexions collectives relatives à ces organisations. Mais, la commission d'enquête du rapport au Sénat⁶⁶ : Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence avait, en 2002, noté « *dans certains cas, un indéniable problème de hiérarchie des priorités de la part des responsables d'établissement* ».

Au sujet de la hiérarchie des priorités, une professionnelle insiste d'ailleurs durant l'entretien sur l'ambiguïté de la problématique : « *le matin, on fait en sorte qu'un maximum vienne petit-déjeuner en salle à manger, pour maintenir l'autonomie mais ça nous arrange aussi bien de ne pas servir en chambre* » et plus loin « *certaines résidents, très souillés, ont des toilettes très tôt... c'est pour des raisons d'hygiène... mais les filles... elles veulent aussi commencer par les toilettes les plus lourdes* ». Cela renforce l'idée d'Alice CASAGRANDE (que nous partageons d'ailleurs complètement) selon laquelle, « *éviter la maltraitance passe d'abord et avant tout par la présence d'un cadre sur le terrain* »⁶⁷.

Après avoir identifié et analysé les principales caractéristiques des trois structures, nous allons maintenant tenter d'en dégager des tendances qui orienteront la structuration du plan de prévention de la maltraitance au sein du pôle.

2.2.4 Les grands enseignements à tirer de notre enquête

A) Quant à nos sous-questions initiales

Tout d'abord, il faut se rendre à l'évidence, **la loi du silence pèse encore d'un poids considérable et de même intensité sur les structures**. Tous les agents, sauf un, ont réfuté avoir assisté à des situations de maltraitance. Trois personnes qui évoquent la « *mise à pied d'un collègue pour maltraitance* » faisant fi de ce qu'a pu révéler l'enquête administrative, mettent plutôt en avant une dénonciation calomnieuse. La seule personne

⁶⁶ Op.cit.

⁶⁷ CASAGRANDE A., op.cit.

qui raconte des actes qui lui évoque de la maltraitance, ne dit rien dans le service « *pour ne pas faire d'histoire* ». Le tabou devra pourtant être levé et c'est « *dans la mémoire vive du risque toujours réel de maltraitance que prendra corps la bientraitance* »⁶⁸.

En ce qui concerne **les besoins des populations âgées et handicapées accueillies, ils sont effectivement spécifiques**. Ils engendrent des réponses différentes tenant compte d'histoires de vie singulières. Pourtant la démarche collective qui permet de passer de l'identification des besoins à l'individualisation de la réponse est la même et le questionnement permanent que réclame la démarche de bientraitance est, au moins sur le plan théorique, le même. Aussi, nous pensons que les formations de type sensibilisation à la maltraitance ou à la bientraitance peuvent être communes aux trois structures, au contraire, les échanges ne seront qu'enrichissants. Par contre, quand sera venue l'étape indispensable de réflexion sur les pratiques, nous préconisons que chaque groupe professionnel travaille de façon spécifique tant les problématiques sont parfois différentes et la notion de bientraitance à réinventer selon le contexte.

Pour la troisième sous-question, nous pouvons affirmer **qu'aucune des structures n'a mis en place une véritable politique de lutte contre l'épuisement professionnel**. Certes, des initiatives quant aux affectations, à la prévention des lombalgies ou encore aux entretiens d'évaluation en sont les prémices mais les établissements n'ont pas encore pris à bras le corps la problématique des relations entre « burn out » et maltraitance alors que le soignant est peut-être « *le cas typique du maltraitant maltraité* »⁶⁹.

Enfin, **même si la démarche qualité a été initiée dans les deux EHPAD** lors de l'élaboration des conventions tripartites, les pratiques d'évaluation, les plans d'actions, les référentiels, l'amélioration continue ne sont pas (loin s'en faut) des notions qui peuvent être qualifiées de culturelles. Là non plus, les niveaux d'approche différents de la thématique qualité (différente mais en lien avec la bientraitance) ne devraient pas être un frein, au moins pour ce qui est des premiers apprentissages.

B) Quant aux notions de maltraitance et de bientraitance

Les deux notions sont en général encore floues pour les professionnels. Il est pourtant important qu'ils s'approprient le concept de maltraitance tant il est inacceptable mais aussi parce qu'il permet la mémoire du risque. Certes, parler de maltraitance est

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ TERREAU C., juin 2007, « Epuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution ». *Soins Gérontologie*, n° 65, pp. 37-40.

parfois culpabilisant mais ce n'est pas en masquant le phénomène que les institutions le préviendront efficacement.

En ce qui concerne le terme de bientraitance, nous sommes beaucoup plus mesurés. D'abord parce que la notion est très floue, ensuite parce que, comme beaucoup de nouveaux mots à la mode, « *elle donne l'impression d'être née en un jour et sera vidée de son sens au fur et à mesure qu'elle sera davantage employée* »⁷⁰, enfin parce que le suffixe « bien » par opposition à celui de « mal » favorise l'idée selon laquelle il suffirait de ne pas maltraiter pour « bientraiter », ce qui n'est évidemment pas le cas. C'est ainsi que nous proposons plutôt de promouvoir le bien-être de l'usager. Ce concept est sans doute plus simple et évoque moins l'idée d'une bientraitance faite d'une succession de recettes.

C) Quant au contexte hospitalier dans lequel baignent les trois structures

Les trois établissements ont la particularité de se trouver au sein de CH. Les personnels proviennent pour bon nombre d'entre eux de l'hôpital, les formations sont parfois communes, les procédures qualité sont les mêmes, les circuits logistiques, les agents logistiques.... Et l'hôpital a parfois déteint sur la structure médico-sociale (notamment dans les EHPAD) : trois agents sur six des EHPAD parlent de patients et les fameux « *tours* » sont organisés comme ils le sont dans les services hospitaliers (toilette, changes, médicaments). Alors, ne peut-on pas considérer que ce contexte favorise le fait que les deux EHPAD voient se développer davantage une culture du lieu de soin qu'une culture du lieu de vie. Certes, les entrées en institution sont aujourd'hui retardées avec le développement du soin à domicile et les « entrants » sont sans doute plus dépendants et polypathologiques qu'il y a encore vingt ans mais les agents interrogés soulignent tout de même tous « *qu'il y a finalement peu de sorties* » (IDE 7), qu'« *ils réclament parce qu'il n'y a pas d'animation le week-end* » (AS 8) ou bien encore que « *les résidents trouvent parfois le temps long* » (AS 5). Un des axes du Projet d'Etablissement de la MAS (il s'agit pourtant de la structure la moins concernée) prévoit d'ailleurs de « *cultiver, au sein du CH, la spécificité médico-sociale de la structure* ».

D) Quant au rôle des managers

Avec des mots et des ressentiments différents à leur égard, tous les interviewés reconnaissent l'importance de la fonction de cadre de proximité. « *Parce qu'il nous soutient, nous aide, nous reconnaît dans notre travail ou parce qu'il est trop dans son bureau et en réunion* », le large rayon d'action du cadre est reconnu par tous. Le cadre est celui qui doit animer, contrôler, soutenir, valoriser : « *son engagement est aussi le moteur de celui des professionnels* »⁷¹, mais il est aussi celui qui doit rappeler à l'ordre et

⁷⁰ PELLISSIER J., op.cit.

⁷¹ ANESM., 2009, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy : Bialec, 48p.

éventuellement demander des sanctions. Tout cela pour un seul homme ! Sans doute a-t-il aussi, de sa position que Michel CROZIER qualifie de « *marginal sécant* »⁷², le droit d'être soutenu. A l'image des prérogatives du cadre vis-à-vis du personnel, le directeur se doit de guider, valoriser et soutenir celui avec qui il formera un binôme fort important dans la prévention de la maltraitance aussi bien la cohérence de leurs actions que dans l'engagement qu'ils mettront dans la démarche.

Pour renforcer notre idée que les fonctions de management sont majeures dans la prévention de la maltraitance, nous citerons un passage de la recommandation sur les missions des responsables d'établissement qui évoque pourquoi cette recommandation s'adresse tout particulièrement à eux : « *Ils sont privilégiés en raison de l'impact décisif qu'un management défaillant peut avoir en matière de maltraitance institutionnelle* ».

Au total, l'ensemble des informations que nous avons recueillies ainsi que les enseignements que nous en tirons au regard de nos lectures, discussions et réflexions nous amènent à proposer un plan de prévention de la maltraitance et de recherche du bien-être des résidents au sein du pôle médico-social constitué des trois structures.

Synthèse de la deuxième partie : Elle consistait à établir un diagnostic des trois structures en matière de prévention de la maltraitance. Pour cela, nous avons utilisé à la fois, nos observations réalisées en stage dans les structures, une analyse des documents institutionnels les concernant, un référentiel « *bientraitance* » que nous avons élaboré après avoir étudié les deux thématiques associées dans le cadre de notre première partie mais aussi des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'agents des trois établissements.

Il ressort de ce diagnostic des particularités spécifiques à la MAS mais aussi aux deux EHPAD qui seront d'ailleurs traitées simultanément dans la suite du travail. Ces particularités sont liées aux populations accueillies, à l'encadrement, aux conditions de travail, à la lourdeur des prises en charge (plus difficiles psychologiquement à la MAS).

Mais, quelques points communs sont retrouvés dans les trois structures. En effet, on note l'absence d'un organigramme de la direction commune, l'absence de plan de formation spécifique aux structures médico-sociales (les agents bénéficient du plan des CH), une politique de prévention de l'usure professionnelle à renforcer, une méconnaissance globale des deux thématiques étudiées, des pratiques jugées routinières par les personnels ainsi que l'évocation par ces derniers, de situations (dans l'accompagnement des résidents) devant lesquelles ils se retrouvent démunis et sans solution. Les principaux enseignements retirés de cette enquête concernent notamment la prégnance du contexte hospitalier sur les structures, le poids encore important de la loi du silence, l'importance de l'encadrement mais aussi le nécessaire renforcement des démarches qualifiées dans chaque établissement.

⁷² CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 500p.

3 LE PLAN DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DE PROMOTION DU BIEN ETRE DES RESIDENTS

Ce plan correspond à la commande initiale de la direction commune des trois CH. Il reste bien évidemment ouvert aux propositions aussi bien de la direction, de l'encadrement ou des personnels, lorsque le projet leur aura été présenté. Quelques remarques préalables à sa présentation nous paraissent intéressantes afin d'en faciliter la compréhension :

- notre volonté a été d'élaborer un plan simple et pragmatique, facilement compréhensible pour l'ensemble des personnels tant sur le plan théorique que lors de sa concrétisation
- les grands principes du plan sont valables pour les trois structures
- la notion de bien-être a été préférée à celle de bientraitance car elle apparaît plus « parlante » pour les équipes et ne présente pas l'inconvénient de donner l'impression d'être née du jour au lendemain
- la formation de l'encadrement quant aux notions de maltraitance, bientraitance et démarche qualité doit être commune
- la formation (hormis formation-action) du personnel, quant à ces thématiques peut l'être aussi
- le reste demeure à l'échelon local tant la démarche de bientraitance est aussi une adaptation aux locaux, à l'histoire de l'établissement, au projet d'établissement des CH, mais aussi parce qu'il est sans doute trop tôt (la direction commune n'a que quelques mois) pour envisager des projets communs engageant l'identité des établissements telle une logique de fusion
- enfin, certaines propositions ne sont pas applicables aux trois structures, notamment lorsque l'une d'entre elles l'a déjà mise en place (exemple le PE de la MAS).

