



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Date du Jury : **12 et 13 septembre 2002**

**LA GESTION DU RISQUE MALTRAITANT POUR LES
PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION**

Guillaume DUBOIS

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
1. LE CONCEPT DE MALTRAITANCE.....	6
1.1. DÉFINITIONS GÉNÉRALES.....	6
1.1.1. <i>La maltraitance</i>	6
1.1.2. <i>La violence</i>	7
1.1.3. <i>L'agressivité</i>	8
1.2. LES TYPES DE MALTRAITANCE	9
1.2.1. <i>La maltraitance institutionnelle</i>	9
1.2.2. <i>Exemple de maltraitance institutionnelle</i>	11
1.3. DÉTERMINATION DE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE	12
1.3.1. <i>Définition</i>	12
1.3.2. <i>Les facteurs de maltraitance en institution</i>	17
2. LA PRISE EN COMPTE DE LA MALTRAITANCE.....	20
2.1. APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE LA MALTRAITANCE.....	21
2.1.1. <i>Les études menées à l'étranger</i>	21
2.2. LE RAPPORT D'ALMA FRANCE 2000	26
2.2.1. <i>Missions et fonctionnement d'ALMA France</i>	26
2.2.2. <i>Activités des centres d'écoute ALMA</i>	27
2.2.3. <i>l'évaluation des appels</i>	28
2.2.4. <i>Profil des appelants</i>	28
2.2.5. <i>Formes de maltraitance et de négligence</i>	29
2.2.6. <i>Profil des maltraités</i>	29
2.2.7. <i>Auteurs de maltraitements et de négligences</i>	30
2.2.8. <i>Réponses apportées</i>	30
2.3. LE TRAVAIL DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PROTECTION ET D'ASSISTANCE AUX PERSONNES.....	31
2.4. LA PRISE EN COMPTE DE LA MALTRAITANCE AU NIVEAU LOCAL.....	32
2.4.1. <i>Une réflexion approfondie sur la formation des intervenants</i>	33
2.4.2. <i>Le dispositif prévu par la DDASS des Hautes-Alpes</i>	34
2.4.3. <i>L'appréhension du problème par le Conseil Général</i>	35
2.4.4. <i>L'exemple du projet d'établissement 2001/2005 des Résidences Guil- Ecrins</i> ...	36

2.4.5. <i>Le projet de vie de l'Unité de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier de Gap</i>	37
2.4.6. <i>La prise de conscience du monde associatif</i>	40
2.5. LE CONSTAT	40
2.5.1. <i>Des Dysfonctionnements d'ordre interne</i>	41
2.5.2. <i>Des Dysfonctionnements d'ordre externe</i>	42
3. L'ÉVOLUTION DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION	42
3.1. LES OUTILS JURIDIQUES	42
3.1.1. <i>La protection juridique des personnes âgées</i>	43
3.1.2. <i>Les dispositions relatives à la maltraitance en institution</i>	46
3.2. L'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION	49
3.2.1. <i>La création d'un outil d'évaluation dans les établissements hébergeant des personnes âgées</i>	49
3.2.2. <i>La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale</i>	52
3.2.3. <i>La Directive nationale d'orientation 2001-157 du 21 mars 2001</i>	55
3.3. LA PRISE DE CONSCIENCE DES POUVOIRS PUBLICS	59
3.3.1. <i>Le rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées</i>	60
3.3.2. <i>Une valorisation des personnes âgées dans la société</i>	61
3.3.3. <i>Une approche globale de la personne âgée</i>	61
3.3.4. <i>Une amélioration de la formation initiale des personnels soignants</i>	62
3.3.5. <i>Un plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées (Février 2002)</i>	63
3.4. PROPOSITIONS POUR L'ÉLABORATION D'OUTILS DE PRÉVENTION	64
3.4.1. <i>Sensibilisation et responsabilisation</i>	65
3.4.2. <i>Evaluation et contrôle</i>	67

Liste des sigles utilisés

ADEHPA : Association des Directeurs d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

ALMA : Allô Maltraitance Personnes Agées

AMP : Aide Médico-Psychologique

AFPAP : Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées

CNRPA : Conseil National Représentatif des Personnes Agées

CODERPA : Comité départemental des Personnes Agées

CORERPA : Comité Régional des Personnes Agées

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES : Centre de Recherche d'Études et de Documentation en Économie de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DNO : Directive Nationale d'Orientation

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

HCSP : Haut Comité de la Santé publique

HID : Handicap Incapacités Dépendances

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et de l'Évaluation Économique

MRIICE : Mission de Recherche d'Intervention de Contrôle et d'Évaluation

PUHP : Praticien Universitaire Hospitalier

SSLD : Soins de Suite et de Longue Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Méthodologie

Afin de mener à bien mon mémoire, j'ai élaboré une grille d'entretien qui a évolué selon le type d'intervenants que j'ai interviewé.

Je tiens à préciser que mes recherches et la qualité des informations qui m'ont été fournies m'ont permis d'appréhender un sujet fort complexe.

Les personnes interrogées se sont livrées de manière assez variable, et en raison du caractère confidentiel de certaines informations, il ne m'a pas été possible d'étudier un dossier de manière détaillée.

Néanmoins, mes entretiens m'ont permis de définir une méthode afin de prévenir les actes de maltraitance en institution.

Je tiens enfin à remercier l'ensemble des interlocuteurs rencontrés ainsi que le personnel de la DDASS des Hautes-Alpes, et plus particulièrement monsieur Reynaud, inspecteur à la DDASS des Hautes-Alpes qui, malgré le peu de temps dont il dispose, m'a toujours écouté de manière attentive et m'a aidé dans le cours de ma réflexion.

« La haine devant le corps du sujet fragile, vu comme une simple addition d'organes, devient possible. Elle est source de révoltes et d'autres violences »¹

INTRODUCTION

Aujourd'hui, 12 millions de personnes sont âgées de plus de 60 ans. Leur nombre n'a cessé d'augmenter grâce notamment, à l'allongement de l'espérance de vie. Ainsi, avec une espérance de vie à la naissance de 82 ans pour les femmes et de 74 ans pour les hommes, la France fait partie des pays dont la population bénéficie de la durée de vie la plus importante. La vieillesse était «classiquement » découpée en deux périodes : la première vieillesse se poursuivait jusqu'aux alentours de 70 ans, âge du début de « la grande vieillesse ». Actuellement, la plupart des auteurs s'accordent actuellement pour faire débiter la « première vieillesse », celle de la baisse des fonctions, vers 70 ou 75 ans et la « grande vieillesse », celle des handicaps, aux alentours de 80 ou 85 ans (autrement dit les « octoplus », selon l'expression récente du gérontologue Bernard Forette).

En outre, le vieillissement s'est considérablement modifié au cours de ces 20 dernières années : actuellement, les plus de 60 ans gardent, dans une immense majorité, de remarquables conditions d'autonomie :

- Moins de 5% des personnes de plus de 65 ans sont institutionnalisées.
- 3,1% ont besoin de l'aide d'un tiers à domicile
- 14,4% ne sortent pas de chez elles toutes seules

Il y a donc un «vieillissement du vieillissement » qui s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. Depuis 1981, l'allongement de l'espérance de vie sans

¹ Michel PERSONNE : « La désorientation sociale des personnes âgées », Editions Erès, 1996.

incapacité a été supérieur à celui de l'espérance de vie : selon les résultats des enquêtes santé de l'INSEE et du CREDES, entre 1981 et 1991, l'espérance de vie en bonne santé a ainsi progressé de 3 ans, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie à la naissance.

On observe que ce pourcentage croît avec l'avance en âge : la proportion de personnes résidant en maison de retraite ou en service de soins de longue durée passe de 4% pour les 75-79 ans à 17% pour les 85-89 ans et 33% pour les 90 ans et plus. A partir de 75 ans, les taux d'hébergement des femmes sont systématiquement plus élevés que ceux des hommes. Les femmes vivent en effet en moyenne plus longtemps que leur conjoint et elles sont plus souvent isolées aux âges élevés, ce qui les conduit plus fréquemment à entrer en institution.

De surcroît, les personnes lourdement dépendantes vivent, elles aussi, majoritairement à leur domicile ; au milieu des années 90, seulement 36% des personnes de 75 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage vivaient dans des établissements (logements-foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée des hôpitaux).

En maison de retraite et services de soins de longue durée, les taux de dépendance sont élevés : en 1998, selon l'enquête HID (Handicap Incapacités Dépendance), 62% des résidents de 75 ans et plus étaient confinés au lit ou en fauteuil ou aidés pour la toilette ou l'habillage, et 20% avaient par ailleurs besoin d'aide pour sortir de l'institution. Plus de la moitié des résidents (55%) de 75 ans et plus étaient atteints de dépendance psychique, c'est-à-dire, au sens de l'enquête, « totalement incohérent et parfois désorientés ». Dépendance physique et psychique se cumule souvent : c'est le cas de 48% des résidents de 75 ans et plus²

La société considère à tort la vieillesse comme un tout homogène. C'est ainsi que les personnes âgées de 60 à 70 ans sont désormais confrontées à un problème d'identité : trop jeunes et en trop bonne santé pour être considérés comme des vieux, et trop vieux pour être considérés comme des jeunes. Ces personnes ont donc du mal à être reconnues et à se situer dans notre société qui vénère le culte du « jeunisme » et qui a donc une image de la vieillesse qui est assez péjorative.

² Echanges santé-social : « Les personnes âgées, une politique en mouvement », N°99, septembre 2000

Face à l'augmentation significative des personnes âgées, la prise en compte de la vieillesse est devenue un véritable enjeu de santé publique. En se fondant sur un scénario tendanciel, l'INSEE estime que la part des personnes de 60 ans et plus dans la population totale atteindrait 27,3% en 2020 et 32,8% en 2035³. Dès lors, il convient de garantir la qualité de la prise en charge de la personne âgée et de lutter contre toute forme de maltraitance.

La prise de conscience de la maltraitance est un phénomène récent dont on commence à parler. Se rendre compte de sa place n'est que le reflet d'une société en marche vers sa maturité : l'acceptable d'hier n'est plus celui d'aujourd'hui.

La question de fond reste celle qui affirmerait que nous sommes dans une société qui construit sa norme en ayant comme seul fonctionnement l'asservissement du groupe dominé.

L'étude des cas de maltraitance en institution pour personnes âgées montre que la violence ne se limite pas aux agissements de membres particuliers du personnel ayant des comportements pathologiques qu'elles qu'en soient les raisons, elle est insidieuse, multiforme.

Le caractère gérontophobe de notre société légitime à bas bruits toutes sortes de négligences ou abandons à l'égard des vieillards, de même qu'il désigne les établissements pour personnes âgées comme lieu de rejet et d'exclusion. Il est vrai que les demandes des personnes âgées peuvent engendrer une certaine incompréhension et déclencher une certaine forme de maltraitance.

Ces situations, si complexes soient-elles, doivent être modifiées, et cela nécessite un travail de fond important. Une politique de transparence et de coordination doit être mise en œuvre sur le terrain afin de prévenir plutôt que de guérir la maltraitance en institution.

Il est nécessaire de sensibiliser la société dans son ensemble à ce phénomène, et, ce, à travers une mobilisation des professionnels, des familles, des personnes âgées, ainsi que de la société.

³ Rapport de Maurice BONNET, Conseil Economique et Social : » *Les personnes âgées dans la société* »

L'objectif de mon étude vise à dégager des axes d'intervention possible, et leurs modalités opérationnelles : « L'évaluation, tant au plan quantitatif que qualitatif, est indispensable pour que la maltraitance envers les personnes âgées soient perçues et surtout traitées en tant que phénomène de société »⁴

La qualité de vie dans les établissements doit faire l'objet d'une surveillance étroite. Les personnes hébergées dans des structures collectives y entrent de plus en plus tard, dans un état de dépendance plus lourd (la moyenne d'âge en institution est de 84 ans, le taux de mortalité représentant 30% de l'effectif par an). Il est donc particulièrement indispensable de s'assurer que les établissements sont des lieux de vie qui contribuent à l'épanouissement de leurs résidents.

Par ailleurs les unités de soins de long séjour et de court séjour dans les centres hospitaliers ne disposent pas de places suffisantes, ce qui aboutit à une durée moyenne de séjour assez courte entraînant inévitablement une négligence de la personne âgée.

Afin de mener à bien mon étude, je me suis appuyé sur les propositions du schéma gérontologique des Hautes-Alpes, ainsi que sur les entretiens que je vais avoir avec les personnes concernées par la maltraitance (gériatre, associations, personnes âgées, Directeurs de maisons de retraite, ...).

Néanmoins, mon étude ne se limitera pas au contexte départemental, voire régional, mais a vocation d'apporter des éléments de réflexion afin que la prévention de la maltraitance soit mieux appréhender. J'approfondirai ma réflexion en me basant sur les travaux des chercheurs, que ce soit à l'étranger ou en France, ainsi que sur les initiatives prises par les pouvoirs publics et les associations.

Il s'agit donc d'élaborer un programme d'action se concrétisant par une démarche partenariale forte permettant ainsi une évaluation plus efficace.

C'est donc le début d'une démarche à poursuivre dans le cadre d'une planification et d'une politique d'évaluation.

⁴ Maryse JASPARD « Violence et maltraitance ? Le poids des mots et des chiffres », in *gérontologie et société*, N°92 –mars 2000

1. LE CONCEPT DE MALTRAITANCE

Les Etats-Unis ont été le premier pays à se pencher sur le problème de la maltraitance des personnes âgées dans les années 70. La revue américaine « Journal of Elder Abuse and Neglect » a été publiée pour la première fois en 1989, et depuis régulièrement une fois par trimestre.

Quelques chercheurs anglo-saxons, comme Ida Hyde ou le professeur Plamondon ont publié divers travaux sur le sujet.

En France, le professeur Hugonot est le premier à alerter l'opinion. En 1987, il participe à un colloque sur le thème de « la violence au sein de la famille » organisé par le Conseil de l'Europe, il y rencontre Ida Hyde, auteur d'une étude épidémiologique en Finlande, et il décide de commencer des recherches épidémiologiques sur le thème de la maltraitance des personnes âgées. Il publie « Violences contre les vieux » qui est l'un des premiers ouvrages en France traitant de ce sujet.

Dans les années suivantes, il crée l'association ALMA (Allô Maltraitance des Personnes Agées) et met en place une première permanence d'écoute téléphonique à Grenoble.

Le terme de maltraitance est un terme récent qui rejoint d'autres expressions, comme par exemple la violence et l'agressivité. Néanmoins, ces mots ont des sens différents et ne recouvrent pas la même réalité, surtout si on considère la maltraitance institutionnelle des personnes âgées.

1.1. DEFINITIONS GENERALES

1.1.1. La maltraitance

Le mot maltraitance est d'apparition récente (Le Robert, dictionnaire de la langue française, indique la date de 1987). Il est issu du verbe maltraiter, lui-même issu du latin tractare employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement ». Maltraiter apparaît vers 1550 sous la forme de maltraiter pour signifier « traiter durement » et s'emploie couramment par la suite pour « traiter avec violence ».

A l'époque classique, il a signifié « mal nourrir quelqu'un ». Son préfixe « mal » met l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de traiter l'autre.

Sémantiquement, maltraiter n'induit pas des rapports hiérarchisés, mais l'usage courant du terme est largement connoté : on maltraite son personnel, ses subordonnés, mais pas ses collègues. « La maltraitance se perpétue dans une relation de pouvoir, entraînant l'infériorisation de la victime »⁵. L'acte maltraitant traduit le harcèlement perpétuel dont sont victimes certaines personnes âgées.

La définition retenue par ALMA (Allô Maltraitance Personnes Agées) et par le Conseil de l'Europe est la suivante : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique d'une personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et nuit à sa sécurité financière ».

La maltraitance peut donc s'analyser comme un processus d'infériorisation du fait de la détérioration des capacités physiques ou psychiques. En effet, « face à celui qui a perdu la tête, la tentation consiste à le dévisager en le réduisant à ce qu'il donne à voir, parfois un cadavre ambulante »⁶.

La violence n'est qu'une des manifestations de la maltraitance : « la violence qui caractérise la maltraitance, c'est le comportement qui viole l'humain en soi et en l'autre, avec perte de dignité pour celui qui maltraite comme pour celui qui est maltraité »⁷.

1.1.2. La violence

Le terme vient du mot latin « violentia » (abus de la force), traduisant ainsi l'expression brutale des sentiments, voire le déchaînement de la haine sous forme de coups infligés à

⁵ Maryse JASPARD, *in Gérontologie et société*, n°92, mars 2000

⁶ Jean MAISONDIEU, « *Le crépuscule de la raison* », Paris, Bayard, 1993

⁷ Isabelle DONNIO, mémoire de CAFDES, « *La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes* », Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Social (2000)

une personne. La violence contraint l'individu et exprime une méchanceté qui est beaucoup plus forte que la maltraitance.

La violence peut s'exprimer de manière soudaine alors que la maltraitance est plus progressive. En ce sens, la violence serait d'ordre instinctif et c'est ce que montre Freud qui, dans toute son œuvre fait allusion à cette catégorie d'instinct brutal primitif dénué de tout sadisme, lié à un besoin d'auto conservation placé du côté des pulsions de la vie.

« Il y a dans l'idée de violence l'idée d'une perturbation d'un ordre mais aussi la présence de valeurs positives ou négatives attachées à cette perturbation »⁸.

La maltraitance peut partir d'une bonne intention qui se transforme en abus : l'acharnement thérapeutique du médecin est une forme de maltraitance et l'état d'impuissance révèle le facteur maltraitant.

La violence est donc une défaillance du lien social en institution, c'est l'idée selon laquelle les règles sont imposées à la personne, l'institution est alors totalitaire, dépersonnalisant ainsi la personne ; il s'agit donc d'une violence institutionnelle⁹.

1.1.3. L'agressivité

Comme tout comportement, l'agressivité est la résultante d'une combinaison de facteurs endogènes et exogènes qui vont de l'expérience acquise par l'organisme à l'ensemble des facteurs de l'environnement physique et social : dans les institutions d'hébergement pour personnes âgées, l'agressivité est la résultante d'une relation de dominance et de répulsion à l'égard du sujet âgé.

L'agressivité « désigne une disposition d'esprit, une attitude ou un comportement cherchant à porter atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychologique d'un être vivant »¹⁰.

L'agressivité des vieillards est une réaction de défense face à leur propre déchéance. Pour Laborit, l'agressivité peut avoir une fonction prédatrice, de compétition de défense et être ainsi nécessaire à la survie.

⁸ Eliane CORBET, *ADSP n°31 juin 2000, p 20 « Les concepts de violence et de maltraitance »*

⁹ E. GOOFFMAN « *Asiles* » Paris, Editions de Minuit, 1994

¹⁰ Dr Bernard PETER ; in *Gérontologie et société, N°92, mars 2000*

L'agressivité contient une haine certaine qui diffère de la maltraitance, laquelle relève plus de dysfonctionnements liés à la pesanteur de l'institution.

Il apparaît qu'un comportement agressif répond en général à ce qui est ressenti comme une agression ou un traumatisme. Ainsi, « toute violence et toute agressivité constituent un mécanisme de défense devant une souffrance non élaborée »¹¹.

L'agressivité est donc un terme relationnel et la violence en est l'expression pratique. Elle nécessite de la part de celui qui agresse, un ressenti de menace pour son intégrité personnelle. En ce sens, elle est révélatrice d'une opposition entre pulsions de vie et pulsions de mort. Ainsi, le personnel soignant est confronté à sa propre déchéance, ce qui peut conduire à des actes maltraitants. La maltraitance est donc un produit de l'agressivité et de la violence, mais celle-ci est beaucoup plus pernicieuse, surtout en établissement, c'est la raison pour laquelle il est apparu nécessaire de définir de manière précise les violences caractéristiques repérables en institution.

1.2. LES TYPES DE MALTRAITANCE

1.2.1. La maltraitance institutionnelle

Les problèmes liés aux institutions sont en légère progression puisque 28,6% des cas de maltraitance ont lieu en institution en 2000. Ils sont évidemment moins nombreux que les cas de maltraitance au domicile (64,3%). Toutefois, une institution héberge souvent un grand nombre de résidents qui peuvent tous subir les mêmes formes de négligences mentionnées lors d'un appel. Cela représente donc un grand nombre de personnes¹² ou de cas qui peuvent concerner certaines personnes.

Selon Mireille TROUILLOUD, psychologue clinicienne, c'est le sadisme qui tient un rôle important dans la genèse des conduites soignantes malveillantes et irrespectueuses :

¹¹ C. HAZIF-THOMAS et P. THOMAS

¹² Rapport d'activités année 2000 d'ALMA FRANCE

- Le sadisme prend parfois des allures de violence portée sur la personne âgée.
- Le sadisme prend parfois des allures d'emprise qui vise à transformer le sujet âgé en objet maîtrisable, docile et obéissant, ne venant pas faire barrage à la satisfaction professionnelle et personnelle de ses soignants.
- Le sadisme peut prendre des allures de perversité, cette perversité défensive étant une sorte de prédation morale, le désaveu actif de la valeur et de la pertinence de la pensée et de la perception de l'autre tenu en état de dépendance.

Le sadisme est une expression de la pulsion de mort du sujet soignant, pulsion de mort déplacée vers l'extérieur et qui se joue sur l'objet de soins.

Cette approche de la maltraitance en institution est la plus complète car elle renvoie aux causes essentielles de la maltraitance. Ainsi les besoins essentiels tels que définis par l'étoile de S.Singer (pôle intellectuel, pôle affectif, pôle social, pôle physique, pôle spirituel) ne seraient pas suffisamment prise en compte par l'ensemble du personnel soignant.

Il est par ailleurs essentiel de souligner la souffrance des soignants qui doit être prise en compte afin d'améliorer leur formation, de mieux prendre en compte leur temps de parole.

Il est en effet reconnu que les soignants sont en sous-effectif dans ce domaine, ce qui engendre une charge de travail physique et mentale conduisant à une altération du seuil de tolérance.

D'autre part « l'univers restreint des lieux de vie institutionnels induit une promiscuité qui est génératrice de tension psychologique »¹³.

Il y a par ailleurs la relation avec les familles qui peuvent ressentir de la culpabilité à mettre un proche parent en institution, c'est la raison pour laquelle certaines d'entre elles exercent une forme de pression sur le personnel soignant. Cette exigence de bien-être est souvent en inadéquation avec les besoins de la personne âgée.

¹³ Service de Gériatrie, Centre Hospitalier général Lucien Hussel à Vienne

1.2.2. Exemple de maltraitance institutionnelle

Cet exemple de maltraitance m'a été fourni par le centre d'écoute ALMA des Bouches-du-rhône.

1.2.2.1. Les faits.

Une vieille dame vivant en établissement a été placée sous tutelle car sa fille dilapidait tout son argent.

Madame X était déprimée car elle n'avait pas la possibilité d'avoir son chat, les animaux étant interdits dans l'établissement. C'est la raison pour laquelle elle demanda à changer d'établissement à plusieurs reprises. En l'absence de réponses de la part de sa tutrice, elle se confia à une aide soignante, qui prit contact avec la personne de l'association tutélaire du département qui gérait son dossier. En l'absence de réponses, l'aide-soignante contacta « 30 millions d'amis » pour savoir s'il existait des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui accueillait les animaux.

L'intervention de l'aide soignante permit à Madame X de trouver un établissement acceptant les animaux. Toutefois, la situation n'évolua pas car la tutrice de madame X ne consentit aucun effort en vue du changement de résidence de l'intéressée.

1.2.2.2. le traitement du problème

Suite à cela, Madame X a été transportée à l'hôpital psychiatrique alors qu'on lui laissait entendre qu'elle allait être transférée dans la maison de retraite avec son chat.

Devant l'urgence de la situation, l'aide soignante récupéra son chat et le confia à une famille. Désespérée, la dame âgée parla de cette affaire au psycho-gérontologue lors de ses visites en signalant le rôle déterminant de l'aide soignante. Devant sa détresse, le praticien rencontra l'aide soignante et sollicita de toute urgence un rendez-vous avec la tutrice de madame X.

Après examen de sa situation et diverses injonctions de la part du médecin à l'attention de la tutrice, il fut décidé de placer madame X dans l'établissement acceptant d'accueillir des animaux domestiques.

1.2.2.3. Le constat

Cet exemple révèle le peu de considération manifestée non seulement par le personnel soignant, hormis l'aide soignante, mais aussi le manque d'attention de la direction l'égard de la vieille dame. L'attitude de la personne chargée de la tutelle apparaît également condamnable. D'autre part, le manque de coordination entre les différents interlocuteurs et le manque de vigilance certain des autorités de tutelle est révélateur d'un laxisme tendant à constater que le contrôle sur ces autorités est largement insuffisant.

Ceci est révélateur de dysfonctionnements multiples et graves, qui m'amène à traiter du problème de la détermination de la maltraitance en institution.

1.3. DETERMINATION DE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE.

1.3.1. Définition

La définition du conseil de l'Europe, adoptée en 1992 est la plus complète dans ce domaine. Estimant essentiel de sensibiliser l'opinion publique et les professionnels à la question de la maltraitance des personnes âgées, il relie la définition de ce concept à la notion de violence avec sept catégories :

Violences physiques.

- Coups, gifles, blessures, pincement, brûlures, bousculades, autres brutalités.
- Ligotages et barrières non justifiés.
- Soins brusques sans information ou préparation : soins infirmiers ou de nursing...(piqûres ou prise de sang sans effectuées sans informer au préalable ; pénétration dans la chambre du résident sans prévenir).
- Aide à la prise des repas ou négligée ou effectuée avec brusquerie.

- Non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques (aller aux toilettes, boire...).
- Violences sexuelles, mesures dont meurtres se revendiquant d'une « euthanasie active pour abrégé souffrance et déchéance ».

Violences psychiques ou morales.

- Langage insultant, irrespectueux, dévalorisant.
- Propos orduriers à l'encontre des personnes incontinentes.
- Chantages de toutes sortes.
- Abus d'autorité.
- Placement non consenti et accueil n'en tenant pas compte.

Violences matérielles et financières.

- Vols d'argent, d'objets, spoliations.
- Non-vigilance et non-intervention sur le comportement des personnes de l'extérieur (familles ou indécats) pouvant exercer diverses spoliations ou contraintes.
- Locaux inadaptés, vétustes avec équipements non adaptés provoquant des difficultés d'aide, des dépendances, un inconfort par rapport à la santé (chauffage non réglé, absence de lavabos individuels).

Violences médicales ou relatives aux soins.

- Manques de soins de base (alimentation, hydratation, locomotion...).
- Non-information sur les traitements, les soins.
- Abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques.

- Défaut de traitements ou de soins de rééducation.
- Non prise en compte de la douleur.
- Acharnement avec des soins techniques invasifs et brutaux non justifiés.
- Pratiques d'examens ou d'intervention en services d'urgence sans information, ni recueil du consentement éclairé, sans considération de la personne.
- Absence de protocoles de soins en fin de vie.