Ce plan, **dont une fiche synthétique est présentée en annexe 3**, propose quatre axes principaux (briser la loi du silence, renforcer l'accompagnement des équipes, structurer la démarche d'amélioration continue des prestations et enfin renforcer la vie sociale et l'ouverture des structures sur l'extérieur) qui seront déclinés par la suite. Mais d'abord, le moment est venu de souligner le rôle prépondérant que doivent jouer la direction et l'encadrement dans l'instauration du climat propice à la réussite de la démarche.

3.1 Direction et encadrement : deux pièces maîtresses dont la posture conditionne la réussite du plan

La recherche du bien être du résident est un esprit, une culture. Vouloir la promouvoir nécessite de la part du directeur et de l'encadrement des principes éthiques, de la neutralité et de l'exemplarité mais aussi une présence adaptée sur le terrain.

3.1.1 Engagement, justice et responsabilité du management au service de la lutte contre la maltraitance

L'**engagement** réel du directeur et du cadre dans la démarche se traduit par des convictions sur lesquelles les équipes ne doivent avoir aucun doute⁷³. C'est-à-dire que l'ensemble du personnel doit parfaitement connaître le positionnement du management quant à la prévention de la maltraitance. Cette posture de la part des managers, même incarnée dans leurs faits et gestes quotidiens, doit pourtant être renforcée notamment lors des communications institutionnelles qui s'y prêtent. Les agents de la MAS soulignent d'ailleurs spontanément le fait qu'ils connaissent parfaitement la position de leur cadre au sujet de la maltraitance : « *au moins c'est clair, il en reparle régulièrement* » (ME 1). Au-delà de la connaissance des positions du management⁷⁴ par les agents, la prévention de la maltraitance nécessite également que les responsabilités soient clairement établies.

Ainsi, l'encadrement doit parfaitement connaître ses **responsabilités** en matière de lutte contre la maltraitance. Les incertitudes doivent donc être levées entre la direction et l'encadrement : « *je ne sais pas trop si c'est moi qui doit faire...si je dois signer* » (un cadre). Les situations de maltraitance étant souvent complexes, il est nécessaire que les responsabilités initiales puissent en faciliter les éclairages. Au regard du positionnement du directeur sur trois sites, celui-ci pourrait établir avec chaque cadre de site les responsabilités qui leur incombent en matière de prévention de la maltraitance et de promotion du bien être des résidents. A l'image du cadre de proximité garant de la qualité des soins dans le sanitaire, les cadres des trois établissements doivent être clairement positionnés comme garant du bien-être des résidents.

Le troisième principe éthique sur lequel doit se fonder l'action du management de l'établissement est celui de **justice**. En effet, surtout dans le cadre de la thématique

⁷³ Op.cit 69.

⁷⁴ Il est ici fait référence à l'ensemble des managers de la structure et les médecins coordonnateurs des EHPAD ainsi que celui intervenant à la MAS sont évidemment concernés.

souvent culpabilisante, il est important que l'exercice de l'autorité puisse se faire de façon « juste ». En effet, les agents interviewés regrettent parfois de n'être interpellés que « *lorsqu'une bêtise a été faite* » et peuvent ressentir l'injustice de ne pas l'être au moment où ils pensent mériter des félicitations. Etre juste, c'est aussi prendre du recul par rapport à certaines situations avant de porter un jugement (« *la première fois que j'ai vu le nouveau directeur, il m'a dit que j'étais maltraitante...mais il ne connaissait même pas le contexte* »). Sans prétendre porter un quelconque jugement sur ces dires (ne connaissant pas le contexte !), il nous paraît important de plutôt mettre l'accent sur le devoir de neutralité et d'exemplarité du management.

3.1.2 Pour un management neutre et exemplaire

Pas question d'entendre : « *à l'infirmière on ne lui dit rien* » (AS 8) ! Le principe de neutralité se fonde selon Alice CASAGRANDE sur deux règles⁷⁵ : les remarques ne doivent pas être faites à certains plus qu'à d'autres (notamment en fonction du poste ou de l'ancienneté) et elles doivent être indépendantes de l'humeur de l'encadrement. Nous ajoutons même que les remarques faites hors période de crise sont souvent les mieux entendues.

Il est par ailleurs important de souligner le devoir de neutralité du management puisqu'il pourrait par mimétisme parasiter les pratiques de certains agents si l'on considère que « *toute règle transgressée par l'encadrement dans sa relation aux équipes se verra transgressée par ce dernier dans leur relation aux résidents, à un moment ou à un autre, tant il est vrai que l'exemplarité fonctionne au sein d'un groupe dans le meilleur comme dans le pire des sens* »⁷⁶. En pratique, ce principe d'exemplarité traduit le fait que le cadre qui arrive en retard aura du mal à exiger de ses équipes qu'elles débloquent les toilettes à l'heure et que le cadre très soucieux, dans ses actes quotidiens, du bien-être des résidents aura plus de facilités à sensibiliser son équipe à la thématique de la bientraitance.

Pour se montrer juste, engagé, neutre et exemplaire, l'encadrement, au sens large, a besoin de connaître les situations de travail, de sentir les ambiances dans les équipes et d'échanger avec les résidents et leurs familles.

⁷⁵ CASAGRANDE A., op.cit.

⁷⁶ Ibid.

3.1.3 Une présence adaptée aux missions et aux situations

En ce qui concerne **les cadres de proximité**, les agents soulignent combien ils apprécient ou apprécieraient qu'ils soient le plus souvent possible à leurs cotés : « *je trouve qu'un cadre c'est pas fait pour rester dans un bureau à faire des plannings* » (AS 8) ou « *il connaît les problèmes car il est souvent dans les maisons (AMP 2)* ». Les cadres de terrain doivent accompagner, aider, poser des limites mais ils doivent aussi et surtout permettre les initiatives et la créativité des équipes. Ne dit-on pas souvent d'un bon cadre qu'il est celui dont l'unité est bien tenue en son absence.

Dans d'autres circonstances, le cadre doit au contraire, afin de protéger ses équipes, « *se mettre en avant pour gérer les situations les plus difficiles avec une famille* »⁷⁷.

Pour le directeur, exerçant sur les trois structures, la première difficulté qui va s'offrir à lui est la gestion du temps. En effet, il va lui falloir trouver une organisation lui permettant d'assurer une présence très régulière (à défaut d'être continue) dans chacune des structures. Une étude de Stéphanie GARCIA avait d'ailleurs montré qu'aussi bien du côté des professionnels que des résidents et des familles, leurs deux principales attentes (et de loin) pour qu'un directeur soit « bientraitant » étaient l'écoute et la présence⁷⁸. Certains associeront sans doute présence à contrôle, nous pensons de notre côté, outre que le contrôle soit nécessaire, que si la posture du directeur est suffisamment claire et permanente, ces critiques ne sauraient être majoritaires.

Cette présence est aussi une façon de « respirer » l'ambiance de travail qui, en plus des indicateurs classiques comme le turn-over des personnels et l'absentéisme, est aussi un bon marqueur des situations à risque.

C'est seulement dans ce type de contexte, dans lequel les responsabilités sont définies, l'autonomie mais aussi le contrôle des équipes effectifs et le management présent, engagé et exemplaire, que la démarche pourra s'engager. Elle visera tout d'abord à faire de la maltraitance un risque, identifié et reconnu par tous, pouvant faire l'objet dans les structures, de démarches collectives de prévention.

⁷⁷ COMPAGNON C., GHADI V., 2009, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé-étude sur la base de témoignages*, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

⁷⁸ GARCIA S., 2002, *La bientraitance des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 98 p.

3.2 Briser la loi du silence qui entoure la notion de maltraitance

L'objectif est ici de participer à la levée du tabou et de favoriser l'expression des usagers, des familles et des personnels en leur donnant les informations nécessaires à la compréhension et au signalement du phénomène.

3.2.1 L'information des usagers, des familles et des tuteurs

Il serait bien prétentieux de prétendre que la seule action d'un établissement en matière de communication aux usagers et à leurs proches⁷⁹ sur la thématique de la maltraitance puisse balayer définitivement le tabou. C'est en effet aussi le changement de regard de la société toute entière sur ce concept qui permettra un jour d'en parler librement. Cependant, cette conviction ne doit pas empêcher chaque établissement d'apporter sa pierre à l'édifice en favorisant les informations et les échanges avec les usagers et les familles.

Nous proposons donc, afin de renforcer la mémoire du risque, de multiplier les occasions de voir, parler, échanger, lire autour de la lutte contre la maltraitance dans l'établissement.

Ainsi, les familles pourraient faire systématiquement l'objet, dès les préparatifs de l'admission (ou à l'admission si cela n'est pas possible), d'informations concernant la notion de maltraitance mais aussi la politique de l'établissement quant à sa prévention. Pour cela, l'établissement peut envisager une information orale (action n°1) comme le prévoit la recommandation ANESM⁸⁰ mais aussi de donner à l'utilisateur et à ses proches un « vade-mecum de la prévention de la maltraitance à l'usage des proches des personnes accueillies en établissement » (action n°2) ainsi qu'un exemplaire de la charte du bien-être du résident dont nous reparlerons dans quelques lignes (action n°3c)

Pour compléter le dispositif d'informations et d'échanges avec les familles, nous proposons également d'afficher au sein de l'établissement, les informations concernant le dispositif d'écoute national 3977⁸¹ (action n°4) mais aussi de faire figurer à l'ordre du jour de chaque CVS un point relatif à la prévention de la maltraitance (action n°5).

Ceci devrait permettre, outre d'afficher la volonté de l'établissement de combattre et de prévenir la maltraitance, à l'environnement proche de l'utilisateur de ne plus manquer d'informations pour alerter, signaler ou lutter avec l'institution.

⁷⁹ Par proches, il faut entendre toute personne de l'entourage de l'utilisateur intervenant directement dans sa prise en charge : familles, tuteur et éventuellement amis.

⁸⁰ ANESM., 2009, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy : Bialec, 48p.