Négligences actives.

- Toutes formes de sévices, abus abandons, manquements étant pratiqués avec la conscience de nuire, d'induire une souffrance, des conséquences sur l'état de santé ou le pronostic vital de la personne.

Négligences passives.

- Par rapport à la catégorie précédente, la négligence n'est pas faite dans l'intention de nuire, mais relève de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.

Privation ou violation de droits.

- Dépouillement par rapport à la gestion de ses biens ou à l'usage de l'argent.
- Limitation de la liberté de la personne (par l'instauration d'horaires de visites, de sorties, ...).
- Empêchement d'exercer ses droits civiques.
- Atteinte à l'identité de la personne (privation de ses vêtements, de l'usage de documents et objets personnels).

- Non-information sur les règles de vie en hébergement, sur l'état de santé et les traitements mis en place.
- Placement imposé ou non consenti

Formes d'aliénation spécifiques à la vie en institution.

- Méconnaissance de l'histoire, des habitudes de vie des personnes accueillies.
- Règles de vie collective rigides et contraignantes quant au rythme journalier des repas, de la toilette des activités avec une organisation en série.
- Négation de tout rôle social ou toute possibilité d'activité sociale de la personne hébergée.
- Non-considération de la personne dans l'ensemble de ses besoins psychosociaux, en dehors de la sphère des besoins physiologiques primaires.

Trois types majeurs de maltraitance peuvent être distinguées par rapport à l'énumération des cas de maltraitance par le Conseil de l'Europe :

- Les violences relevant directement du code pénal (brutalités, coups,...).
- Les incivilités (rentrer dans la chambre sans frapper, tutoyer la personne...).
- Les violences relevant de la violation du contrat de séjour.

Au delà des classifications théoriques, il est important d'interroger les personnes sur le concept de maltraitance. Un auteur canadien a interrogé des personnes qui ont défini la maltraitance comme l'abus sur le plan de l'atteinte à leur bien-être ¹⁴.

D'autres auteurs, comme J. Héту utilise le concept « d'atteinte à l'intégrité » plutôt qu'abus, violence ou mauvais traitement car il considère qu'il s'agit d'une notion plus large englobant l'intégrité physique, psychologique et matérielle ¹⁵.

¹⁴ Beaulieu M « *Les abus à l'endroit des personnes âgées en ressources d'hébergement* » dans G Letourneau, « *Aider ses parents vieillissants. Un défi : personnel, familial politique, communautaire* », Montmagny, Marquis, p 211-224.

Ces différentes définitions illustrent la diversité des situations de maltraitance et les différentes interprétations qui peuvent en découler.

Le recours inopportun à des moyens de contentions peut faire partie d'un type de maltraitance. En effet, des études et de nombreux écrits (Yelonnik, 1990 ; Capezuti, 1996, Frengley, 1999) indiquent même que le risque de blessures causées par une chute augmenterait avec l'utilisation des moyens de contention. Des études montrent également que l'immobilisation causée par des moyens de contention peut entraîner des troubles biochimiques et physiologiques et que leur utilisation provoquerait une diminution de la capacité fonctionnelle.

Un programme de sensibilisation aux moyens de contention a été lancé aux Etats - Unis : le principe même de ces programmes, outre l'information et la formation des équipes, est basé sur une évaluation multidisciplinaire.

En France, un rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)¹⁶ constate qu'en établissement d'hébergement pour sujets âgés, le risque de chutes graves n'augmente pas après réduction de l'utilisation de la contention physique. Ce rapport précise que « la contention physique pour un sujet âgé est une intervention de soin qui implique la connaissance des risques liés à l'immobilisation, ainsi qu'une évaluation régulière des besoins et des risques. Enfin, un programme de soins et de surveillance individualisé est nécessaire.

Cela passe par une information du sujet âgé et de ses proches et la nécessité d'un jugement clinique et d'une prescription médicale motivée. Le respect des paramètres psychologiques et environnementaux est primordial. Une réévaluation journalière de la nécessité de poursuivre la contention doit être réalisée par le médecin prescripteur et l'équipe soignante.

Il est donc nécessaire de présenter des moyens de substitution afin d'éviter l'usage des moyens de contention, comme par exemple fournir des fauteuils appropriés, encourager l'activité physique, éduquer le personnel et encourager une participation active de sa part. Cela dépend bien évidemment du degré d'autonomie de la personne, ce qui implique une appréciation mesurée et au cas par cas.

L'énumération des différents actes de maltraitance induit des causes diverses et multiples qu'il convient d'analyser.

¹⁵ J. HETU « *Atteintes à l'intégrité de la personne âgée* » in *psychologie du vieillissement*, Montréal, Editions du Méridien, p. 257-276

¹⁶ Rapport de l'ANAES, Octobre 2000 « *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* »

1.3.2. Les facteurs de maltraitance en institution

Peu de discours et d'images valorisent l'accompagnement du grand âge; ces représentations négatives de la vieillesse jouent indirectement un rôle sur l'image des établissements pour personnes âgées. De plus, les établissements, héritiers des structures asiliaires, puis hospitalières, doivent se transformer en modèle communautaire de lieu de vie où il y a individualisation des accompagnements des soins et aménagement de temps et espaces intimes et communautaires.

Le facteur primordial de la maltraitance, c'est la substitution au niveau de la décision, c'est à dire que le personnel soignant décide de l'heure à laquelle on lève ou on couche la personne, qu'on l'habille ou la nourrit, etc...La personne passe de l'état de sujet à l'état d'objet.

« Entre les murs clos de l'institution, il sera toujours possible de contraindre pour protéger, de surveiller pour soigner, de punir pour socialiser »¹⁷.

En outre, la faible dotation en personnel de ces structures est incontestable.

Le rapport Guinchard-Kunstler insiste également sur le fait que l'enseignement spécifique des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux appelés à donner leurs soins à la population âgée devenue de plus en plus nombreuse doit être intensifié. Alors que depuis des décennies la spécificité des soins que requièrent les enfants avait conduit à identifier la discipline correspondante, la pédiatrie, il faut s'étonner que les problèmes liés aux pathologies de l'âge et au vieillissement devenus à l'évidence un problème majeur de santé publique, n'aient pas encore suscité au sein de l'Université française l'identification et la reconnaissance de la discipline gériatrique. L'enseignement demeure inclus dans la médecine interne dont elle est pour beaucoup le parent pauvre. Des formations dispersées sont dispensées dans le cadre de diplômes d'université et dans le cadre des actions de formation continue des médecins généralistes. Il faut à cet égard souligner le rôle majeur joué par des organismes professionnels et associatifs tels que la Fondation Nationale de Gériatrie.

17 Michel BILLE in *Gériatrie et société*, n°90, p 125

Le suivi des personnes âgées par des médecins réellement formés à la gériatrie serait bénéfique pour la personne âgée elle-même, mais aussi pour la collectivité toute entière notamment par la réduction des dépenses de médicaments. La surconsommation des médicaments par les personnes âgées est un problème de santé publique. Prévenir et éviter l'automédication, s'abstenir de prescription abondante ou redondantes en serait les premiers effets positifs, dans la stricte observance de l'article 8 du Code de déontologie.

D'autre part, l'organisation de ces établissements est trop archaïque, nécessitant de ce fait des ajustements considérables.

Enfin, certaines familles, de par leur attitude, favorisent les comportements maltraitants à l'égard des personnes âgées.

1.3.2.1. La formation et la professionnalisation des personnels.

Tous les interlocuteurs interrogés (gériatre, directeur de maison de retraite) s'accordent pour dire que la formation est insuffisante. L'enquête d'ALMA Limoges est en ce sens révélatrice¹⁸.

Pour les personnels non certifiés :

- Faibles niveaux de qualification
- Faible professionnalisation des métiers en structure gérontologique qui participe à la dépréciation et à la dévalorisation des tâches par les agents eux-mêmes et par l'extérieur
- Absence de motivation due à l'impossibilité de choisir un travail autre. Il est important de souligner que cela est de plus en plus rare et que les directeurs d'établissement souhaitent recruter des personnes motivées.
- Difficulté de remise en question des pratiques et comportements, et émergence de nombreuses réactions défensives autour de toutes tentatives de projet nouveau.

Pour le personnel paramédical et médical :

¹⁸ CIPA, service ALMA 87, *in gérontologie et société*, n°92, mars 2000, p 45 à 48.

- Peu de formations actualisées en gérontologie.
- Une solitude fréquente du soignant après qu'une orientation thérapeutique soit décidée en dehors de sa présence ou lors d'accompagnement de fin de vie.
- Des situations de conflits de valeurs entre les soignants et les médecins sur les traitements mis en place ou non. Ces conflits sont source de problèmes en l'absence de réunions d'équipes de soins.
- Le soignant est dans une situation paradoxale : d'un côté une position dominante qui peut l'amener à maltraiter, et de l'autre un idéal soignant, hérité du passé congrégatif des hospices.

De manière générale, l'accumulation de stress et la difficulté de communication avec des personnes âgées favorisent également cette maltraitance.

1.3.2.2. Une organisation déficiente

Il est important qu'une clarification des missions de chacun soit établies afin que chaque membre du personnel puisse identifier son travail. Cette clarification renforce l'identité professionnelle (sentiment de sécurité, de participation, de compréhension du sens de son activité).

Au contraire, dans beaucoup d'institutions pour personnes âgées, il est noté :

- Des problèmes de compréhension pour les tâches à accomplir
- Une difficulté de communication des personnels entre eux.
- Une dévalorisation des services de gérontologie au sein de structures hospitalières dotées de plateaux techniques.

1.3.2.3. La famille

Les familles qui mettent leur proches en maison de retraite éprouvent un sentiment de culpabilité très fort, et sont de ce fait très exigeante avec le personnel soignant, elles sont ainsi le vecteur de maltraitances certaines de la part du personnel soignant qui projette son agressivité sur les personnes âgées.

Les problèmes familiaux et sociaux des familles peuvent se répercuter dans l'institution, mettant sous pression les personnels soignants.

Enfin, le manque de communication entre les familles, les personnels soignants et le gestionnaire est patent dans ce genre d'institution : Par exemple, l'absence de conseil d'établissement, les clauses abusives dans certains règlements intérieurs.

L'étude quantitative et qualitative des cas de maltraitance aboutit par ailleurs à un certain nombre de constats. Je m'appuierai pour cela sur les études qui ont été menées à l'étranger, puis sur les recherches d'ALMA France et des centres d'écoute ALMA de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Ensuite, je développerai les initiatives de la DDASS des Hautes-Alpes et du Conseil général.

D'autre part, j'examinerai les dispositifs qui ont été mis en place au niveau local, que ce soit dans les maisons de retraite ou dans les centres hospitaliers.

Enfin, j'établirai un certain nombre de constats qui seront un préalable à l'élaboration d'outils de prévention dans le domaine de la gestion du risque maltraitant.

2. LA PRISE EN COMPTE DE LA MALTRAITANCE

Des études menées à l'étranger et en France permettent de dégager un certain nombre de constats. D'autre part, il est nécessaire d'examiner quels sont les outils qui sont mis en œuvre au niveau local.

2.1. APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE LA MALTRAITANCE

2.1.1. Les études menées à l'étranger

Mon étude portera sur trois pays qui mènent une réflexion approfondie dans ce domaine.

2.1.1.1. Le Canada

Les établissements hébergeant des personnes âgées sont fréquemment sollicités pour des problèmes de santé qui ne sont pas directement ou apparemment liés à la situation de violence des victimes ; ils constituent ainsi un interlocuteur qui peut détecter les violences, informer et orienter les personnes âgées. Ils jouissent de la part des tribunaux et de la société, de la crédibilité et de l'autorité nécessaire pour intervenir auprès des autorités si cela s'avère nécessaire. Aussi, leur a-t-on confié la responsabilité d'élaborer des programmes et des protocoles appropriés en vue de faciliter et d'orienter la prestation de services aux victimes et, au besoin, des agresseurs. Des programmes ont été élaborés dans le domaine des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées vulnérables.

Un rapport de recherche qualitative auprès des personnes âgées placées en établissements traite des mauvais traitements selon leur point de vue. Elles décrivent leur quotidien dans ses aspects positifs et négatifs. Les personnes âgées font valoir que les principales formes de mauvais traitement en milieu institutionnel sont le vol, la fraude et l'extorsion. Les actes de violence physique sont rarement signalés. Les personnes âgées rapportent aussi diverses formes de violence psychologique et de violation de leurs droits ¹⁹.

En outre, des enquêtes sont menées auprès du personnel soignant : dans les maisons de soins infirmiers publiques situées au Québec, on a interrogé 30 directeurs et cadres moyens praticiens pour déterminer comment ils définissaient la violence à l'égard des personnes âgées en milieu institutionnel. Les définitions de la violence fournies par les répondants se divisaient en deux catégories :

¹⁹ Baril et Beaulieu « Vivre en résidence : les témoignages des personnes âgées », Montréal, Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal, 1989

- La violence perçue comme un comportement individuel.
- La violence considérée comme une responsabilité de l'établissement.

Selon les répondants, c'est la violence psychologique qui est la plus répandue, l'importance de l'exploitation financière ayant été minimisée. Ils ont réagi de façon plus négative à la violence individuelle qu'à la violence systémique.

Les Directeurs et les cadres moyens avaient tendance à réagir plus fortement aux actes de violence qu'ils considéraient comme une responsabilité individuelle et auxquels ils réagissaient au moyen d'avertissements, de suspensions ou de congédiements. Les actes de violence qu'ils considéraient être la responsabilité de l'établissement étaient corrigés avec plus de lenteur ²⁰.