⁸¹ Voir en annexe 3

3.2.2 La nécessaire sensibilisation permanente des personnels

L'objectif est également de combattre le phénomène avec les personnels. Pour cela, la première étape consiste à le reconnaître, à considérer qu'il constitue un risque bien réel pour la structure. Même si cette approche de la thématique de la maltraitance pourrait « *ouvrir la voie à une réaction défensive des personnels* »⁸², nous considérons qu'il serait bien plus dangereux de retomber dans la figure du déni. Le travail pédagogique des managers sera alors de convaincre les personnels que considérer la maltraitance comme un risque dans les pratiques quotidiennes correspond davantage à une dynamique collective d'amélioration des prestations qu'à une politique culpabilisante visant à identifier des fautifs.

Aussi, il apparaît souhaitable de rappeler régulièrement, **à l'ensemble des personnels**, les principales caractéristiques de la maltraitance ainsi que les objectifs de chacun pour lutter contre ce fléau.

Pour cela, il est possible de faire figurer les missions de chacun en matière de lutte contre la maltraitance dans les différentes fiches de poste (Action n°6), de rappeler régulièrement, lors des entretiens individuels et des réunions d'équipe, les objectifs individuels et collectifs en matière de prévention (Action n°7) mais aussi de systématiser une information aux nouveaux arrivants ainsi qu'aux stagiaires. (Action n°8).

Afin de ne pas se cantonner à cette optique de la maltraitance, nous proposons également de faire élaborer par les équipes et les résidents (ou représentants) une charte du bien-être (Action 3a), de demander, même si cela n'a qu'une valeur morale (mais c'est déjà beaucoup), aux agents de signer individuellement cette charte (Action 3b).

L'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des usagers ayant désormais les informations nécessaires quant aux contours du concept de maltraitance, il est également souhaitable qu'il puisse connaître les circuits de signalement.

3.2.3 La procédure de signalement des situations de maltraitance

Cette procédure (Action n° 9) pourra mettre en avant que la législation actuelle vise le renforcement de la protection des personnes vulnérables mais aussi la protection des soignants ayant signalé une situation de maltraitance.

⁸² CASAGRANDE A., op.cit.

Il n'existe pas, à ce jour, de définition juridique de la maltraitance, elle ne constitue donc pas en elle-même une infraction de droit pénal, civil ou administratif et le juriste sera « *enclin à concevoir la notion de maltraitance comme un paradigme sémantique recouvrant, au cas par cas, un certain nombre de faits (actifs ou passifs) de nature à recevoir une ou plusieurs qualifications juridiques* »⁸³.

La procédure s'adressera à l'ensemble des personnels des trois structures (elle pourra donc être travaillée conjointement). Elle reprendra les principales références juridiques quant au signalement des situations de maltraitance :

- L'article 434-3 du Code Pénal qui stipule que quiconque ayant connaissance de privation ou de mauvais traitement sur mineur de moins de quinze ans ou sur personnes vulnérables et ne le signalant pas aux autorités administratives ou judiciaires, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.
- L'article 226-13 du Code Pénal qui stipule que la révélation d'une information à caractère secret (ce qui est le cas des soignants) par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.
- Mais surtout l'article 226-14 du Code Pénal qui indique que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.
- Enfin la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui renforce la protection des salariés ayant relaté des mauvais traitements ou des privations infligés à des personnes accueillies (cette protection concerne l'embauche, la rémunération, la formation, l'affectation).

Au total, il est important de faire émerger les idées que l'aide au résident ne peut passer bien souvent que par la révélation, mais aussi qu'un agent qui signale une situation de maltraitance ne risque juridiquement aujourd'hui plus rien, en dehors bien sûr d'une dénonciation calomnieuse.

Cette procédure devra également préciser les mesures de protection de la victime en s'assurant qu'elle est éloignée de l'agresseur, qu'un accompagnement spécifique sera

⁸³ FOURE PY., JAMOT M., LEURIDAN S., 2007, *Guide pratique Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et des institutions* : « Que faire face à la révélation d'une situation de violence » : FHF, 75p.

mis en place mais aussi que l'ensemble des agents intervenant auprès d'elle sera informé de cette nécessaire spécificité de la prise en charge.

En ce qui concerne l'auteur présumé, une mesure conservatoire de suspension pourra être prise par le directeur qui devra veiller à garantir les droits de la défense (présomption d'innocence et accès au dossier). Dans tous les cas, l'agent devra, lorsqu'il reprendra son poste (s'il le reprend) faire l'objet d'un accompagnement spécifique.

Si l'enquête administrative montre la vraisemblance des faits, le directeur de l'établissement informera les autorités de tarification ainsi que le Parquet⁸⁴.

Sur le plan de la communication, nous recommandons, le contraire serait incohérent avec notre volonté de briser le tabou, dans la mesure du possible, la plus grande transparence⁸⁵ vis-à-vis des personnels, des résidents et des familles ainsi que la mise en place de lieux de parole pour qui en ressent le besoin. Ainsi, le directeur pourra informer les équipes de la situation, du contexte, des faits, des étapes de la procédure, de ses décisions, du sens de ses dernières et de la réaction des familles. Ces échanges permettront de sécuriser les équipes mais aussi de prendre conscience de la situation en vue d'une analyse à chaud de ce qui a pu se passer⁸⁶.

Plus tard et à froid, l'analyse des causes sera réalisée et fera l'objet d'un plan d'action. Attention, il serait tentant de réaliser cette analyse avec seulement les principaux intéressés, mais la logique de transparence recherchée pour briser la chape de plomb qui pèse sur le phénomène de maltraitance ainsi que la volonté de progresser collectivement imposeront de réaliser cette analyse avec l'ensemble des équipes.

Cette volonté apparaît impérieuse au regard des différents entretiens tant la notion d'équipe est citée constamment (même lorsqu'elle est un peu virtuelle, elle rassure). Autant que les individualités, cette notion d'équipe doit faire l'objet d'une attention particulière.

3.3 La professionnalisation de l'accompagnement des personnels et de « l'équipe »

L'idée est ici d'assurer individuellement le soutien et la reconnaissance des agents, mais aussi de préserver et de renforcer la cohésion de l'équipe, ceci afin de prévenir l'épuisement professionnel et de développer les compétences individuelles et collectives que l'institution peut mettre au service de l'utilisateur.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES., 2005, *La maltraitance, j'en parle*.

⁸⁶ Op.cit 75.

3.3.1 Améliorer l'accompagnement des agents

En matière de GRH, il est courant d'entendre que les entreprises, pour être performantes doivent notamment être capables de « mettre » la bonne personne (sous-entendu compétente), au bon endroit (poste de travail), au bon moment (ni trop tôt à cause du manque d'expérience, ni trop tard à cause de la démotivation). Il en va de même au sein de nos trois structures.

Il est inutile de rappeler combien les charges de travail sont lourdes dans les établissements qui nous intéressent. Afin d'éviter des difficultés parfois prévisibles (pour l'agent, l'unité et/ou les résidents), il est d'abord du devoir des structures de « s'assurer que les personnes qui postulent ont bien conscience de la réalité de l'exercice professionnel »⁸⁷ en systématisant au cours de l'entretien d'embauche un diagnostic des représentations du candidat quant au travail dans le secteur concerné (Action n° 10).

Par la suite, les structures devront faciliter le développement des compétences de chacun des agents en prévoyant avec eux un plan personnalisé de formation (Action n°11). Les discussions autour de ce programme individuel de formation s'établiront notamment sur la base de la connaissance et de la compréhension des pathologies et déficits de la population prise en charge, des concepts de maltraitance et de bientraitance et de la gestion de l'impuissance que ressentent les soignants dans certaines situations. « *La violence surgit souvent quand le soignant n'a plus de solution à son problème* »⁸⁸ et nous avons pu remarquer au cours des entretiens combien chaque agent interviewé évoque longuement UN résident qu'il n'arrive pas à prendre en charge, selon lui, de façon satisfaisante. Il s'agit dans ce cadre pour les établissements d'aider les agents à surmonter certaines difficultés mais aussi, dans certains cas, les situations où ces difficultés seront insurmontables (et avant qu'il ne soit trop tard). Un agent annonce : « *de toute façon, quand il sera temps de partir, je le sentirai* » (AMP 2) mais ce n'est peut être pas le cas de tout le monde. Ainsi, il serait intéressant de mettre en place ce plan de mobilité en collaboration avec la Direction des Soins et la DRH de chacun des établissements.

Malgré ces bonnes intentions qui devront se décliner en actes, des difficultés inhérentes au travail dans le secteur médico-social demeureront et engendreront de la culpabilité chez les personnels. Charge aux établissements de mettre en place des dispositifs d'écoute ou de prise de recul pour qu'elle puisse être verbalisée.

Ainsi, afin de libérer la parole des agents, le groupe de parole est un dispositif, d'ailleurs réclamé par les agents leur permet de libérer certaines tensions, de reconnaître

⁸⁷ DAGGENS M., Op.cit.

⁸⁸ CAVEY M., 2005, *Une enquête sur la maltraitance*, disponible sur internet : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article16>

leur droit à être en difficultés et parfois « *en écoutant les autres à trouver des réponses à ses propres questionnements* »⁸⁹.

Ce groupe de parole (Action n°12) nécessitant un apprentissage par les agents, pourrait se mettre en place au sein des structures. Il est même possible (en fonction du souhait des agents) de faire animer ces groupes par un psychologue d'une autre structure (les trois bénéficient chacun des services d'un psychologue).

Ces groupes sont à l'interface de l'accompagnement individuel des agents et du soutien de l'équipe tant ils peuvent être générateurs de sens pour chacun, en ouvrant les horizons et en permettant la réinvention permanente des réponses à l'usager mais aussi parce qu'ils influent sur la motivation et la dynamique des équipes⁹⁰.

3.3.2 Le renforcement de la cohésion de l'équipe

Les agents interrogés abordent la notion d'équipe constamment. Cette équipe est tantôt rassurante : « *de toute façon, on en parle en équipe le mardi pour savoir comment font les autres* » (AMP 3), tantôt génératrice de conflits : « *je peux pas vous dire, ça dépend des équipes...mais après y'a toujours des problèmes quand tout le monde ne fait pas pareil* » (AS 6) et enfin siège de l'amélioration des prestations mais aussi des conflits : « *on en parle en équipe et après les gens s'y tiennent...c'est mieux pour le résident* » (AMP 5) ou « *il y avait des conflits dans l'équipe, on ne s'en sortait pas, plus je voulais calmer les choses, pire c'était* » (IDE 7).