Enfin, un rapport « Violence et personnes âgées »²¹ aborde les caractéristiques des victimes et des personnes qui maltraitent, ainsi que les moyens pour faire face à la violence. Cette enquête a révélé que 7% des répondants n'avaient jamais entendu parler de violence à l'égard des personnes âgées, 36% d'entre eux étaient conscients du problème mais n'avaient jamais été témoins d'incidents particuliers, tandis que 57% d'entre eux avaient connaissance d'au moins un cas de mauvais traitements.

Parmi les actes signalés, 43,1% d'entre eux avaient été commis par le personnel de l'établissement, 23,5% par des membres de la famille, 19,1% par des étrangers, 14,3% par d'autres personnes qui s'occupaient des personnes âgées.

Les victimes comme les agresseurs viennent de tous les milieux, tant géographiques, économiques, que sociaux et culturels.

2.1.1.2. La prise en compte de la maltraitance aux Etats-Unis

Un rapport de l'Attorney Général de Pensylvanie recommande d'améliorer les relations inter organismes, d'apporter des changements aux services sociaux et aux lois d'Etat, et de

²⁰ Beaulieu « Understanding elder abuse in an institutional setting », présenté au XVème congrès de l'International Association of Gerontology de Budapest.

²¹ Bélanger, Darche, De Ravinel, Grenier, « Violence et personnes âgées », Montréal, les cahiers de l'association québécoise de gérontologie

modifier les lois criminelles de façon à tenir compte des crimes à l'endroit des personnes âgées et des crimes commis en milieu institutionnel. Les auteurs suggèrent des méthodes de formation et font état de domaines nécessitant des recherches plus poussées

Un rapport de l'Office of Evaluation and Inspections de 1990 (Résident Abuse in Nursing Homes, Washington, D.C, Office of Inspector Général, department of health and human services), qui concerne la compréhension et la prévention de la violence exercée à l'endroit des personnes âgées dans les établissements, a mis au jour sept types de violences : la négligence physique, l'utilisation de moyens de contention, la violence verbale et psychologique, la négligence médicale, la négligence verbale et psychologique et l'exploitation financière.

Même si les répondants différaient dans leur façon d'évaluer la gravité de l'acte de violence, au moins 95% d'entre eux ont confirmé des incidents de violence appartenant à toutes les catégories ; la négligence physique, verbale et psychologique, ainsi que l'exploitation financière ayant été signalées dans une plus grande proportion. Les aides infirmières et les préposés au soins étaient perçus comme les principaux agresseurs dans toutes les catégories de violence, la négligence médicale exceptée. Parmi les facteurs qui contribuaient à la violence, on cite le manque de formation, le stress, le roulement du personnel et les problèmes de personnel. Le rapport préconise une meilleure formation des surveillants et des aides-infirmières, des recherches additionnelles, la distribution d'information dans les maisons de soins infirmiers pour prévenir la violence et la stabilité du personnel.

Il est important de souligner que le Congrès des Etats-Unis détient la plus grande source d'information du monde : La librairie du Congrès est une librairie nationale, qui a d'énormes moyens d'investigations. En 1980, une enquête, une enquête du Congrès montrait qu'il y aurait aux Etats-Unis, 2 millions et demi de personnes victimes d'abus.

Donna Pelton, spécialiste de la maltraitance des personnes âgées, a relevé que parmi les 24 agences d'Etat pour la protection des personnes adultes, sur 140 000 dossiers ouverts au cours de l'année 88, on note 3,2 à 5% de personnes âgées victimes d'abus.

2.1.1.3. Une association pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Suisse

Une association contre la maltraitance des personnes âgées est en voie de création. Cette association se propose d'avoir un rayonnement dans toute la Suisse.

Depuis près de deux ans, un groupe de professionnels des cantons de Vaud et Genève appartenant à diverses institutions (Fondation Leenaards, Pro Senectute, Services de soins à domicile, Policlinique de gériatrie de Genève, Fédération romande des consommateurs), alertés par différents cas de maltraitance à domicile et en institution, se sont réunis pour se concerter et envisager des moyens d'agir. Ils sont, entre autres, arrivés à la conclusion qu'une coordination est nécessaire à l'échelle du pays tout entier et ont décidé de fonder une association suisse contre la maltraitance des personnes âgées.

Cet organisme aura pour buts, notamment, de prévenir et combattre toute forme de violence ou d'abus à l'égard des personnes âgées, de sensibiliser l'opinion, de recueillir des informations et de promouvoir la recherche à propos de cette problématique, de collaborer, au niveau international, avec d'autres associations du même type. Il s'agira aussi de mettre en œuvre des formations pour les différents professionnels et de créer, à terme, dans chaque canton, des groupes experts qui aideront les intervenants de terrain à traiter, de manière responsable et efficace, les cas détectés. Cette association sera créée à la fin du mois de mars²².

De manière générale, une prise de conscience internationale est en train de naître. Les Nations Unies publient en effet un rapport sur la maltraitance des personnes âgées : « Appel à la mobilisation mondiale pour lutter contre ces graves violations des droits des personnes âgées ».

La violence physique ou psychologique, les sévices sexuels dont sont victimes les personnes âgées, ainsi que l'exploitation financière de ces dernières ne sont généralement ni dépistés, ni répertoriés, seuls les cas les plus graves attirant l'attention. C'est le principal constat que tire le rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur la maltraitance des personnes âgées, rendu public le 26 février 2002. Le Secrétaire général y lance un appel à la mobilisation mondiale pour lutter contre ces graves violations des droits des personnes âgées.

Bien que l'on dispose de peu de statistiques au niveau mondial et que les cas de violence domestique à l'encontre des personnes âgées demeurent en grande partie tus, un certain nombre d'études ont pu être menées, au niveau national. Des enquêtes sur lesquelles le Secrétaire général s'est appuyé pour élaborer son rapport.

Les résultats montrent que les auteurs de violence et de maltraitance contre des personnes âgées sont le plus souvent des membres de la famille, des amis ou des connaissances. Il peut toutefois aussi s'agir d'étrangers qui s'attaquent aux personnes âgées, ou encore de sociétés commerciales qui escroquent leurs clients âgés.

²² [http:// www. Seniorweb. ch/fr](http://www.Seniorweb.ch/fr)

Aux Etats-Unis, le National Centre on Elder Abuse a noté un accroissement de 150% des cas de maltraitance signalés par les services publics de protection des adultes entre 1986 et 1996. L'étude a montré également que l'auteur des violences était le plus souvent le fils ou la fille adulte de la personne âgée (37%), suivi par le conjoint (13%) et d'autres membres de la famille (11%). En Australie, au Canada et au Royaume-Uni, les enquêtes réalisées ont permis de constater que le pourcentage de personnes âgées signalées comme victimes de maltraitance ou de négligence allait de 3 à 10%. En Argentine, sur un échantillon de personnes âgées vivant en milieu urbain, 45% ont fait état d'actes de maltraitance, en majorité de nature psychologique. Mais le cercle familial n'est nullement le seul cadre où des violences sont commises contre les personnes âgées. Ainsi que l'a révélé une étude sur l'incidence de la maltraitance des personnes âgées dans les établissements spécialisés, réalisée aux Etats-Unis, 10% du personnel infirmier reconnaît avoir commis au moins un acte de maltraitance physique, et 36% du personnel avoir vu pratiquer de tels sévices. Selon la même étude, 40% du personnel reconnaît avoir proféré des insultes à l'encontre d'un résident au cours des 12 mois précédents et 81% avoir observé un incident de maltraitance psychologique.

Malgré la quasi-absence de statistiques spécifiques sur la maltraitance des personnes âgées dans les pays en développement, d'autres sources d'informations telles que les casiers judiciaires, les articles de presse, les études à petite échelle révèlent que dans ces pays la maltraitance des personnes âgées est un problème largement répandu. Dans certains cas, une personne âgée, généralement une femme, devient le bouc émissaire et est tenue pour responsable des catastrophes survenant dans la communauté, comme une sécheresse, une inondation ou une épidémie mortelle.

De manière générale, c'est leur situation de dépendance qui rend les personnes âgées particulièrement vulnérables à la maltraitance. Les individus les plus à risques sont les handicapés mentaux ou physiques, souffrant de diverses conditions de démence ou d'incapacité. La pauvreté, l'absence d'enfant, le fait de vivre seul et l'isolement social comptent parmi les autres facteurs de risque. Quant aux facteurs qui empêchent les personnes âgées de dénoncer les pratiques dont elles sont victimes, on relèvera surtout la crainte d'être placées en établissement, la peur des représailles, la protection du maltraitant, la honte ou la gêne, ou simplement parce qu'elles estiment que la maltraitance est normale, voire méritée.

Sur la base de ce constat, le rapport du Secrétaire général insiste sur la nécessité d'entreprendre davantage d'études et d'enquêtes et propose un certain nombre de mesures à prendre pour régler ce problème, notamment grâce à une meilleure prise de conscience, à l'éducation, au renforcement des lois et à la mise en place de programmes d'intervention et de prévention.

Cette réflexion sur la maltraitance, quoique intéressante, est très empirique. L'approche française, très innovante par rapport aux systèmes américains, canadien, anglais ou scandinave, a abouti en quelques années à la mise en place d'un réseau national d'écoute et de prévention, qui s'étend progressivement sur le territoire.

2.2. LE RAPPORT D'ALMA FRANCE 2000

2.2.1. Missions et fonctionnement d'ALMA France

Les missions d'Allô Maltraitance Personnes Agées sont les suivantes :

- Mettre en place en France un réseau d'écoute des signalements de la maltraitance envers les personnes âgées
- Développer une évaluation permanente en partant des données du réseau, des recherches sur ce thème, de faire connaître et de publier les résultats de cette recherche.
- Promouvoir sur ce thème la communication avec les médias et la presse professionnelle.
- Envisager des modalités de prévention de la maltraitance et de défense des isolés, des exclus et des plus faibles parmi les personnes âgées.

Tous ces objectifs visent à réfléchir en pluridisciplinarité et interdisciplinarité afin d'aboutir à la bientraitance des personnes âgées.

La sensibilisation de l'entourage familial, amical, voisin et professionnel est d'autant plus fondamentale que les personnes âgées véritablement mal traitées, dans un cas ou dans un autre :

- ne reconnaissent pas les actes ou omissions subis comme « maltraitance ».
- N'ont pas accès au téléphone.
- Se trouvent dans l'impossibilité de s'exprimer (défaillance de la santé physique ou de la santé mentale).

- Ne peuvent s'exprimer du fait de leur vulnérabilité et fragilité ;

Les centres d'écoute ALMA sont au nombre de 23 en France. La formation initiale des écoutants et des référents est commune. Chaque groupe est complémentaire et doit comprendre le rôle de l'autre. Les référents s'entretiennent souvent avec les écoutants, des derniers ayant une première impression qu'il convient d'approfondir. Les référents décident ensuite des démarches à effectuer, puis ils informent les écoutants des résultats acquis.

Une équipe de trois ou quatre référents, ayant des profils professionnels différents (médecin, gériatre, assistante sociale, juriste, psychologue, professionnel du milieu gérontologique,..) facilite la compréhension des dossiers ouverts par les écoutants et accélère les démarches nécessaires au suivi des dossiers.

D'autre part, le comité technique de pilotage comprend des représentants de toutes les professions sanitaires, sociales judiciaires, qui sont concernés par les difficultés des personnes âgées tant au domicile qu'en milieu institutionnel.

En outre, l'information et la formation sont les activités fondamentales d'ALMA France qui s'adressent aux professionnels à domicile, ainsi qu'au professionnel en institution, et enfin aux étudiants et aux élèves des Instituts de Formation de Soins Infirmiers.

Les centres d'écoute ALMA, selon leurs moyens, proposent également des formations dans leur département.

2.2.2. Activités des centres d'écoute ALMA

L'existence d'un serveur audiotel (répondeur 24h/24h) et le service de minitel 3615 SOS ALMA répartissent les appels vers des centres d'écoute déjà existants. ALMA France, le siège social, dont le numéro de téléphone est donné aux personnes qui appellent et ne trouvent pas de centre d'écoute proche de leur lieu d'appel, fait le relais et prend directement en charge les dossiers de maltraitance ou les remet aux autres antennes qui acceptent d'augmenter leur taux d'activité.

ALMA France n'a pas choisi un numéro vert gratuit pour plusieurs raisons : la « Commission Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie, en 1994, lors de la création de l'association, avait mis en avant l'importance de l'aide de proximité. Aussi, un numéro local pour chaque centre d'écoute départemental paraît tout à fait approprié. D'autre part, l'appel local n'est pas coûteux, son numéro peut être diffusé par la presse locale.

2.2.3. l'évaluation des appels

Grâce à l'augmentation du nombre de centres d'écoute et à une meilleure connaissance d'ALMA, le nombre d'appels augmente. En cinq années, le nombre d'appels, concernant soit des situations de maltraitance, soit des demandes de documentation ou de formation a été multiplié par trois.

64% du total des appels correspondent à des signalements de maltraitance ou négligence, à domicile ou en institution. Tous ces appels n'aboutissent pas à une ouverture de dossier, demandant un suivi, conseil, orientation ou information, mais tous relatent des problèmes concernant des personnes âgées plus ou moins vulnérables.

8362 appels concernent des situations de maltraitance et de négligence.

Depuis l'année 2000, il y a une dispersion nette des appels, les centres d'écoute recevant moins d'appel de leur propre ville que du reste du département : 43,4% d'appels proviennent de département extérieurs à ceux des antennes Ceci est du en partie aux campagnes de communication faites sur le plan national et départemental.