Car en effet, la cohésion de l'équipe n'est pas innée. Même si une « *une illusion consiste à considérer qu'à partir du moment où existe un groupe de travail, ce groupe constitue nécessairement une équipe, avec ce que cela comporte en terme de cohésion, solidarité, organisation et communication efficace* »⁹¹. Et avant de penser à renforcer sa cohésion, il est déjà nécessaire de passer par l'étape de la constitution de cette équipe car l'évolution de l'homme au travail nous amènent à penser aujourd'hui que « *l'efficacité globale d'une entreprise est fondée sur la qualité de la coopération des hommes et des équipes* »⁹².

Afin de construire puis de renforcer la cohésion des équipes, souvent synonyme de bonne humeur auprès des résidents mais aussi de cohérence de leur prise en charge, nous proposons la réalisation d'une charte du bien-être du résident (Action déjà prévue au 3a) sur la base des valeurs institutionnelles, la remise au goût du jour dans les EHPAD

⁸⁹ ROCHE J., SCHOENNENBURG S., 2008, « Le groupe de parole à l'hôpital, à l'écoute des soignants ». *Soins Gériatrie*, n°73, pp.23-25.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions liaisons, 182p.

⁹² DONNADIEU G., 1997, *Manager avec le social*, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 423p.

des réunions d'équipes animées par le cadre (Action n°13) ainsi que la mise en place dans les trois structures d'un dispositif d'analyse des pratiques (Action n°14).

Les valeurs institutionnelles seront extraites avec les agents, à partir des pratiques, afin d'éviter qu'elles ne relèvent plus d'une « *idéologie proclamée que de la culture de la structure proprement dite* »⁹³. L'idée n'est pas, à travers cette charte, d'élaborer un document supplémentaire (encore un !) mais bien de construire collectivement le sens que doivent revêtir le travail et les pratiques au sein de l'établissement.

Les réunions d'équipes existaient au sein des EHPAD, « *la routine et le manque de temps* » (AS 8) les ont espacées...Le besoin d'évoquer collectivement des résidents, des pratiques et des organisations est pourtant bien suggéré. A l'image de « *la réunion du mardi* » à la MAS, des réunions d'équipes devraient être relancées régulièrement dans les EHPAD pour y aborder de façon systématique des points mis à l'ordre du jour par le cadre mais aussi et surtout les questionnements et les problématiques qu'ont rencontrés les agents depuis la réunion précédente. Ces réunions, cela est important, feront l'objet d'un relevé de conclusions communiqué aux équipes.

Pour compléter les moments de communication interne, un dispositif d'analyse des pratiques pourra être mis en place au sein de chacune des structures. Il visera avec un accompagnement extérieur ou avec les psychologues (après formation spécifique et dans un autre établissement que celui d'origine) et en dehors de la présence de la hiérarchie, « *à aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes* »⁹⁴. Nous recommandons toutefois une grande prudence associée à un haut degré d'exigences dans le choix du prestataire concerné par cette activité (si le choix externe était fait) tant ce dispositif d'analyse des pratiques constitue actuellement un marché fort intéressant pour quelques sociétés dont les compétences ne sont pas toujours à la hauteur des attentes du secteur.

Après avoir soutenu la thèse qu'il faut être « *bien traité* » pour être « *bien traitant* », nous proposons maintenant de « *casser* » la routine, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels en saisissant toutes les occasions qui se présentent à la structure pour améliorer et diversifier les accompagnements.

⁹³ CLAUDE JF., 2003, *Le management par les valeurs : l'appartenance à l'entreprise a-t-elle encore un sens ?*, 2^{ème} édition. Paris : Editions Liaisons, 250p.

⁹⁴ ANESM., 2009, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy : Bialec, 48p.

3.4 L'enrichissement de l'accompagnement des résidents par les ressources internes et externes

Nous avons vu que la routine représentait un facteur de risque de maltraitance, que les agents interrogés mettaient en avant l'ennui que ressentait bien souvent les résidents (EHPAD) au cours de la journée. Certains d'entre eux souhaitent pourtant mener leur quotidien seuls, il faut, certes, respecter ce choix mais reconnaître qu'ils ne sont généralement pas majoritaires. Outre cette faiblesse de la vie sociale en institution qu'évoquent les agents, Robert MOULIAS ajoute que « *quand le résident dépendant est levé, lavé, vêtu, nourri, hydraté, soigné, pansé, médicamenté, bien souvent la vie en institution s'arrête dès cet instant, alors que c'est le moment où la vie peut et doit commencer* »⁹⁵. Ce constat semble particulièrement criant dans les deux EHPAD où règne une forte culture hospitalière.

Pour entretenir la vie dans les structures, nous proposons à la fois de les ouvrir au maximum sur l'extérieur mais aussi de renforcer la place attribuée au secteur de l'animation.

3.4.1 Donner toute leur place aux activités de vie sociale

Le personnel éducatif de la MAS, de par ces activités, est peut-être davantage sensibilisé à la notion de lieux de vie. Dans les EHPAD, les soignants sont largement majoritaires et l'animation n'est malheureusement pas toujours une priorité des établissements. Dans les deux qui nous intéressent, les agents soulignent d'ailleurs : que les résidents trouvent le temps long, que les sorties concernent peu de personnes faute de personnel encadrant suffisant et que les activités n'ont pas lieu le week-end.

Afin de professionnaliser le secteur de l'animation, nous proposons d'abord de structurer une démarche afin de donner à ce secteur la consistance et la place qu'elle mérite au sein des structures médico-sociales. Ainsi, il est possible de faire reposer cette activité sur le modèle, un projet, une commission, une évaluation. Un projet pour donner du sens (Action n°15), une commission mixte professionnels et usagers pour préparer les programmes (Action n°16) et évaluer les actions.

Nous préconisons d'associer les soignants tant il paraît clair que ces lieux de vie ne peuvent segmenter complètement les accompagnements. Pour cela, ils pourront participer à la commission de programmation mais devront aussi accompagner les différentes activités mises en place dans le cadre du programme. Afin de faciliter les

⁹⁵ MOULIAS R., janvier 2008, « Prévention des maltraitances en institution médico-sociale ». *Gérontologie*, n°145, pp. 30-38.

interactions entre les activités de soins et les animations, une fiche individuelle figurant dans le dossier du résident (Action n°17) pourra être mise en place pour éviter, si possible, les interférences, toujours désagréables pour des personnes très attachées aux habitudes, entre ces deux programmes (ne pas prévoir, si possible, le rendez-vous chez l'ophtalmologiste un mardi, jour où le résident prend plaisir à se rendre à l'activité jardinage).

Enfin, il ne faudrait pas omettre de souligner que cette professionnalisation recherchée du secteur de l'animation réclame la mise à disposition de moyens par l'institution, c'est pourquoi il paraît souhaitable d'identifier et de respecter un budget animation (Action n°18) qui pourrait faire l'objet d'un renforcement dans le cadre de l'amélioration des prestations que pourrait prévoir la prochaine convention tripartite.

Il est bien évident que la mise en place de ce programme d'animation ne saurait être une fin en soi tant il a vocation à s'adapter et à répondre aux besoins et aux attentes des résidents ainsi qu'à assurer leur bien-être. L'idée est sensiblement la même lorsque l'ANESM, dans le cadre de la recommandation sur la mise en œuvre de la bientraitance, propose d'ouvrir l'établissement sur les ressources extérieures : favoriser l'expression des besoins, proposer, s'adapter.

3.4.2 Ouvrir les structures sur les ressources du monde extérieur

Nous avons vu que la recherche de la bientraitance s'appuyait sur un questionnement permanent quant à ses pratiques ainsi que sur l'acceptation de la confrontation d'idées et de points de vue. En considérant de plus la routine dont parlent tous les personnels interrogés, il est clair que les trois structures ont tout intérêt à utiliser des ressources présentes en leur sein dont elles n'ont pas toujours conscience tant elles ont pu fonctionner pendant plusieurs années sur une vision hospitalo-centrée. Comme le souligne Didier CHARLANNE, « *pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décloisonnement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire. Et offrir une transparence qui participe de la prévention des risques de maltraitance* »⁹⁶.

Pratiquer l'ouverture correspond au renforcement des relations entre l'établissement et son environnement, aussi bien pour permettre aux résidents de sortir de l'établissement que pour permettre à l'environnement de « pénétrer » la structure afin d'enrichir les prises en charge.

Cette ouverture sur l'environnement mériterait à elle seule un travail mais certaines pistes peuvent cependant être proposées ici.

⁹⁶ ANESM., 2009, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, Nancy : Bialec, 42 p.

L'intégration des familles et de l'entourage des résidents, en fonction de ses choix et des situations se verrait renforcée avec une implication de ceux-ci dans l'élaboration du projet individualisé du résident (Action n°19). Par ailleurs, une explication du projet d'établissement et des projets en cours ainsi qu'une disponibilité raisonnée et raisonnable de la part de la direction, y compris en dehors des périodes institutionnelles (CVS par exemple), pourraient faciliter l'intégration par les familles du rôle essentiel que leur reconnaît l'institution.

D'autre part, **l'organisation de l'action des bénévoles** pourrait prévoir les activités de ces derniers, les compétences attendues par l'établissement, les responsabilités respectives, les modalités d'assurance et les règles de discrétion professionnelle et pourrait permettre un accompagnement plus riche des résidents. Attention, cette étape de cadrage est essentielle tant l'action des bénévoles peut devenir problématique si elle fonctionne de façon anarchique et si les places de chacun ne sont pas respectées. Cette professionnalisation de l'intervention des bénévoles pourrait alors se traduire par la rénovation de la convention les liant à l'établissement (Action n°20).

Les échanges avec l'extérieur peuvent aussi constituer un atout important au maintien du lien social. Pour les deux EHPAD, des rencontres peuvent être organisées par les deux établissements (Action n°21), distants de vingt kilomètres, et pourquoi pas, déboucher sur des activités ou des projets communs. L'ouverture sur l'extérieur pour les résidents de la MAS est plus compliquée dans le sens où la population accueillie est particulièrement sensible aux changements d'environnement. Ainsi cette démarche doit, pour cette structure, être envisagée individuellement avec chaque résident.

Les nouvelles technologies de l'information (Action n°22) peuvent également permettre de garder un lien avec l'extérieur pour les résidents qui ne souhaitent ou ne peuvent pas sortir de l'établissement. Leur apprentissage pourrait devenir un axe des activités relevant des animateurs.

L'ensemble de ces échanges avec l'extérieur pourrait être complété avec « l'entrée » du monde extérieur dans l'établissement, aussi bien dans le cadre de réunions ou débats, de rencontres intergénérationnelles ou encore d'expositions.

Mais ces différents échanges doivent faire l'objet d'une réflexion spécifique (Action n°23), avec les usagers et leur entourage, puisqu'ils doivent rester avant tout, même s'ils sont aussi valorisants pour les structures, une réponse à des besoins exprimés par les résidents. C'est aussi dans cet esprit d'individualisation du service à la personne accueillie qui considère les pratiques comme un des moyens de délivrer une

réponse adaptée aux besoins des résidents que la démarche de recherche du bien-être de la population accueillie pourra être structurée.