2.2.4. Profil des appelants

On note une baisse significative des personnes âgées ayant elle-même appelé ALMA (10,4%). Un autre chiffre est à rapprocher de cette baisse, c'est le taux de personnes âgées mentionnées au cours des appels souffrant de délire de persécution ou de confusion, momentanée ou non, soit 1,3%.

Les personnes âgées qui appellent ALMA sont à domicile, dans leur propre domicile en général, car elles y sont plus libres pour parler et s'exprimer. Elles parlent surtout de problèmes de voisinage, de difficultés d'argent avec des tiers extérieurs à la famille, mais aussi avec des membres de la famille. D'autres souffrent de délire de persécution ou de paranoïa.

En règle générale, ce ne sont pas les personnes âgées les plus maltraitées ou négligées, tant à domicile qu'en institution, qui appellent ALMA. Les résidents très âgés des institutions très affaiblis par une dépendance physique et psychique prononcée, n'ont aucun moyen d'appeler ALMA, d'où l'importance de renforcer et de créer des outils adéquats pour lutter contre la maltraitance en institution.

En outre, un nombre connu de professionnels, 7,7% en 2000 indique une progression de leur reconnaissance de la maltraitance des personnes âgées par ceux-ci. Ces 7,7% concernent les professionnels qui ont appelé pour signaler un cas de maltraitance et demander conseil auprès d'ALMA.

2.2.5. Formes de maltraitance et de négligence

Au cours des six dernières années, les maltraitements psychologiques et financiers restent sensiblement au même taux, soit supérieur à 20% chacune. Les maltraitements physiques ont augmenté en 2000 (20%). Les négligences sont en très nette diminution, tandis que les maltraitements médicaux ou médicamenteux sont en augmentation.

Les catégories principales de maltraitance sont liées à d'autres formes de maltraitance. En général, plusieurs facteurs d'ordre financier, psychologique, médical sont liés. Plus les facteurs de risque de maltraitance ou de négligence se multiplient, plus les risques de maltraitance augmentent : ainsi, la corrélation entre maltraitance psychologique (35%), financière (20%) et physique (15%) est révélatrice.

Parmi les autres formes de maltraitance, on peut citer les maltraitements civiques: détournement de vote, procuration abusive lors des votes en période électorale, enfermement, restriction ou interdiction de visite tant au domicile qu'en institution, refus d'entrer en institution ou au contraire refus de rester au domicile quand la personne âgée le souhaite, rétention d'information, etc...

Il existe également tous les problèmes liés au voisinage.

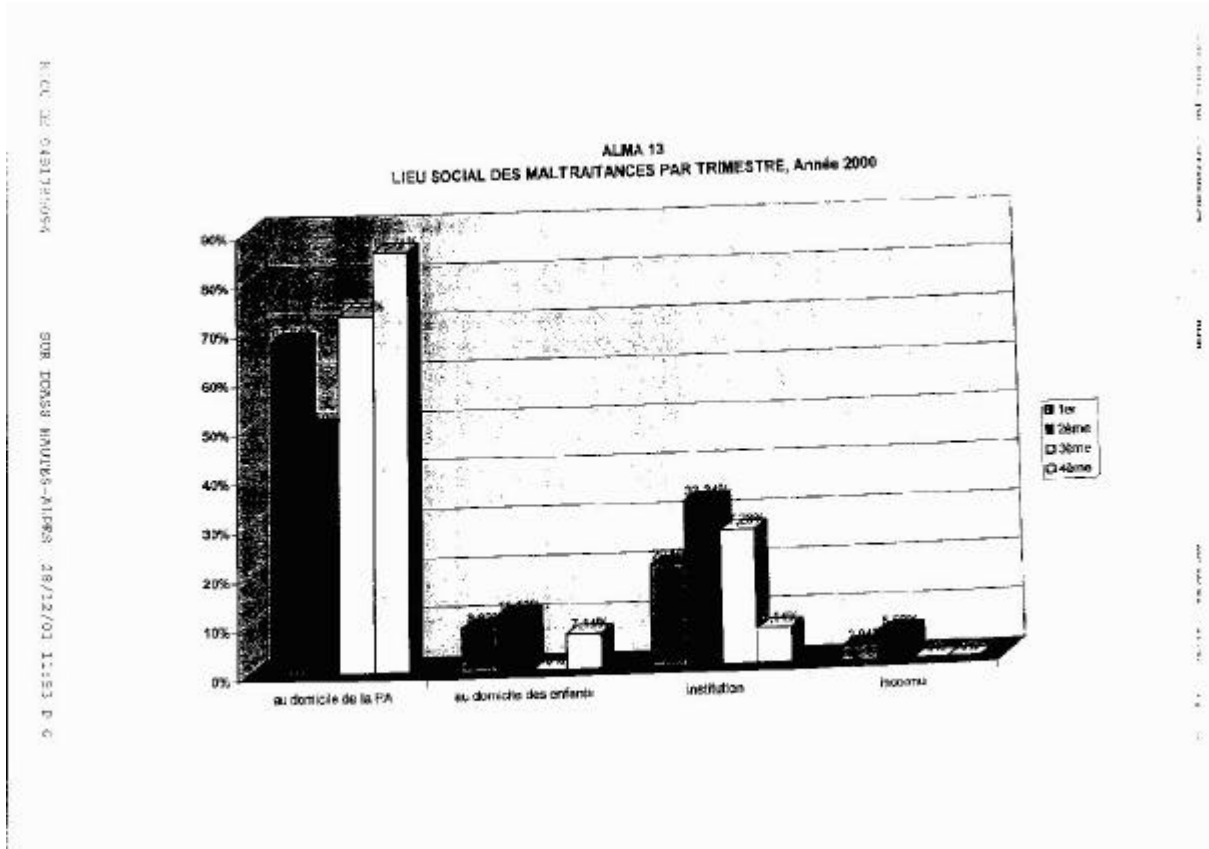
2.2.6. Profil des maltraités

Les problèmes liés aux institutions sont en légère progression (28,6% en 2000 au lieu de 27,5% en 1999). Bien sûr, ils sont moins importants à un niveau quantitatif qu'au domicile

(64,3%). Toutefois, une institution héberge souvent un grand nombre de résidents qui peuvent tous subir les mêmes formes de négligences mentionnées lors d'un appel. Cela représente donc un grand nombre de personnes.

2.2.7. Auteurs de maltraitements et de négligences

-



2.2.8. Réponses apportées

Les premières personnes saisies de ce type de dossier sont les assistantes sociales (38%). La DDASS ou le Conseil Général sont saisis dans la plupart des cas (27%). Les amis, la famille, ainsi que le médecin sont alertés. L'association ALMA reçoit également de plus en plus d'appels (9%) (Voir annexes).

2.3. LE TRAVAIL DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PROTECTION ET D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Cette association dispose d'une antenne d'assistance téléphonique gérée par les bénévoles de l'association, qui réceptionne l'appel du ou des plaignants.

Les membres de l'A.F.P.A.P (Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées) transmettent le dossier de plainte aux enquêteurs de l'association qui réalisent les premières constatations en toute confidentialité sur le terrain (visite de la structure d'accueil, prise de contact avec le voisinage, inspection et contrôle de la qualité d'hébergement et des services en institution). Les enquêtes, investigations et expertises sont réalisées par des professionnels issus du secteur judiciaire et membres bénévoles de l'association.

Lorsque de fortes présomptions validées par des témoignages et des preuves accablantes permettent de mettre en évidence la maltraitance dont est victime la personne âgée, l'A.F.P.A.P transmet le dossier complet auprès des autorités compétentes et s'assure du suivi et de l'aboutissement de la plainte.

La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées se décline sous plusieurs aspects :

- Information et sensibilisation du grand public sur la maltraitance et la violence.
- Edition de la lettre d'information mensuelle destinée aux professionnels du secteur médico-social.
- Création d'un site Internet de conseil et d'information sur la maltraitance.
- Création d'un numéro vert national et d'une antenne d'écoute et d'assistance
- Mise en place d'une collaboration avec les acteurs concernés par la violence et la maltraitance (police, justice, administrations d'Etat, communes, départements, hôpitaux...).

- Edition du « Guide du 3^{ème} âge » avec la collaboration de Plan retraite (ce guide d'information gérontologique de plus de 60 pages est diffusé gratuitement à plusieurs milliers d'exemplaires, en Ile de France et Rhône Alpes, auprès des professionnels du secteur médico-social) .
- Mise en place d'une permanence d'accueil du public dans les locaux de l'association.
- Réunions d'informations, de conseils et de formation auprès des professionnels et des familles.

Cette association a un but trop large dans le sens où elle intervient sur des missions relevant du Conseil général ou de l'Etat. Il est également nécessaire de savoir si les personnes faisant partie de l'association jouissent d'une quelconque légitimité au niveau gérontologique.

Cette structure devrait plus se recentrer sur des activités de médiation et de conciliation, en concertation avec les différentes institutions concernées (Etat, Département, Directeurs d'établissements...).

2.4. LA PRISE EN COMPTE DE LA MALTRAITANCE AU NIVEAU LOCAL

La DRASS PACA a mis en place un groupe de travail sur les personnes âgées portant sur la formation des intervenants.

Par ailleurs, la population âgée de plus de 60 ans représente 22,9% de la population totale du département des Hautes-Alpes, soit 27 900 personnes. Ce chiffre fait apparaître le département comme ayant une plus faible proportion de personnes de plus de 60 ans par rapport aux départements de strate démographique comparable. Il ressort cependant une relative sur représentation de cette classe d'âge des plus de 60 ans par rapport au regard de certains départements voisins et de la moyenne nationale (20,3%).

Il est donc important que ces personnes fassent l'objet d'une attention particulière dans ce département.

2.4.1. Une réflexion approfondie sur la formation des intervenants.

Ce document, élaboré par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la région Provence- Alpes - Cote d'Azur est le rapport d'étape d'un groupe de travail composé de quelques personnes volontaires et mobilisées autour des questions de formation ou sensibilisées à la nécessité de former les personnes appelées à travailler auprès des personnes âgées. Ce document constitue l'amorce d'un processus qui identifie les questions à traiter et invite les acteurs encore absents à le compléter de leur point de vue, pour qu'à l'issue d'un diagnostic complet et partagé, se dessinent des perspectives de prise en compte concrètes des solutions à mettre en œuvre, par les acteurs concernés par les formations ou par les personnes âgées, et notamment les décideurs.

L'amélioration de la formation est un point essentiel dans le cadre de la lutte contre la maltraitance.

La promotion de la formation des intervenants auprès des personnes âgées est, par suite, ancrée sur les orientations suivantes :

- La nécessaire professionnalisation des intervenants, quel que soit le niveau de leur action, qui, s'appuyant le cas échéant sur l'expérience acquise, permette l'accession à des qualifications dans un parcours professionnel ouvert.
- Un contenu de formation commun pour tous les métiers ou emplois, comme socle minimum de connaissance à acquérir et à adapter selon les niveaux d'intervention.
- L'accès à des formations qualifiantes, notamment pour les personnes en situation d'emploi à domicile ou en établissements pour personnes âgées depuis de nombreuses années, dans la perspective d'une évolution de carrière ouverte y compris sur d'autres secteurs d'activité.
- Une formation qui contribue à faire acquérir aux intervenants une qualification de base transférable et utilisable tout au long de la vie professionnelle sur laquelle s'appuieront les compléments (adaptation à l'emploi) ou les approfondissements indispensables apportés par la formation continue.
- La création de nouveaux métiers dans le secteur de la gérontologie : celui de conseiller en gérontologie s'inscrit logiquement dans les emplois nouveaux repérés dans le cadre

des réseaux gérontologiques (Centre Locaux d'Information et de Coordination) pour lesquels il serait utile de prévoir la que« labellisation » soit conditionnée non seulement par l'identification des intervenants mais aussi par leur qualification ou l'engagement des structures à ajuster les compétences de leurs personnels aux évolutions par des formations continues adaptées.

- La promotion d'une culture gérontologique partagée par la population dans son ensemble.

Afin de rendre ces principes applicables, il est nécessaire de mettre en relation l'ensemble des acteurs concernés par le domaine de la formation, afin que ces travaux aboutissent, au terme d'un diagnostic partagé, à donner des éléments de nature à éclairer les choix des décideurs.

Sur cette base, ces travaux visent à créer un processus régional de construction d'une démarche cohérente entre les actions menées respectivement par les différents acteurs ; la recherche de cette cohérence doit conduire in fine à faire bénéficier aux personnes âgées de la meilleure qualité de vie, parce que les professionnels ou les aidants naturels qui les entourent sont et seront formés en adéquation avec leurs besoins.

2.4.2. Le dispositif prévu par la DDASS des Hautes-Alpes

La DDASS des Hautes-Alpes a pris des dispositions, dans le cadre de la Directive Nationale d'Orientation n°2001-157 du 23/03/01 relatif au programme pluriannuel d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux, visant à :

- Rassembler l'ensemble des textes et instructions récemment parues sur ce sujet.
- A constituer et à tenir à jour une base documentaire juridique fondant la légitimité des interventions des services de la DDASS.
- A prendre en charge le suivi informatique des opérations grâce à l'outil informatique de suivi élaboré par les services du ministère

Un outil de recensement va se mettre en place afin de donner à cette activité toute sa dimension en valorisant le travail effectué au sein de la DDASS des Hautes-Alpes, notamment à l'occasion de la réalisation de contrôles ou de l'instructions de plaintes.