3.5 Une structuration de la démarche de prévention de la maltraitance et de recherche du bien-être des résidents en cohérence avec l'existant

Les trois structures ne disposent pas de moyen pléthorique pour multiplier les comités de pilotage et les groupes de travail. De plus, les démarches institutionnelles de type projet ou qualité ne connaissent pas les mêmes niveaux d'avancement. L'optimisation des moyens afférents à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance doit donc être recherchée, notamment en intégrant ce projet dans la structuration des orientations institutionnelles et des prises en charge ainsi que dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

3.5.1 Projets d'établissement, de vie, d'animation, de soins et projet individualisé au service de la bientraitance

Le projet d'établissement est, depuis la loi du 2 janvier 2002, une obligation pour l'ensemble des ESMS. Mais mettre prioritairement en avant ce dispositif législatif pour donner envie aux agents de participer à la démarche serait sans doute une erreur. Le projet d'établissement est censé donner du sens aux interventions et aux accompagnements des personnels, il apparaît alors logique qu'il bénéficie du concours de ces derniers, aussi bien pour son élaboration que pour sa mise en œuvre ou son évaluation.

Dans notre cas, seule la MAS dispose d'un projet d'établissement propre, les projets des deux EHPAD étant (ou pas) intégrés dans le projet d'établissement de leur CH respectif. La logique hospitalière de ces projets permet difficilement l'émergence d'une culture propre à chacune des trois structures médico-sociales. Nous préconisons alors l'élaboration d'un projet d'établissement par structure.

Ce projet, que prévoit d'ailleurs l'ANESM dans le cadre de sa recommandation relative à la bientraitance⁹⁷, pourra comporter des volets projet de vie, d'animation, de soins qui auront vocation à prévoir les orientations quant à ces thématiques, mais surtout à les décliner en tenant compte à la fois des attentes individuelles mais aussi des contraintes collectives. Car il s'agit bien là d'une des réflexions que doit porter l'institution

⁹⁷ ANESM., 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Nancy : Bialek, 47p.

à propos de l'accompagnement de chacun des résidents. Ces différents volets du projet institutionnel constitueront à la fois un cadrage mais aussi une occasion d'associer les différentes équipes à une réflexion sur leurs pratiques, en rapport aux missions de l'établissement.

Ces différents projets seront à leur tour déclinés, et aboutiront en collaboration avec l'usager à la définition de son projet individualisé de prise en charge. Ces projets sont à ce jour des piliers de l'accompagnement proposé par la MAS. Ils ne sont pas mis en place dans les EHPAD. Théoriquement, ces projets, basés sur l'histoire de vie des résidents, sur leurs besoins, leurs envies, sur leurs potentiels constituent, lorsqu'ils sont réellement co-construits avec le résident, un guide d'accompagnement adapté.

Il apparaît difficile de mettre en place dans les EHPAD le même type de projet individualisé (basé sur des objectifs) qu'à la MAS, cependant, l'élaboration d'un document individualisé de prise en charge pourrait être envisagée avec l'usager et sa famille. Ce type de document nécessite en effet une vraie réflexion, avec le résident, mais surtout un positionnement empathique des personnels et une reconnaissance mutuelle. C'est ainsi que le projet individualisé rejoint la recherche de la bientraitance en ce sens qu'il favorise l'expression de l'usager et qu'il nécessite pour les personnels de l'écouter, l'accepter, de reconnaître sa singularité mais aussi de ne pas penser pour lui.

Ce souci de l'autre et de la réponse adaptée à ses besoins, autrement dit, la bientraitance, va souvent de paire avec une volonté continue d'améliorer ses prestations en les mesurant et en les comparant.

3.5.2 Bientraitance et démarche d'amélioration continue des prestations sont indissociables

« La culture de la bientraitance, comme toute démarche d'amélioration continue, nécessite d'accepter une remise en cause permanente et surtout de saisir la moindre occasion de rénover ses pratiques »⁹⁸ et donc de ne pas tomber dans les habitudes et la routine. Cela, outre le fait de correspondre aussi à un esprit, nécessite également un minimum de structuration dans une démarche que le management doit initier, piloter et déléguer quant à sa réalisation pratique.

La première des phases de la démarche va concerner la clarification auprès des personnels de la notion d'évaluation. La distinction entre l'évaluation et le contrôle est en effet nécessaire pour l'ensemble des personnels afin qu'ils s'engagent avec moins de

⁹⁸ CASAGRANDE A., op.cit.

frilosité. Car l'évaluation est souvent associée au contrôle, à la conformité, à la hiérarchie, à la sanction et à la logique de la faute et de la responsabilité alors qu'elle est en réalité une analyse collective et une tentative de compréhension de faits qui visent à l'amélioration des pratiques et des organisations ou fonctionnements. Mais là encore cet aspect théorique de l'évaluation devra surtout être concrétisé dans les faits par la posture des différents cadres.

Pour lancer la démarche d'évaluation et afin de convaincre les personnels, nous préconisons de démarrer par une thématique mobilisatrice et plutôt simple (s'il en est) qui engendrera assez rapidement une amélioration de leurs conditions de travail. Dans les trois structures, ce travail devra aboutir à l'évaluation qui est réclamée aux établissements.

La démarche d'amélioration continue devra faire l'objet de formation pour les personnels afin qu'ils comprennent qu'elle représente une dynamique d'analyse d'une situation ainsi qu'une construction collective de l'amélioration de cette situation. Mais au-delà de la compréhension de la démarche « in vitro », sans doute jugée rébarbative et trop théorique par certains, c'est bien en partant des besoins du résident et de l'adaptation des réponses à ces besoins que le personnel a le plus de chance de rentrer dans le cercle vertueux.

Voyons maintenant comment pourrait se structurer la démarche au niveau des trois structures.

3.5.3 Structuration de la démarche en fonction de l'existant

Avant de préciser nos préconisations pour structurer la démarche de recherche du bien-être et/ou d'amélioration continue des prestations au sein de chaque établissement, il paraît important de souligner, non pas par ordre d'importance :

- notre volonté d'engager une démarche pragmatique qui s'appuie sur l'existant de chacun des établissements
- la nécessité de voir émerger des objectifs réalistes (le contraire engendrerait culpabilité et démotivation)
- tout l'intérêt de prendre en compte les dates de renouvellement des conventions pour les EHPAD
- le faible effectif de la MAS à prendre en considération lors de la structuration et de l'animation de la démarche

- la nécessité de s'intéresser à la fois à l'engagement de la direction et aux moyens qu'elle met en œuvre, aux processus et organisations et à la satisfaction des usagers.

Les préconisations

Pour les EHPAD, dans l'ordre pour les 5 prochaines années (les conventions seront à renouveler dans 2 ans) :

- Constitution d'un comité de pilotage (COPIL) « Bien être du résident » composé du directeur, de l'encadrement, de la psychologue, de l'animatrice, du médecin coordonateur, d'un usager ou représentant d'usager, de soignants et de l'ingénieur-qualité du CH, soit environ 10 personnes. Ce COPIL aura vocation à piloter les « grands projets institutionnels » tels que le projet d'établissement, le renouvellement des conventions tripartites, les évaluations interne et externe, la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Formation de ce COPIL à l'évaluation et à la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Formation de ce COPIL aux thématiques Maltraitance/Bienveillance
- Constitution de groupes de travail animés chacun par un membre du COPIL afin de reprendre collectivement la convention tripartite et d'évaluer sa mise en œuvre
- Proposition des grandes orientations pour la convention suivante par les groupes de travail pluridisciplinaires
- Validation des orientations par le COPIL
- Elaboration de la nouvelle convention tripartite
- Réalisation de l'évaluation interne sur la base du référentiel ANGELIQUE et de la convention précédente
- Analyse et élaboration du plan d'actions
- Puis nouveau cycle.....

Pour la MAS, dans l'ordre pour les 5 prochaines années :

- Constitution d'un COPIL « Bien-être du résident » composé du directeur, du cadre supérieur, de l'éducateur spécialisé, de la psychologue, de la psychomotricienne, du médecin intervenant à la MAS, d'un représentant des usagers et de l'ingénieur-qualité du CH

- Formation de ce COPIL à la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Constitution de groupes de travail (3 ou 4) pluridisciplinaires chargés de la mise en œuvre effective des actions prévues dans le projet d'établissement
- Formation du COPIL à la démarche d'évaluation interne
- Construction du référentiel par des groupes pluridisciplinaires avec l'aide d'un prestataire extérieur et validation par le COPIL
- Réalisation de l'évaluation interne par les groupes
- Analyse par les groupes et le COPIL et définition du plan d'action
- Nouveau projet d'établissement.

Au final, il est intéressant de noter que la mise en œuvre de cette démarche d'amélioration continue mais aussi les autres mesures du plan représentent un travail de longue haleine. La notion de culture (de la bientraitance) ne pourrait, en effet, se construire instantanément suite à une injonction à être bientraitant. Il va donc falloir accepter de laisser du temps à tous les professionnels de l'établissement de s'approprier la démarche, il va surtout falloir de la persévérance de la part de l'encadrement, de la constance dans la posture ainsi que de la cohérence d'ensemble. Il faudra par ailleurs, pour le management, accepter l'idée que la démarche doit être soutenue (organisation souple, autonomie des professionnels, temps d'échanges, de réflexions) mais aussi et surtout qu'il doit traduire « in vivo » ces mesures de soutien. Car, si les professionnels sont sans doute disposés à comprendre (et même à promouvoir) que certains changements de pratiques ou d'organisation peuvent générer des améliorations dans les accompagnements, ils le sont sans doute moins pour intégrer l'idée (partiellement vraie uniquement) « qu'on peut toujours faire mieux avec les mêmes moyens ».

Ainsi, le plan que nous proposons nécessite-t-il quelques moyens. Ils concernent essentiellement des coûts de formation (maltraitance/bientraitance, démarche d'amélioration continue de la qualité et évaluation), estimés à neuf mille euros par an et par structure, des coûts agents concernant la participation aux différents groupes de travail et enfin le coût matériel faible pour l'équipement informatique. Pour les EHPAD, les moyens afférents (notamment pour la formation) à la démarche pourront être présentés et planifiés dans le cadre de la prochaine convention. Pour la MAS, la démarche devra être présentée aux organismes de tarification et les moyens nécessaires demandés dans le cadre de la négociation budgétaire annuelle.

Enfin, l'évaluation de ce plan pourra être envisagée selon quatre axes, l'évaluation de la mise en place des actions (oui, non, pourquoi ? quelles difficultés ? quelle

réorientation ?), l'évaluation des résultats de ces actions (prestation) par le biais de l'évaluation interne et externe, la satisfaction des résidents (qualité perçue) mais aussi la satisfaction des personnels (entretien, présentisme, participation, plaintes des agents).

Synthèse de la troisième partie : Le management aura un rôle prépondérant à jouer dans le déploiement du plan de prévention de la maltraitance et de promotion du bien-être des résidents. Il devra en effet se montrer engagé, juste, responsable, neutre et exemplaire. Il devra par ailleurs adapter sa présence auprès des équipes en fonction de ses missions et des situations.

C'est dans ces conditions que le plan pourra être déroulé avec les professionnels. Il est structuré autour des quatre axes principaux que sont :

- briser la loi du silence en sensibilisant les usagers, les familles et les professionnels à la thématique de la maltraitance et en les informant des modalités de signalement
- professionnaliser le soutien des agents et le renforcement de la cohésion d'équipe en instaurant notamment des parcours de formation et de professionnalisation, des dispositifs d'écoute et d'analyse de pratiques
- enrichir les accompagnements des usagers par le renforcement de la vie sociale en interne mais aussi par l'ouverture des structures sur et à leur environnement
- structurer la démarche de prévention de la maltraitance et de promotion du bien-être des résidents en cohérence avec l'existant des structures et leurs exigences en termes de projets (d'établissement, de vie, de soins, d'animation), de conventionnement (tripartite pour les EHPAD) et de démarche d'amélioration continue des prestations (évaluations internes et externes).

Conclusion

« *La maltraitance est intolérable* » avait déclaré Philippe BAS en Mars 2007 à l'occasion de la présentation du plan national de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Pourtant, la maltraitance sur les personnes vulnérables est un phénomène réel bien difficile à éradiquer. D'abord parce que la maltraitance est difficile à définir (quels critères ? quel seuil ? faut-il obligatoirement une intentionnalité ? quelle tolérance ?), mais aussi parce qu'elle se manifeste sous différentes formes qui peuvent tout de même être résumées aux violences et aux négligences. Ce qui nous amène à constater que la maltraitance n'est pas obligatoirement intentionnelle, c'est d'ailleurs ce qui caractérise principalement les maltraitements institutionnelles qui représentent 30% de l'ensemble des maltraitements.

Pour ajouter à la complexité du phénomène, il faut souligner combien il reste encore aujourd'hui un tabou au sein de la société française. Les politiques publiques s'attachent pourtant à briser la loi du silence et à prévenir ce phénomène, d'une part en renforçant les droits des usagers du secteur social et médico-social et d'autre part en assurant la promotion du concept récent de bientraitance.

La bientraitance, faute d'être exactement définie, repose sur les principes de respect de l'utilisateur, de valorisation de son expression et se traduit par une manière d'être des personnes ainsi que sur les réflexions qui fondent leur action.

L'instauration de la culture de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ont constitué les deux principales thématiques de notre travail.

Celui-ci consistait à prévoir un plan de prévention de la maltraitance au sein d'un pôle médico-social constitué d'une MAS et de deux EHPAD situés dans trois CH signataires d'une convention de direction commune. Les questions des différences de populations accueillies, des histoires et des cultures des établissements, des niveaux d'avancement des démarches qualité et de formation des personnels quant à la thématique maltraitance ont jalonné notre étude afin de proposer une structuration et un contenu au plan de prévention prévu par la direction des trois établissements.

En s'appuyant sur la bibliographie, sur nos observations, nos analyses documentaires durant le stage long mais aussi sur une évaluation réalisée avec l'encadrement sur la base d'un référentiel que nous avons élaboré et sur des entretiens menés auprès des agents des trois structures, nous proposons un plan qui s'appuie sur trois principes : les aspects théoriques concernant la démarche peuvent être mutualisés entre les trois structures (formation/bientraitance/maltraitance/démarche qualité) et peuvent être utilisés tels des leviers pour enrichir les prises en charge au sein des établissements (1), l'instauration de la culture du bien-être doit être envisagée

individuellement par chaque établissement tant cette notion n'émerge qu'à travers les professionnels, les populations prises en charge, l'histoire des établissements et les contextes locaux (2) et enfin, l'engagement et la posture du management seront décisifs dans la réussite du plan et dans l'amélioration des prestations offertes aux usagers (3).

Les actions proposées s'articulent autour de quatre orientations principales que sont : briser la loi du silence, professionnaliser l'accompagnement des personnels et renforcer la cohésion des équipes, enrichir les accompagnements par les ressources internes et externes et enfin structurer la démarche de recherche du bien-être des résidents ou d'amélioration continue des prestations autour de l'existant de chacun des établissements.

Ce plan de prévention de la maltraitance et de développement du bien-être de l'utilisateur sera déployé dans les cinq prochaines années au sein des trois structures. Encore une fois, il réclamera l'engagement de la direction et de l'encadrement mais aussi pour eux, de la patience (l'instauration d'une culture ne se décrétant pas), des compétences pédagogiques pour expliquer et convaincre ainsi que des capacités à soutenir et accompagner les équipes. Sa traduction se veut être une adaptation permanente de la réponse institutionnelle personnalisée aux besoins de l'utilisateur. Car en effet, ces besoins vont encore, dans les prochaines années, largement évoluer.

Le vieillissement de la population (des populations handicapées également) va ainsi se répercuter dans les structures selon deux modalités principales.

A la MAS, la moyenne d'âge des résidents va augmenter et les écarts types d'âge vont sans doute également augmenter. Ceci va se traduire par la nécessaire « cohabitation » de populations accueillies différentes, par une continuité des prises en charge à inventer après 60 ans mais aussi par une réflexion sur l'arrivée des soins palliatifs dans ce type de structure.

Pour les EHPAD, la problématique est différente. Alors que le maintien à domicile est aujourd'hui largement encouragé, il ne pourra en être de même dans les années à venir puisque les prévisions démographiques annoncent que le nombre d'aidés à domicile deviendra supérieur à celui des aidants potentiels à partir de 2018. Les EHPAD doivent alors s'apprêter, a priori, à voir la tendance s'inverser mais aussi à diversifier les accompagnements qu'ils proposent, avec faute d'aidants « naturels », l'arrivée en leur sein de populations qu'ils n'avaient pas l'habitude d'accueillir, de type personnes handicapées ou en difficulté sociale.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- **MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE.** Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, 1er juillet 1975, p 6604.
- **MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS.** Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 30 décembre 2007, texte 136.
- **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE.** Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, p 124.

Discours

- **BAS P.,** Discours du Ministre pour présenter le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance de 2007, le 15 mars 2007.

Ouvrages

- **ANESM.,** 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Nancy : Bialek, 47p.
- **ANESM.,** 2009, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Nancy : Bialek, 48p.
- **ANESM.,** 2009, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, Nancy : Bialek, 42 p.
- **BAUDURET JF., JAEGER M.,** 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 342p.
- **BLAEVOET JP., CROGNIER P.,** 2009, *Prévenir la maltraitance en institution : Guide des bonnes pratiques*, Paris, Dunod, 243p.
- **CAUDRON JM., CHARLOT V., GUFFENS C.,** juillet 2007, *La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables*, Voiron : Territorial éditions, 260p.
- **CHALON P.,** 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, Marabout, 219p.
- **CLAUDE JF.,** 2003, *Le management par les valeurs : l'appartenance à l'entreprise a-t-elle encore un sens ?*, 2^{ème} édition. Paris : Editions Liaisons, 250p.
- **CROZIER M., FRIEDBERG E.,** 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 500p.
- **CUCHE D.,** 2010, *La notion de culture dans les sciences sociales*, 4^{ème} édition. Paris : La découverte, 157p.
- **DEBOUT M.,** 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : ENSP, 77p.

- **DESMET H., POURTOIS JP.**, 2005, *Culture et bientraitance*, 1ere édition, Bruxelles : De Boeck, Collection. « Question de personne », 240p.
- **DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES.**, 2005, *La maltraitance, j'en parle*.
- **DONNADIEU G.**, 1997, *Manager avec le social*, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 423p.
- **FOURE PY., JAMOT M., LEURIDAN S.**, 2007, *Guide pratique Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et des institutions : « Que faire face à la révélation d'une situation de violence ? »* : FHF, 75p.
- **JANVIER R.**, 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris : Dunod, 200p.
- **PASTOR P.**, 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions liaisons, 182p.
- **QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L.**, 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod, 256p.
- **UNAPEI**, 2000, *Livre blanc : Maltraitements des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : Prévenir, repérer, agir*, 72 p.

Articles de périodiques

- **BECK H., BOIFFIN A.**, 2^{ème} trimestre 2007, « Maltraitements cachés : pourquoi et que faire ». *Gérontologie*, n°142, pp. 26-37.
- **BOITEUX C., CARIA A., DELIOT C.**, 2009, « Enjeux de la diffusion des notions de bientraitance et de maltraitance ». *Gestions Hospitalières*, n°491, pp. 593-597.
- **BORDE M., DADON C., DENY M.**, mars/avril 2009, « Culture et outils d'une nouvelle vigilance : la bientraitance ». *Revue hospitalière de France*, n°527, pp. 60-64.
- **CASAGRANDE A.**, juin 2007, « Le Cadre de Santé, garant de la culture de la bientraitance ». *Soins Gérontologie*, n°65, pp. 16-19.
- **CORDON C.**, 2005, « La bientraitance, une notion à partager ». *Soins-Aides-soignantes*, n°6, p13.
- **CUDENNEC T., ROGEZ E.**, juin 2007, « La maltraitance des personnes âgées ». *Soins Gérontologie*, n°65, p13.
- **DAGENS M.**, août 2010, « Souffrance en gériatrie et accompagnement du cadre de santé ». *Soins Gérontologie*, n°84, pp 30-32.
- **D'HUYTEZAT A.**, juin 2000, « La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental ». *ADSP*, n°31, pp. 38-41.
- **DRESS**, janvier 2005, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative ». *Etudes et résultats*, n° 370, pp 1-12.
- **DUAULT L.**, octobre 2008, « Comment soutenir et accompagner les soignants face à la routine dans les soins en gériatrie ? ». *Soins Gérontologie*, n° 73, pp 11-13.
- **GARCIA S.**, novembre/décembre 2003, « La bientraitance des personnes âgées face aux négligences en institution ». *Soins Gérontologie*, n° 44, p 33.

- **NONY J.**, mars/avril 2009, « Démarche participative et programme d'action bientraitance ». *Revue hospitalière de France*, n°527, pp. 66-67.
- **RIOUFOL MO.**, octobre 2005, « La bientraitance c'est contagieux, mais ce n'est pas une maladie ». *Soins-Aides-soignantes*, n°6, pp. 16-17.
- **ROCHE J., SCHOENNENBURG S.**, 2008, « Le groupe de parole à l'hôpital, à l'écoute des soignants ». *Soins Gérontologie*, n°73, pp.23-25.
- **TERREAU C.**, juin 2007, « Epuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution ». *Soins Gérontologie*, n° 65, pp. 37-40.