De ce fait, la reconstitution d'un tel historique à partir de ces dossiers, mais également d'un questionnaire de recensement lancé auprès de tous les établissements entrant dans le champ de l'étude permettra de mieux connaître les structures et d'être plus attentifs à celles qui de par leur organisation ou leur mode de fonctionnement seraient potentiellement maltraitantes.

Les services de la DDASS, et notamment l'inspecteur en charge des personnes âgées déplorent le manque de coordination avec les services du Conseil Général, ce qui conduit à une inefficacité des interventions. Il est donc nécessaire qu'un travail en amont ait lieu sur un champ qui induit un travail en partenariat.

2.4.3. L'appréhension du problème par le Conseil Général

Le schéma gérontologique départemental des établissements et services sociaux et médico sociaux mentionne que la prévention des excès auxquels peuvent être soumises des personnes fragiles constitue une des conditions du respect de la personne. La lutte contre la maltraitance et le contrôle de la qualité de vie au domicile et dans les établissements sont deux aspects de la lutte pour la dignité.

La prévention des situations de maltraitance physique, psychologique et financière, ainsi que des négligences moins apparente mais très nombreuses telles que les négligences par omission imposent le lancement de campagnes d'information en direction du grand public et des professionnels œuvrant dans le champ gérontologique.

L'information et la formation sont les meilleures des préventions évitant les actions curatives, voire répressives.

Les propositions du schéma sont de faire jouer les réseaux départementaux afin qu'ils participent à des campagnes départementales d'information.

Ces propositions sont intéressantes, mais elles méritent une application concrète.

Une prise de conscience des Directeurs de Maisons de retraite a émergé et des initiatives ont été prises dans ce domaine.

2.4.4. L'exemple du projet d'établissement 2001/2005 des Résidences Guil- Ecrins

Le projet insiste sur l'attention particulière qui doit être donnée à la communication entre les services, l'écoute et la compréhension du résident, l'approche des familles ou les relations à l'extérieur qui doivent permettre à ces structures d'être des lieux ouverts.

La garantie des prestations de qualité, l'accompagnement de la personne âgée dans ses difficultés physiologiques, psychologiques et sociales, par un environnement sécurisant (matériel, humain, architectural) est un point essentiel du projet, ce qui a pour objectif de contribuer à la prévention d'actes maltraitants.

Le maintien de l'autonomie est également un des objectifs essentiels afin d'éviter une dépendance trop lourde conduisant à une infantilisation de la personne âgée et aboutissant de facto à une émergence d'une certaine agressivité.

La spécificité du département Haut-Alpin a conduit un grand nombre d'établissements hébergeant des personnes âgées à fonctionner en réseau à partir de macro-projets. ; c'est la raison pour laquelle les différents établissements du département (Maisons de retraite d'Aiguilles, Guillestre, l'Argentière, Embrun, Savines, Le long séjour d'Embrun) ont formé un réseau gérontologique autour d'un Centre hospitalier référent, le Centre Hospitalier d'Embrun. Une journée d'étude sur la maltraitance des personnes âgées a été organisée à Embrun en novembre 2001 réunissant la DDASS, le Conseil Général, des gériatres, ainsi que des usagers.

Partant de ces objectifs, le projet de vie est élaboré autour d'actions à mettre en œuvre, et pour chaque action, un responsable est nommé et doit permettre la mise en application de ce projet dans les délais fixés et avec les moyens envisagés. Les actions sont présentées sous forme de fiche reprenant l'objectif de cette action et un coordonnateur, qui fait partie du personnel de l'établissement, est désigné pour piloter le projet.

Cette initiative s'inscrit totalement dans l'outil d'auto évaluation périodique de la qualité proposé en annexe du décret n° 99-316 du 16 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées (arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales.).

Afin de prévenir la maltraitance, le projet d'établissement prévoit parmi ses fiches actions le respect de la personne âgée qui se traduit par une meilleure prise en compte de l'intimité de celle-ci. Le respect de la personne commence d'abord par son accueil, qui passe par une visite préalable de l'institution et qui prépare l'entrée en institution. C'est la fonction principale de la « Coordinatrice d'admissions » qui a un rôle essentiel dans la relation de la personne âgée avec son nouvel environnement.

L'accueil des familles représente le second point important, afin de les rassurer par rapport à la culpabilité qu'ils peuvent à la suite de l'entrée en institution de la personne âgée.

Le projet d'établissement tel qu'il est conçu par cette résidence pour personnes âgées s'inscrit donc totalement dans une logique préventive et tend à prendre en compte les aspirations des familles et des personnes âgées.

Le projet de coordination gérontologique, qui en est à ses balbutiements, devra demander un travail approfondi entre les différents chefs de service afin d'envisager des méthodes de travail commune et une meilleure approche des problèmes.

Cette démarche devra être conduite dans un cadre institutionnel : la DDASS et la Direction des Solidarités du Conseil Général devront inciter, informer, évaluer les actions menées dans le cadre de la création de ce réseau gérontologique.

D'autre part, le projet de vie de L'Unité de Soins de Longue Durée de Gap est tout à fait intéressant car il prévoit toute une panoplie d'actions à mettre en œuvre qu'il convient de détailler, car elles sont révélatrices de ce qui doit être mis en œuvre afin de prévenir tout risque potentiellement maltraitant.

2.4.5. Le projet de vie de l'Unité de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier de Gap

12 thèmes ont été déclinés :

- Une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne âgée : l'objectif est de dispenser un certain nombre de prestations de qualité par une équipe compétente et formée, prenant en compte la spécificité et la singularité de la personne âgée. Pour cela l'élaboration d'une charte des soignants en Unité de Soins de longue Durée permettra de

définir les rôles et les missions de chaque catégorie de personnel au niveau du service, à partir des profils de fonction, définis au Centre hospitalier.

- Développement de la dimension relationnelle équipe/patient : Il s'agit de répondre aux besoins de présence, d'écoute, d'attention, de sécurisation et la personne âgée, de mise en confiance. Pour cela, il est nécessaire de leur consacrer du temps et d'être attentifs à ce qu'ils vivent et à ce qui leur rappelle leur passé. Enfin, il est important de les aider à réaliser les projets qu'ils ont encore. A cet effet, la constitution de groupe de paroles permet aux soignants de parler de leurs expériences gratifiantes ou douloureuses, et ces échanges permettent d'apaiser l'anxiété ou l'angoisse ressenties qui peuvent conduire à l'épuisement des équipes (Burn out).
- Une prise en charge définie au moyen d'un contrat de séjour établi avec l'équipe médicale : A partir du contrat établi par le médecin avec l'usager ou sa famille, fixer le cadre d'engagement mutuel Personne âgée/Famille/Etablissement au niveau de la prise en charge de la personne. Cela induit une explicitation du contrat de séjour par le cadre infirmier lors de l'accueil de la personne âgée et de sa famille.
- Un accueil personnalisé visant une intégration facilitée et une appropriation des lieux : Il s'agit de limiter le « traumatisme » lié à la rupture pour la personne âgée de son environnement et de favoriser l'adaptation de celle-ci à une situation nouvelle pour elle. L'important est de maintenir l'identité de la personne et de s'orienter vers une individualisation de la prise en charge. Pour cela la création d'un staff technique spécifique nouvel entrant, avec la participation de l'équipe pluridisciplinaire dans sa totalité ne peut que renforcer la qualité de l'accueil.
- Aménagement du cadre de vie : Appropriation de la chambre, c'est-à-dire permettre à la personne âgée d'installer des objets personnels. par ailleurs, il convient de favoriser les petits coins salons, détente...
- Evolution de la qualité des prestations hôtelières, l'instant repas : Redonner le goût de manger aux personnes âgées en donnant à « l'instant repas » une place privilégiée dans l'organisation de la journée. La personne doit avoir la possibilité de choisir ou de s'exprimer sur le contenu du menu. D'autre part, il s'agit d'élargir l'amplitude du temps repas (horaires de distribution plus conventionnels) dans un espace restauration convivial, avec un prolongement sur un jardin extérieur ou une terrasse.

- Maintien/Développement social (animation) : Ouvrir la vie du service sur l'extérieur, afin que les personnes âgées se sentent intégrées dans la société et contribuer à développer les capacités d'échanges des personnes âgées (jeux de société, Atelier lecture, Atelier peinture, Atelier mémoire, travail sur le souvenir, le toucher, les odeurs, gymnastique douce) dans la mesure de leurs possibilités.
- Ouverture du Centre de soins de longue durée sur la ville : Maintenir et développer la vie sociale, dans une dynamique intra-extra-muros afin de contribuer au développement d'une image positive et attractive de l'établissement dans son environnement (réalisation de conférences, de diaporamas, exposition de peinture, de sculpture, mise en place de guinguettes...).
- Intégration des familles ou des proches : mise en place de réunions thématiques avec les familles, où des thèmes variés seront abordés (organisation, évolution médicale et matériel, prise en charge des personnes âgées atteints de troubles démentiels). Rencontres formalisées avec l'équipe médicale permettant de suivre au mieux l'état de santé de la personne âgée institutionnalisée, rencontre avec le psychologue, possibilité d'être hébergé sur place lorsque la personne âgée se trouve en fin de vie, participation au conseil d'administration d'un représentant des familles.
- Définition d'un cadre réglementaire commun à tous : le projet de vie traduit la volonté dynamique et la forte implication de la Direction et des professionnels de positionner la personne âgée centre d'intérêt de tous et de rechercher l'évolution qualitative de son quotidien, dans le respect de sa personne et de sa dignité.
- Accompagnement de fin de vie : L'accompagnement de fin de vie repose sur le travail en équipe pluridisciplinaire. Cet accompagnement exige une collaboration et une concertation constante en vue d'humaniser la fin de vie en respectant les derniers désirs du mourant et de sa famille. Il faut donc former du personnel à l'accompagnement des personnes en fin de vie et poursuivre la collaboration avec l'équipe de soins palliatifs du centre hospitalier.

Ces propositions du CH de Gap sont très enrichissante car elles abordent de manière très détaillée les contours d'une politique de soins efficace car elles prennent en compte tous les aspects liés au vieillissement (social, culturel, physiologique ...). Cela ne peut donc que renforcer la prévention de la maltraitance.

2.4.6. La prise de conscience du monde associatif

L'association L.A.M.I.R.E (Loisirs Animations en Maisons et Institutions pour Retraités) a été créée en décembre 2000 et a pour objectif principale le maintien des relations sociales des personnes âgées hébergées en institution ; des projets d'animation sont mis en œuvre en favorisant la participation active des retraités, du personnel, des familles. Le but de cette association est de décloisonner les maisons de retraite et de faire en sorte que les personnes vivant dans ces institutions ne soient pas isolées.

A cet égard, l'association élabore un programme d'actions de prévention de la maltraitance des personnes âgées avec l'antenne alpine d'ALMA située à Sisteron. Ce programme réalisé avec l'aide des clubs et associations de retraités viendra appuyer le lancement de permanences téléphoniques d'écoutes. Il est envisagé une collaboration étroite avec tous les acteurs concernés par la maltraitance dans le département Haut-Alpin (DDASS, CODERPA, Conseil Général, Assurance Maladie). A ce titre, l'association ALMA Alpes de Haute Provence est prête à s'associer à toutes les initiatives prises dans le département des Hautes-Alpes.

Concrètement, deux types d'actions sont envisagées par L.A.M.I.R.E :

- **Sensibilisation des enfants et des jeunes** :préparation de spectacles en commun avec des retraités de clubs et des groupes d'enfants en activité extra scolaire.
- **Sensibilisation du grand public** :production et réalisation d'un spectacle ou d'une vidéo sur des thèmes variés montrant le rôle de la personne âgée dans différentes sociétés, dans l'histoire, informant sur le processus de vieillissement.

Ces action visent à modifier la perception de la famille et à encourager le respect de tous vis à vis de la personne âgée.

Des initiatives sont prises, mais, en ce qui concerne un certain nombre de domaines, des appréciations critiques peuvent être dégagées.

2.5. LE CONSTAT

Deux types de dysfonctionnements peuvent être énumérés : des dysfonctionnements d'ordre interne propre à l'institution et des dysfonctionnements externes.

2.5.1. Des Dysfonctionnements d'ordre interne

Tous les Directeurs de maisons de retraite interrogés font état d'une insuffisance de moyens humains qui contribuent de ce fait à un épuisement du personnel.

D'autre part, l'inexpérience du personnel est criante du fait d'un manque de formation de base à la gérontologie en raison d'une absence de critères de recrutement inexistant, étant donné que la gérontologie était une filière de seconde zone où l'on reléguait les personnels indésirables. Même si les choses évoluent, des efforts doivent être faits afin de rendre ce secteur plus attractif.

Dans son livre « Scandales dans les maisons de retraite », Jean François Lacan souligne les abus qu'il a découverts lors de son enquête dans divers établissements : dotées d'un taux moyen de remplissage de 99,18%, les maisons de retraite bénéficient d'une injustifiable tolérance en même temps que d'un marché idéal (non concurrentiel, totalement captif, parfaitement solvable). Les familles qui ne peuvent plus s'occuper de leurs aînés ne sont que trop soulagées d'y trouver une place. Quant aux seniors isolés, c'est l'administration qui les y place d'office

En outre, le règlement intérieur de ces établissements n'est pas communiqué aux entrants dans 44% des cas, ce qui est contraire à la loi.

Plus grave encore, l'enquête de Jean-François Lacan met en évidence le fait que les tarifs pratiqués par ces établissements sont de véritables pactoles et sont arrondis au besoin par de nombreuses possibilités d'escroqueries, aussi faciles que tentantes à pratiquer : facturation de frais déjà remboursés par la Sécurité Sociale, commissions versées par les médecins et les infirmières libérales en échange d'une « exclusivité » parfaitement illégale sur la clientèle de la maison, dessous de table exigés des pharmaciens et autres fournisseurs, soins non assurés, mais facturés, disparition d'objets appartenant aux pensionnaires, menus ne correspondant pas à ceux qui sont affichés, personnel en sous-effectif dangereux, normes de sécurité non respectées.

Bien évidemment, la plupart des établissements ne correspondent pas à cette description très sombre, mais force est de constater que certaines maisons de retraite devraient être fermées et que les pouvoirs publics tardent à se manifester.

2.5.2. Des Dysfonctionnements d'ordre externe

« 5 à 6 % des maisons de retraite mériteraient d'être fermées , reconnaît Pascal Champvert, président de l'association des directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA). Nous demandons ces fermetures aux pouvoirs publics depuis dix ans. Plusieurs départements ont joué le jeu. D'autres moins. ».

Le flou des textes, mais aussi le partage des compétences en termes de contrôle et de sanctions entre président du Conseil Général et Etat, DDASS et Préfet, ralentit les procédures.

Par ailleurs, certaines associations de personnes âgées déplorent que les abus signalés ne conduisent pas à des contrôles systématiques, ou que les maisons de retraite inspectées en soient averties à l'avance, par des indiscrétions. « Les établissements fonctionnent sans véritable contrôle, et lorsqu'il y en a un, il n'est pas performant », confirme Pascal Champvert.

Face à ce constat, il est donc urgent de proposer des solutions afin d'améliorer le dispositif de prévention de la maltraitance en institution. Quelques dispositifs ont été mis en place mais ils apparaissent insuffisants pour résoudre le problème.

3. L'EVOLUTION DES DISPOSITIFS DE PREVENTION

De nombreux dispositifs ont été mis en œuvre, traduisant de ce fait une volonté forte de la part de l'Etat.

3.1. LES OUTILS JURIDIQUES

De nombreuses dispositions législatives et réglementaires ont été prises, tant au plan de la protection de la personne en tant que telle qu'au plan institutionnel.

3.1.1. La protection juridique des personnes âgées

3.1.1.1. En droit civil

Le législateur a expressément prévu que les régimes de protections avaient vocation à s'appliquer aux personnes âgées puisque l'article 490 du code civil dispose que « lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus... ».

Le juge des tutelles saisi peut ordonner suivant l'état de la personne vulnérable à protéger une sauvegarde de justice prévue par l'article 491 du code civil lorsque la personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile.

Lorsqu'un majeur, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile, il peut aux termes de l'article 508 du code civil être placé sous un régime de curatelle.

Quand le majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile, le juge des tutelles peut mettre le majeur sous le régime de la tutelle.

Il apparaît que le dispositif de protection des majeurs s'avère complexe et insuffisamment protecteur des personnes vulnérables, c'est la raison pour laquelle sur la base des propositions d'un groupe de travail présidé par Jean Favard, conseiller honoraire à la Cour de cassation, une réforme importante du dispositif juridique de protection des majeurs va être engagée ; cette réforme comprend 4 volets :

- L'application du champ de protection à la personne même du majeur, et non plus seulement à ses biens. Les droits du majeurs seront mieux assurés dans le déroulement de la procédure, et notamment son droit à être entendu par le juge et à être assisté par un avocat dans la procédure judiciaire. La personne chargée de la mesure de protection devra régulièrement visiter la personne protégée sur son lieu de résidence pour s'assurer de ses conditions de vie quotidienne.
- La mise en place d'une formation des personnes chargées d'exercer les mesures de protection et la création d'un statut de « délégué à la protection juridique des majeurs ».

- Un meilleur contrôle des comptes de gestion des majeurs : chaque majeur disposera d'au moins un compte courant et des commissaires aux comptes ou des experts-comptables interviendront au sein des associations.
- La réforme du dispositif du financement des mesures de protection pour harmoniser la rémunération des délégués à la protection des majeurs et organiser un financement par dotation globale.

3.1.1.2. En droit pénal

Les personnes dont la particulière vulnérabilité est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique entre dans cette catégorie aux termes de l'article 222-3 2° du code pénal.

Le droit pénal a intégré la notion de personne vulnérable et plus généralement celle de la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction.

Il est important de souligner que la vulnérabilité des victimes est érigée en circonstance aggravante : ainsi, le fait de commettre des crimes ou des délits sur une personne particulièrement vulnérable a pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur. Le meurtre est puni de la réclusion criminelle lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique est apparente ou connue de son auteur (article 221-4 du code pénal). Il en est de même pour les actes de torture et de barbarie (article 222-3 du code pénal), les coups mortels (article 222-8 du code pénal), les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (article 222-10 du code pénal), le viol (article 222-24 du code pénal) punis respectivement de vingt ans de réclusion criminelle pour les deux premiers crimes et de quinze ans de réclusion criminelle pour les violences aggravées.

Par ailleurs, la vulnérabilité des victimes est constitutive de délits spécifiques, le législateur ayant érigé des faits de nature contraventionnelle en délit lorsque les faits ont été commis sur une personne vulnérable ou sur un mineur de quinze ans.

D'autres délits spécifiques peuvent être cités, tel le fait d'obtenir d'une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, de fournitures de services non rétribués en échange d'une rétribution manifestement sans rapport avec l'importance du travail accompli est puni de deux ans d'emprisonnement (article 225-13 du code pénal) et de 500 000 d'amende.

De même, le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amendes (article 225-14 du code pénal).

Le législateur, afin de protéger les personnes vulnérables, a également créé le délit spécifique d'abus d'ignorance et de faiblesse (article 313-4 du code pénal) qui s'applique notamment aux personnes âgées.

On va retrouver, à propos des infractions relatives aux biens, le même mécanisme de protection assurée aux personnes particulièrement vulnérables en raison notamment de leur âge, cet état constituant soit une circonstance aggravante des peines encourues soit un élément constitutif d'une infraction spécifique. Ainsi, cet état est une circonstance aggravante pour les infractions suivantes : vol (article L311-4 du code pénal), extorsion (article L 312-2 du code pénal), escroquerie (article L313-2 du code pénal).

Cette particulière vulnérabilité due à l'âge est un élément constitutif d'une nouvelle infraction à savoir celle de « l'abus frauduleux d'ignorance ou de faiblesse, apparente ou connue de son auteur, pour obliger cette personne à un acte ou une abstention qui lui sont gravement préjudiciable » (article L 313-4 du code pénal).

En outre, il existe d'autres dispositions plus spécifiques qui ont vocation à sanctionner la maltraitance dans les institutions accueillant des personnes âgées.

3.1.2. Les dispositions relatives à la maltraitance en institution

3.1.2.1. Les mesures préventives

- L'article 4 de la loi du 30/06/1975, modifié par la loi du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales comprenant notamment les établissements hébergeant des personnes âgées imposent des normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement.
- Circulaire du 07/04/1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées. Elle rappelle que le contrôle des établissements accueillant des personnes âgées doit être effectuée par l'autorité administrative notamment en matière de qualité de soins, de confort, d'alimentation et de sécurité. De même, cette circulaire souligne que les règlements intérieurs ne doivent pas comprendre des dispositions contraignantes relatives aux heures d'entrées et de sorties, d'interdiction des meubles personnels...
- L' article L326-1 du code de la santé publique qui interdit d'hospitaliser pour troubles mentaux une personne sans son consentement ou celui de son représentant légal hors les cas d' hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers.
- Les articles 208 et 209 du code de la famille et de l'aide sociale qui prévoient une surveillance par L'IGAS et par la DDASS des établissements hébergeant des personnes âgées et celles des articles L 3223-1 à L 3223-3 du code de la santé publique qui prévoient des contrôles réguliers des autorités administratives et judiciaires et un contrôle permanent par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.
- On trouve également quelques dispositions applicables à la protection des biens. Tel est le cas de celles de la loi du 06/07/92 relative à la responsabilité de certains établissements en matière de vol, perte ou de détérioration d'objets. L'article premier vise expressément les établissements hébergeant des personnes âgées et prévoit une responsabilité de plein droit pour les vols, perte et détériorations des objets mobiliers de toute nature qui ont été déposés entre les mains de l'établissement.

- On peut encore mentionner les dispositions de l'article 496.2 du code civil qui interdisent de déléguer la tutelle à l'établissement et à tout employé de celui-ci hors le cas de gérance de tutelle, et celles de l'article 209 bis du code de la famille et de l'aide sociale qui étendent aux propriétaires, gérants et personnels des établissements hébergeant notamment des personnes âgées les interdictions de l'article 909 du code civil.

3.1.2.2. Les mesures répressives administratives

Des textes particuliers s'appliquant notamment aux établissements hébergeant des personnes âgées permettent à l'autorité administrative de mettre fin, au besoin par des mesures de fermeture, à des situations institutionnelles de maltraitance.

Telles sont le cas des dispositions de l'article 14 de la loi du 30/06/1975, modifié par la loi du 02 janvier 2002, qui autorisent le représentant de l'Etat à prononcer une fermeture provisoire ou définitive de l'établissement ou service dans lequel « la santé, la sécurité ou le bien être physique ou moral des usagers se trouvent compromis ou menacés par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service ».

Ces dispositions renvoient à celles des articles 203 à 217 du code de l'aide sociale et qui concernent notamment les établissements hébergeant des personnes âgées. Ainsi, l'article 210 donne au préfet un pouvoir d'injonction, voire de fermeture le cas échéant en urgence, de l'établissement dans lequel la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes âgées sont menacés ou compromis.

L'article 213 du code de l'aide sociale prévoit des sanctions pénales pour les responsables qui ne soumettraient pas ces agissements au Préfet.

Il est possible de prévenir ou de limiter les effets ou la commission de nouveaux faits par la dénonciation des auteurs (article 434-1 du code pénal). En effet, l'obligation de dénonciation s'impose à quiconque a connaissance de mauvais traitements infligés entre autre à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge (article 434-3 du code pénal).

Enfin, il faut rappeler les dispositions relatives à la non-assistance à personne en danger de crime ou de délit (article 223-6 du code pénal) et l'omission de porter secours à une personne en péril qui font obligation non de dénoncer cette fois mais d'intervenir.

L'article L226-14 du code pénal prévoit que ne commet pas une infraction au secret professionnel « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ».

D'autre part, la Direction Générale de l'Action Sociale a publié une circulaire N°2002/265 du 30 avril 2002 relative au « renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuel envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales ». Cette circulaire rappelle que la lutte contre la maltraitance est un impératif et qu'une vigilance et une efficacité renforcées s'imposent dans le traitement des violences en institution. Dans le cadre de leur mission de surveillance des établissements et de protection des personnes qui y sont accueillies, les DDASS doivent, d'une part, veiller à ce que les institutions prennent les dispositions qui s'imposent dans de telles situations et d'autre part, fournir à l'administration centrale l'ensemble des informations nécessaires au suivi du traitement des signalements, selon la procédure définie par la DGAS. Il est enfin rappelé que les personnes procédant à un signalement de maltraitance (salariés des institutions, agents publics) bénéficient d'une protection juridique.

En outre, les pouvoirs publics ont, à travers des réformes récentes, amélioré le dispositif de prévention.

3.2. L'AMELIORATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION

3.2.1. La création d'un outil d'évaluation dans les établissements hébergeant des personnes âgées

3.2.1.1. Le contenu de la démarche qualité et sa mise en œuvre au niveau interne

L'élément nouveau introduit par la réglementation du 26 avril 1999 sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est la formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre des conventions établies entre chaque établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général. Ces conventions doivent s'appuyer sur le cahier des charges publié au Journal Officiel du 27 avril 1999. L'objectif est la mise en œuvre au sein des établissements de démarches continues d'amélioration en matière de qualité, centrées sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins.

L'établissement doit mettre en œuvre des outils préalablement définis lui permettant d'identifier les points à améliorer. Cette auto-évaluation, initiale puis périodique, au minimum annuelle, constitue l'un des éléments essentiels nécessaire à l'amélioration de la qualité.

Il est également important que l'évaluation soit d'origine externe et soit pratiquée par les autorités administratives compétentes (Etat ou conseil général).

L'outil d'auto évaluation se compose de 9 colonnes :

- Le thème
- Les mots clés
- Les items rédigés de façon à favoriser le questionnement et la réflexion
- Les sources d'information proposées permettant de fournir les éléments d'une mesure objective.

- Le niveau de cotation retenu pour l'année en cours
- Les points forts
- Les points faibles
- Les objectifs d'amélioration de la qualité envisagés dans le cadre de la convention
- Les commentaires et observations recueillis pendant la démarche

Le décret du 04 mai 2001 relatif aux Etablissements Hébergeant des Personnes Agées dépendantes définit de manière précise ce que doit être une bonne démarche qualité qui doit être centrée sur l'amélioration de la qualité de vie (dignité, écoute, confort). Les conventions lient l'attribution de moyens supplémentaires à la réalisation d'objectifs d'amélioration de la qualité.

Le schéma gérontologique des Hautes-Alpes fournit un bon exemple de ce que doit être une bonne démarche qualité, en énumérant dans un premier temps quelles sont les prescriptions à mettre en œuvre :

➤ La qualité architecturale :

la disparition des chambres collectives est une nécessité, il importe de faire réaliser un bilan précis, établissements par établissements, des lits qui ne répondraient pas à cette exigence. Les aménagements architecturaux entraînés par l'ouverture des établissements sur des modes d'accueil innovants seront également considérés comme relevant d'un même niveau de priorité. Enfin, les travaux de sécurité et de mise aux normes techniques, qui ne peuvent en aucun cas être différés, seront également recensés dans l'inventaire des travaux prioritaires à réaliser et à financer.