Rapports

- **BAS-THERON F., BRANCHU C.**, 2006, *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rapport IGAS n°2005-179.

Thèses, mémoires

- **BLONDET E.**, 2008, *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 34p.
- **LENAIN C.**, 2007, *Promouvoir de personnes polyhandicapées accueillies en MAS par le management des compétences*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 70 p.
- **GARCIA S.**, 2002, *La bientraitance des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 98 p.
- **GRELET L.**, 2005, *La lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées : quelle politique pour le Directeur des Soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 56 p.
- **MARESCOTTI R.**, 1998, *Sérvices en institution pour personnes âgées - Le silence des soignants*, Mémoire, Diplôme Universitaire de psycho-gériatrie. [visité le 07-07-2010], disponible sur Internet : <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/mr5.html>
- **SCHMIDT V.**, 2007, *La contribution du Directeur Des Soins à la gestion de la maltraitance en établissement psychiatrique*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ENSP, Rennes, 58p.
- **ZOLESI M.**, 2004, *Prévenir le risque de maltraitance des personnes lourdement handicapées en foyer de vie : sur le chemin de la bientraitance*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ENSP, Rennes, 77 p.

Compte-rendu de congrès

- **TIJERAS M.**, *Le projet de vie individualisé : une boîte à outils entre besoins et attentes*, Assises départementales de la bientraitance de la creuse, 27 janvier 2010, Sainte Feyre, disponible sur http://www.ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Qualite_et_performance/secteur_medico_social/Qualite_securite_ets/Actes_Assises_Bientraitance_Creuse_2010.pdf

Communication à une conférence

- **DESWAENE B.**, Journée mondiale sur la maltraitance, *Panser ou penser la maltraitance à l'égard des personnes dépendantes*, 15 juin 2007, Chalons en Champagne.

Sites internet

- **CAVEY M.**, 2005, *Une enquête sur la maltraitance*, disponible sur internet : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article16>

- **COMPAGNON C., GHADI V.**, 2009, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé-étude sur la base de témoignages*, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

- **JUILHARD JM., BLANC P.**, Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence (tome 1, rapport). (visité le 01.07.2010), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html>

- **La maltraitance des adultes vulnérables : une réalité complexe.** [visité le 04.07.2010], disponible sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces,770/aines,776/dossiers,758/maltraitance,785/la-maltraitance-des-adultes,5746.html>

- **PELISSIER J.**, *Quelques réflexions sur la bientraitance.* [visité le 29.07.2010], disponible sur internet : <http://www.jerpel.fr/spip.php?article284>

- **OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DES MALTRAITANCES**, Conseil Général du Nord. *Données statistiques.* [visité le 03.07.2010], disponible sur internet : http://www.cg59.fr/observatoire-des-maltraitances/Donnees_statistiques.html#handicap

Liste des annexes

ANNEXE 1	Référentiel « bientraitance »	II
ANNEXE 2	Guide d'entretien	VIII
ANNEXE 3	Plan de prévention de la maltraitance et de promotion du bien-être des résidents	IX
ANNEXE 4	Affiche du dispositif national d'écoute 3977	XIV

ANNEXE 1 : LE REFERENTIEL

REFERENTIEL DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DE PROMOTION DU BIEN-ETRE DES RESIDENTS

CHPP	Montdidier	Roye
------	------------	------

L'INSTITUTION

- Un projet d'établissement existe au sein de la structure
Il est connu des personnels

- Un organigramme existe dans l'établissement
Il est connu par l'ensemble des professionnels

- La fonction de direction est exercée par l'autorité compétente qualifiée
et légitimement mise en place

--	--	--

- Des fiches de postes sont élaborées et connues

--	--	--

Les rôles de chacun quant à la prévention de la maltraitance
sont précisés (directeur, encadrement, personnel administratif,
soignant ou éducatif)

--	--	--

- Il existe un règlement intérieur des personnels

--	--	--

LES CONDITIONS D'INSTALLATION

- L'établissement dispose d'une autorisation

--	--	--

- Les espaces de vie sont suffisants et adaptés
- Ils permettent le respect de l'intimité
- Le nombre de sanitaires et douches est suffisant
- L'établissement dispose d'un espace rafraîchi
- L'accessibilité et les circulations sont aisées
- L'équipement des chambres est adapté
- Le chauffage est adapté à la prise en charge de la population accueillie
- Il existe un dispositif d'appel malade au sein de chaque chambre
- Les sols extérieurs et intérieurs sont adaptés à la prise en charge des résidents
- Les maintenances des différents équipements et matériels sont assurées
- Les règles d'élimination des déchets sont respectées
- Les règles concernant la démarche HACCP sont définies et respectées

LA FORMATION

- Le recensement des besoins en formation est organisé
- Les entretiens annuels de formation sont mis en place
- L'établissement met en œuvre un plan de formation

- Le personnel est formé à la thématique de la maltraitance
 Il connaît les différents types de maltraitance
 Il connaît les négligences actives
 Il connaît les négligences passives
 Il connaît les différentes causes de maltraitance en institution

- Le personnel connaît la législation concernant le signalement des actes de maltraitance

--	--	--

- Le personnel connaît la thématique de la bientraitance
 Il est formé à une méthode de soins ou d'accompagnement basée sur les besoins des résidents mais aussi sur leurs potentialités

--	--	--

--	--	--

- Le personnel est formé à la démarche qualité
 - Le personnel est formé aux pathologies dont souffrent les résidents

--	--	--

--	--	--

- L'encadrement est formé au vieillissement des personnes/ou au handicap psychique
 - L'encadrement est formé à la thématique de la maltraitance

--	--	--

--	--	--

Il connaît les différents types de maltraitance
 Il connaît les négligences actives
 Il connaît les négligences passives
 Il connaît les différentes causes de maltraitance en institution

- L'encadrement connaît la législation concernant le signalement des actes de maltraitance
 - L'encadrement est formé à la thématique de la bientraitance

--	--	--

--	--	--

Il est formé à une méthode de soins ou d'accompagnement basée sur les besoins des résidents mais aussi sur leurs potentialités

--	--	--

- L'encadrement est formé à la démarche qualité
 - L'encadrement est formé aux pathologies dont souffrent les résidents
 - Les formations organisées sont pluridisciplinaires

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ORGANISATION

- Un projet de vie des résidents existe au sein de la structure

--	--	--

Il est connu des personnels
 Il précise les valeurs qui guident le travail des équipes
 Il prévoit les modalités d'expression des résidents et des familles
 Il prévoit les modalités de l'organisation de la vie quotidienne

- Une démarche qualité est mise en place au sein de l'établissement

--	--	--

Des évaluations concernant les pratiques sont mises en place régulièrement
 La communication de ces évaluations au personnel est organisée

--	--	--

--	--	--

Des évaluations concernant la satisfaction des usagers sont mises en place régulièrement
 La communication de ces évaluations au personnel est organisée
 Un plan d'actions issu des évaluations existe
 Il est formalisé
 Il est connu de l'ensemble des personnels

- L'organisation du travail est formalisée
- Elle est connue de tous les professionnels
- L'organisation du travail prévoit une adaptation au résident
 - Pour les toilettes
 - Pour les repas

- L'établissement prend en compte les attentes et choix des usagers en matière d'horaires, de croyances ou de dernières volontés

--	--	--

- Des transmissions entre les équipes sont mises en place
 - Elles sont formalisées
 - Elles sont exploitées

- Des réunions d'équipes sont organisées régulièrement pour évoquer l'accompagnement des résidents
- La coordination des équipes pluridisciplinaires est assurée
- Des groupes d'analyse de pratiques sont organisés régulièrement

L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

- L'accueil du résident est organisé
 - Avec lui et ses proches
 - Il existe une procédure de pré-admission
 - Il existe une procédure d'accueil
 - Elle est connue de tous
 - Elle est respectée par tous

- Les droits de l'usager lui sont exposés de manière explicite lors de son accueil
- Le positionnement de l'établissement au regard de la maltraitance est explicité au moment de l'accueil
- Cette information sur les droits et sur la possibilité de recours est rappelée, de manière adaptée, tout au long du séjour
- L'usager a la possibilité de personnaliser son espace de vie

--	--	--

--	--	--

RESPECT DES DROITS DES USAGERS

- La liberté d'aller et venir est respectée lorsque cela est possible
- Le tutoiement des résidents n'est pas la règle
- Le respect de la chambre comme domicile privé est assuré
- Le respect du secret des correspondances et du courrier est assuré
- La pudeur des résidents est assurée
- La confidentialité des informations médicales est assurée
- Les aides aux actes de la vie quotidienne sont adaptées (ni trop, ni trop peu)
- La prévention des escarres est réalisée
- La prévention des fausses routes est assurée
- Le circuit du médicament est maîtrisé

PARTICIPATION DE L'USAGER A LA VIE INSTITUTIONNELLE

- Le Conseil de Vie Sociale est mis en place

--	--	--

- Il se réunit régulièrement
- Il permet l'expression des usagers et de leurs familles
- La thématique de la maltraitance y est abordée ouvertement
- Il fait l'objet de procès verbaux diffusés auprès de ses membres
- Il est force de proposition

- Il est tenu compte de l'avis des usagers pour organiser animations, sorties ou autres évènements

--	--	--

PARTICIPATION DE L'USAGER A SON PROJET DE VIE

- Un projet de vie individualisé existe pour chacun des résidents

- Il est formalisé
- Ce projet est évalué et revu régulièrement
- Le résident et sa famille participent à l'élaboration de ce projet de vie

- Les décisions des usagers quant à leur santé sont respectées

--	--	--

PREVENTION ET GESTION DU RISQUE MALTRAITANCE

- La thématique de la maltraitance figure au projet d'établissement
- Une réflexion sur les risques de maltraitance spécifiques à l'établissement est menée (résidents, locaux, personnel, organisation,...)
- Une réflexion est menée quant à l'absentéisme des personnels, le turn-over, les conflits internes
- Des évènements "sentinelles" sont identifiés
- Un système de signalement des évènements indésirables est mis en place dans la structure

--	--	--

--	--	--

--	--	--

- Les évènements indésirables font l'objet d'une analyse par l'encadrement et les équipes
- Cette analyse est formalisée
- L'analyse de ces EI débouche sur un plan de prévention de certains risques

LES OUTILS DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

- Il existe un livret d'accueil du résident

--	--	--

- Ce livret est rédigé en utilisant un langage accessible au résident
- Ce livret d'accueil contient des informations concernant l'institution
- Il contient des informations concernant les personnes prises en charge et leurs représentants légaux
- Il informe le résident quant à ses droits fondamentaux ainsi que sur leur modalité d'exercice
- Il informe le résident sur l'organigramme de l'établissement

--	--	--

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie est donnée et expliquée au résident lors de son arrivée

--	--	--

- Il existe un règlement de fonctionnement de l'établissement

--	--	--

Il définit précisément les droits et les devoirs des usagers

--	--	--

Il définit les responsabilités réciproques des professionnels et l'usager quant au fonctionnement de la structure

--	--	--

Il est remis à chaque usager à son arrivée et aux membres de son entourage

--	--	--

Il est remis aux bénévoles intervenant dans l'institution

--	--	--

Il comprend une partie relative à l'interdiction de violence au sein de la structure

--	--	--

Il précise les mesures prévues en cas de violence constatée sur autrui

--	--	--

- Un contrat de séjour est signé par l'usager et le représentant de l'institution
Il est individualisé

Il existe un projet d'établissement

--	--	--

Il est validé par le CVS

--	--	--

Il définit les objectifs de l'établissement

--	--	--

Il définit les modalités d'évaluation des prestations

--	--	--

Les professionnels ont participé à son élaboration

--	--	--

- L'évaluation interne est mise en place

--	--	--

Des critères, un référentiel ont été définis

--	--	--

Cette démarche d'évaluation est le fruit d'un travail collectif

--	--	--

Elle prend en compte la parole des usagers

--	--	--

- L'évaluation externe a été réalisée

--	--	--

- Les résultats de cette évaluation ont été transmis aux autorités de tutelle

--	--	--

LE TRAVAIL DES EQUIPES

- Selon les personnels, le travail est correctement réparti dans la journée

--	--	--

- Les tâches sont peu répétitives

--	--	--

- Les horaires leur paraissent adaptés

--	--	--

- Les amplitudes de travail sont réglementaires

--	--	--

- Il existe une lisibilité réelle quant aux plannings

--	--	--

QUALIFICATION DU PERSONNEL

- Le personnel est qualifié

--	--	--

- Les glissements de tâches sont rares

--	--	--

L'ENCADREMENT

- L'encadrement est présent et impliqué

--	--	--

- Il est disponible pour les équipes

--	--	--

- Il est réactif face aux difficultés quotidiennes évoquées par les professionnels

--	--	--

- L'encadrement gère les problèmes de violence entre les résidents

--	--	--

- Il rappelle régulièrement les objectifs de travail vis-à-vis de l'usager (bien-être, autonomie, épanouissement)

--	--	--

RECRUTEMENT ET AFFECTATION

- Le recrutement des personnels est organisé
- Le recrutement des personnels est réalisé par plusieurs personnes
- Une information-sensibilisation quant au risque maltraitance est systématique au moment du recrutement
- Une information-sensibilisation au risque maltraitance est systématique lors de l'accueil d'un stagiaire
- Les affectations se déroulent sur la base du volontariat
- La mobilité des personnels est organisée

LA PREVENTION DE L'USURE PROFESSIONNELLE

- Une politique de l'usure professionnelle est mise en place
Elle est formalisée
- Les professionnels sont formés pour mieux prévenir les passages à l'acte violents des résidents
- Les entretiens d'évaluation des personnels sont mis en place
- Des groupes de parole sont mis en place
- Les professionnels bénéficient d'un suivi régulier à la médecine du travail
- Il existe des lieux et des moments de convivialité entre les personnels
- L'intimité des personnels est respectée
- Une réflexion sur le confort au travail est menée
- Le personnel peut s'exprimer dans le cadre d'instances représentatives prévues par la législation
- Les postes vacants sont pourvus

LE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS

- Il existe un dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels
- Il existe un dispositif d'accompagnement des professionnels dans leurs problématiques quotidiennes avec les usagers
- Un soutien psychologique est proposé aux professionnels

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Quel type de population accueillez-vous ?

Quels sont ses besoins spécifiques ?

Comment s'organise la réponse à ces besoins ?

Quelles difficultés rencontrez-vous pour y répondre ?

La structure vous aide-t-elle pour y parvenir ? Qu'attendez-vous d'elle ?

Êtes-vous satisfaite de votre travail ? Pourquoi ?

Vous sentez-vous soutenue par l'institution ? Qu'attendez-vous d'elle ?

Qu'est ce que la maltraitance selon vous ?

Comment peut se manifester le phénomène de maltraitance dans une structure comme la vôtre ?

La maltraitance est-elle un sujet que vous abordez dans votre travail ?

Quelles en sont les causes dans une structure comme la vôtre ?

Comment peut-on la prévenir dans votre institution ?

Connaissez-vous la notion de bientraitance ?

Comment développer cette notion au sein de la structure ?

ANNEXE 3 : LE PLAN DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DE PROMOTION DU BIEN-ETRE DU RESIDENT

OBJECTIF 1 : BRISER LA LOI DU SILENCE

Action n°1 : Information du résident et de ses proches (tracée dans le dossier du résident) quant à la notion de maltraitance et à la politique d'établissement de lutte contre cette thématique

Action n°2 : Elaboration par les personnels (dans le cadre d'une formation-action) d'un vade-mecum de la prévention de la maltraitance et de la promotion du bien-être pour l'usager (définition, formes, causes, signalement)

Action n°3a : Elaboration de la charte de la promotion du bien-être du résident par les personnels (toujours dans le cadre d'une formation-action)

Action n°3b : Signature de la charte par l'ensemble des agents de la structure

Action n°3c : Communication de cette charte aux résidents, familles et tuteurs

Action n°4 : Afficher dans la structure les informations concernant le dispositif national d'écoute 3977

Action n°5 : Inclure un point systématique concernant la prévention de la maltraitance à chaque CVS

Action n°6 : Faire figurer dans les fiches de poste les missions de chacun quant à la prévention de la maltraitance et à la promotion du bien-être des usagers

Action n°7 : Rappeler régulièrement, lors des entretiens individuels ou des réunions de service, les objectifs individuels ou collectifs relatifs à la prévention de la maltraitance dans la structure

Action n°8 : Sensibiliser les nouveaux arrivants et les stagiaires à la notion de maltraitance dès leur accueil par l'institution

Action n°9 : Elaborer une procédure de signalement des situations de maltraitance

OBJECTIF 2 : PROFESSIONNALISER L'ACCOMPAGNEMENT DES AGENTS ET RENFORCER LA COHESION DES EQUIPES

Action n°10 : Réaliser systématiquement, lors de l'entretien de recrutement, une évaluation des représentations du postulant quant au poste pour lequel il présente sa candidature (connaissance de la réalité du travail dans le secteur SMS)

Action n°11 : Elaboration par l'encadrement et avec l'agent, en collaboration avec les CH, d'un plan prévisionnel de mobilité pour chaque agent de la structure. Ce plan sera revisité régulièrement avec l'agent concerné (au moins une fois par an).

Action n°12 : Mise en place dans chacune des trois structures de groupes de parole animés par un psychologue

Action n°13 : Réinstauration des réunions d'équipes mensuelles animées par le cadre

Action n°14 : Mise en place dans chacune des trois structures d'un dispositif d'analyse des pratiques

OBJECTIF 3 : ENRICHIR LES ACCOMPAGNEMENTS PAR LES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

Action n° 15 : Elaboration d'un projet d'animation prenant en compte les attentes des usagers

Action n°16 : Instauration d'une commission mixte (animateurs, soignants, usagers, bénévoles) de programmation et d'évaluation des activités d'animation

Action n°17 : Mise en place dans les dossiers des résidents d'une fiche individuelle de suivi des animations facilitant l'accès aux informations des animateurs et des soignants

Action n° 18 : Identifier et respecter un budget animation

Action n° 19 : Associer, selon les situations, si possible avec l'accord du résident, la famille à l'élaboration du projet individualisé

Action n° 20 : Réactualisation des conventions permettant l'intervention des bénévoles au sein des structures (la même pour les trois établissements est d'ailleurs envisageable)

Action n° 21 : Organisation de rencontres conviviales entre les résidents des deux EHPAD

Action n° 22 : Mise en place d'un matériel informatique et d'un accès internet à l'usage des résidents des EHPAD (PC + Webcam)

Action n° 23 : Lancement d'une étude par les animateurs (mais associant les résidents) sur les objectifs, les avis des résidents et les modalités de l'ouverture des portes de l'EHPAD au monde extérieur (débat, réunions, expositions, rencontres intergénérationnelles)

OBJECTIF 4 : STRUCTURER LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DES PRESTATIONS EN FONCTION DE L'EXISTANT

Pour les EHPAD

- Constitution d'un comité de pilotage « Bien-être du résident » composé du directeur, de l'encadrement, de la psychologue, de l'animatrice, du médecin coordonateur, d'un usager ou représentant d'usager de soignants et de l'ingénieur-qualité du CH, soit environ 10 personnes. Ce COPIL aura vocation à piloter les « grands projets institutionnels » tels que le projet d'établissement, le renouvellement des conventions tripartites, les évaluations interne et externe, la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Formation de ce COPIL à l'évaluation et à la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Formation de ce COPIL aux thématiques Maltraitance/Bienveillance
- Constitution de groupes de travail animés par un membre du COPIL afin de reprendre collectivement la convention tripartite et d'évaluer sa mise en œuvre
- Proposition des grandes orientations pour la convention suivante par les groupes de travail pluridisciplinaires
- Validation des orientations par le COPIL
- Elaboration de la nouvelle convention tripartite
- Réalisation de l'évaluation interne sur la base du référentiel ANGELIQUE et de la convention précédente
- Analyse et élaboration du plan d'actions
- Nouveau cycle.....

Pour la MAS, dans l'ordre pour les 5 prochaines années

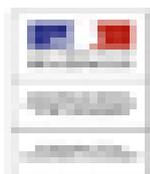
- Constitution d'un COPIL « Bien-être du résident » composé du directeur, du cadre supérieur, de l'éducateur spécialisé, de la psychologue, de la psychomotricienne, du médecin intervenant à la MAS, d'un représentant des usagers et de l'ingénieur-qualité du CH
- Formation de ce COPIL à la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
- Constitution de groupes de travail (3 ou 4) pluridisciplinaires chargés de la mise en œuvre effective des actions prévues dans le projet d'établissement
- Formation du COPIL à la démarche d'évaluation interne

- Construction du référentiel par des groupes pluridisciplinaires avec l'aide d'un prestataire extérieur et validation par le COPIL
- Réalisation de l'évaluation interne par les groupes
- Analyse par les groupes et le COPIL et définition du plan d'action
- Puis nouveau projet d'établissement

Personnes âgées personnes handicapées



La **maltraitance**
est une **réalité**
il faut en **parler**



Victimes de violence, appelez le :

3977

Service de crise et de soutien des
professionnels travaillant avec les personnes âgées et handicapées