➤ Le projet d'établissement :

Le règlement intérieur et le contrat de séjour doivent être ajustés sur le projet d'établissement qui devra prévoir un fonctionnement participatif réel des membres du conseil d'établissement, ainsi que les documents remis à l'accueil de la personne âgée. La qualité de l'accueil de la personne âgée se mesure enfin dès les formalités de pré admission, et a fortiori d'admission, la décision définitive devant être prise selon une procédure (commission, avis médical, décision du directeur) fixée à l'avance. La visite de l'établissement

préalablement à l'admission est une condition essentielle qui aboutira à un choix réfléchi et libre.

La qualité de l'hébergement se mesure à la fois dans la conformité entre la présentation de l'établissement et la réalité (qualité des repas, gestion du linge, qualité de l'entretien des locaux et de l'entretien des bâtiments) et dans le respect des règles d'hygiène, notamment celles qui régissent la cuisine et le ménage.

La qualité de l'animation prévue pour les résidents fait partie de la qualité de l'hébergement, qu'il s'agisse d'animation à caractère culturel ou ludique basée sur l'écoute, éventuellement assurée par les associations de bénévoles extérieures à l'institution, ou d'animation institutionnelle assurée par les professionnels dans une finalité de mobilisation des acquis fonctionnels ou comportementaux.

➤ Le projet de soin et le projet de vie

Ils renvoient à une organisation interne qui facilite l'actualisation et la mise en cohérence du dossier médical, du dossier de soins et du projet de vie. Cette articulation entre les trois éléments du suivi de chaque personne implique à la fois un système centralisé d'information et un système de transmission de consignes et de relevé d'observations :

La qualité des relevés d'observations, qui conditionne l'intérêt des éléments saisis et transmis, doit reposer sur des protocoles de soins couvrant les principaux champs d'intervention du personnel soignant.

Chaque établissement, en fonction de son plan de formation et de la qualification de ses personnels pourrait définir l'étendue des protocoles de soins dont il a besoin (prévention des risques maltraitants, traitement d'escarres...).

Pour cela, le travail en réseau est essentiel, et les autorités de tutelle que sont la DDASS et le Conseil général se doivent de mettre en œuvre des procédures d'évaluation de la qualité.

3.2.1.2. L'évaluation externe

Les principes retenus par le schéma gérontologique des Hautes-Alpes repose sur les dispositions suivantes :

- Négociation annuelle avec les établissements d'objectifs de qualité sur chacun des six critères prévus par l'arrêté du 26 avril 1999, dans le cadre des campagnes de tarification, l'ensemble de ces critères participant à la prévention de la maltraitance dans son ensemble.
- Fixation d'objectifs annuels dans une perspective triennale, avec objectifs glissants, pour permettre une évaluation objective du degré d'atteinte des résultats escomptés
- Définition des conditions d'exécution de l'évaluation concertée des résultats au moyen en particulier d'une pré-identification d'indicateurs de qualité susceptibles d'être renseignés de façon binaire, par oui ou non, ou par détermination d'un taux de réussite exprimable en pourcentage.
- Evaluation concertée reposant en outre sur un constat partagé du respect des engagements éventuellement souscrits de façon réciproques par les services financeurs et par les établissements.

Ces orientations ne pourront qu'inciter les établissements et services à préparer sur la base des orientations du schéma gérontologique départemental un référentiel de qualité conforme à l'arrêté du 26 avril 1999. Cette orientation doit être prise rapidement pour traduire dans les faits une qualité de service conforme aux attentes des personnes âgées et aux exigences de la mission de service public déléguée aux établissements et aux associations.

D'autre part, la création d'une commission interprofessionnelle, associant l'Etat et les services du conseil général, aura pour mission de formuler toute initiative destinée à promouvoir, sur l'ensemble du territoire départemental, la conception et l'utilisation d'un référentiel commun à tous les établissements.

La réforme de la loi de 1975 renforce également le dispositif de lutte contre la maltraitance en introduisant un certain nombre de dispositions novatrices.

3.2.2. La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi affirme un certain nombre de principes primordiaux qui vont dans le sens d'une meilleure prévention de la maltraitance à l'égard des personnes âgées.

3.2.2.1. Un renforcement des droits des usagers

- L' article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles stipule que « l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux(...). Lui sont assurées :

 - Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.
 - (...) Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes (...) dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé.
 - Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.
 - La confidentialité des informations la concernant
 - L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires.
 - Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition
 - La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne »

- L'article L 311-4 prévoit que lors de son accueil dans un établissement ou dans un service médico-social, et ce afin de prévenir tout risque de maltraitances, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

 - Une charte des droits et libertés de la personne accueillie(...)

- Le règlement de fonctionnement (...). Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement (...).
- La participation est renforcée avec la création dans certains établissements d'un conseil de la vie sociale, chargé d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service (article L 311-6).
- L'élaboration d'un projet d'établissement ou de service pour chaque établissement ou service social et médico-social est réaffirmé (article L 311-8) : celui-ci définit des objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale, ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

3.2.2.2. Un renforcement du contrôle

L'assermentation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales prévue par l'article 313-3 ne peut que mieux légitimer leurs interventions dans les établissements hébergeant des personnes âgées même si l'accent doit être mis sur la prévention.

Par ailleurs, l'article L 313-15 introduit une disposition fondamentale en mentionnant qu'en cas de désaccord sur la fermeture d'un établissement relevant de l'autorité conjointe de l'Etat et du Conseil général, la décision de fermeture peut être prise et mise en œuvre par le représentant de l'Etat dans le département. Cette clarification nécessaire ne peut que renforcer le partenariat en amont des autorités concernées et renforcer le dispositif. De surcroît, elle renforce la prééminence du représentant de l'Etat dans le département.

3.2.2.3. Une protection accrue des salariés

L'article L 313-24 précise que le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligées à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande (article 8 de la loi de lutte contre les discriminations, votée le 6 novembre 2001). Les salariés d'une personne ou d'un couple accueillant à domicile, à titre onéreux, une personne âgée ou handicapée sont également protégés.

Toutes ces dispositions vont dans le sens d'une plus grande transparence et renforcent les mesures déjà existantes.

De surcroît, la directive nationale d'orientation du 23 mars 2001 prévoyant un programme pluriannuel d'inspection des établissements médico-sociaux traduit la prise de conscience par les pouvoirs publics d'un renforcement de la prévention de la maltraitance.

3.2.3. La Directive nationale d'orientation 2001-157 du 21 mars 2001

La direction Générale de l'action sociale a mis au point un outil d'inspection destiné à aider les agents de contrôle dans l'exercice de leur mission en concevant un outil d'inspection.

3.2.3.1. Présentation générale

- Nature de l'outil : il est proposé un document mettant l'accent sur quelques aspects de fonctionnement à observer et rappelant certains éléments de références (choix d'indicateurs, références légales, documents, protocoles, « procédures » de l'établissement...) et de méthode à prendre en compte.

➤ Contenu de l'outil :

- Rappel du cadre légal en matière d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux (pouvoirs et modalités de contrôle des préfets/DDASS).
- Mise en œuvre de l'inspection : éléments relatifs à la structure inspectée (identité et présentation de la structure (FINESS), contexte de l'inspection : rappel des derniers contrôles et nature de ces contrôles,...). Il est proposé, sous forme d'un tableau, une série limitée de questionnements principaux autour de cinq thèmes : qualité des espaces, droits des personnes et relations avec la famille, le personnel, l'établissement et son environnement, modes de prise en charge. Ce tableau pourra faire l'objet d'adaptations selon les particularités de l'établissement visité, les DDASS pouvant faire des propositions sous l'égide de la Mission Régionale d'Inspection et d'Evaluation et de Contrôle (MRICE), qui validerait ces propositions.

3.2.3.2. Protocole d'Intervention de l'autorité de contrôle

- L'équipe chargée de la mission d'inspection serait composée d'un Inspecteur et d'un Médecin Inspecteur, avec une lettre de mission du préfet. D'autres partenaires le cas échéant peuvent être associés (un conseiller technique en travail social pour les structures non médicalisées, un assistant social, un médecin de PMI...).

➤ Construction de la problématique :

- Recueillir, examiner et analyser les documents relatifs à l'établissement
- Dresser la liste des questions que posent les informations transmises ou analysées.
- Faire le point sur ce que l'on veut observer pour y répondre
- Déterminer les partenaires extérieurs à rencontrer
- Reconstituer l'histoire de l'institution
- Etablir l'argumentaire justifiant la visite

➤ Définition des rôles et des méthodes :

- Déterminer la personne qui conduira les entretiens et leur caractère collectif ou individuel.
- Les entretiens doivent se dérouler avec deux personnes chargées de l'inspection.
- Toutes les personnes concernées doivent être entendues
- Les entretiens directs avec les personnes accueillies doivent être évités dans certains cas (enfants jeunes, personnes très âgées).
- Définir la modalité de la visite avant tout déplacement.

➤ La visite sur place :

- Bien choisir le moment de la visite et évaluer le temps à y consacrer en fonction des caractéristiques de l'établissement.
- Présenter l'argumentaire visé par la lettre de mission établie par le préfet à la direction de l'institution.
- Visiter tous les locaux.
- Prendre connaissance des documents internes (PV de réunion, planning, registre des admissions.)

➤ Traitement des données et rédaction du rapport :

- Informer le préfet des conclusions de l'inspection.
- Le rapport doit formaliser les observations relevées lors de la visite sur place et répondre, dans la mesure du possible, à la problématique définie avant la mission d'inspection.
- Le rapport est communiqué à l'organisme gestionnaire (respect de la procédure du contradictoire). Il ne peut être communiqué à l'extérieur de l'administration.

➤ Mutualisation des expériences des services déconcentrés :

- Le recensement des expériences régionales et départementales, les actions particulières visant à prévenir et à lutter contre les maltraitances et les différents outils mis en œuvre ne peuvent qu'être bénéfiques à l'action des services déconcentrés.
- Elaboration d'un document recensant les outils, « procédures », dispositifs, programmes ou actions initiés et réalisés dans ce domaine par les services déconcentrés.
- Diffusion aux services déconcentrés de ce document qui sera régulièrement actualisé.

Cette volonté de renforcer le dispositif de prévention est associée à une réflexion intense sur les conditions de vieillissement et sur les moyens de remédier à des situations de maltraitance.

Il est important de préciser que les Etablissements Hébergeant des personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ne sont pas compris dans le programme d'inspection, tout comme les services de soins de longue durée. Néanmoins, il convient de prévoir l'articulation entre le programme d'inspections et les évaluations qualité dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévues dans le cadre des négociations des conventions pluriannuelles tripartites, au titre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Le cahier des charges du programme n'exclut pas l'ensemble des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées. Ainsi, devraient relever du programme les établissements mentionnés à l'article 4 de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA. Il s'agit, selon l'article L. 313-12 du CASF :

- Des EHPA dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret.
- Des EHPA accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur à un seuil fixé par décret.

Seraient ainsi concernés certains logements - foyers, petites unités de vie et structures d'hébergement temporaire.

Pour les EHPAD exclus du programme de contrôles, le programme pluriannuel mentionne la nécessité de valoriser la dimension et lutte contre la maltraitance dans le fonctionnement et l'organisation des structures.

Elles s'appliqueront à l'ensemble des EHPAD, dont les services de soins de longue durée (SSLD) qui, bien que relevant de la loi hospitalière, sont soumis, comme la plupart des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, aux dispositions de la réforme de la tarification.

3.3. LA PRISE DE CONSCIENCE DES POUVOIRS PUBLICS

L'accent doit être mis sur une approche globale des conditions de vieillissement, gage d'une meilleure prévention de la maltraitance.

Le rapport « Laroque » de 1962 prôna une nouvelle conception de la politique de la vieillesse, celle des personnes âgées actives, participant à la vie sociale.

Parallèlement les lois du 31 décembre 1970 et du 30 juin 1975 ont contribué à humaniser les structures hébergeant des personnes âgées :

- La loi hospitalière du 31 décembre 1970 exclut les hospices du domaine sanitaire hospitalier, complétée par la loi de janvier 1978 définissant les unités de long séjour chargées de prendre soin des « personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ».
- La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales offre un cadre juridique pour la transformation des hospices en établissements d'hébergement pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Par ailleurs, des rapports récents montrent qu'une réflexion approfondie se fait jour afin d'arriver à une meilleure appréhension des problèmes liés au vieillissement.

3.3.1. Le rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées

Ce rapport daté de 1999 insiste sur trois points essentiels :

- Garantir le respect de la dignité, en supprimant les pratiques discriminatoires fondées sur l'âge.
- Préserver la qualité de vie en respectant le libre arbitre de la personne qui doit pouvoir s'exercer par le choix du maintien au domicile et le respect de la responsabilité individuelle dans le domaine de la santé. Cela demande une approche globale et personnalisée de leurs besoins en vue d'une prise en charge de qualité, leur permettant d'exprimer leurs préférences et de faire le choix de leur mode de vie.
- La prévention des excès auxquels peuvent être soumis les personnes âgées : Le rapport recommande le lancement de campagnes d'information en direction du grand public et des professionnels oeuvrant dans le champ gérontologique. Des documents réalisés en partenariat avec les pouvoirs publics et associatifs pourraient être diffusés sous une forme pédagogique expliquant les causes et les situations de maltraitance ; les personnes confrontées à ces situations, ou en risque de l'être malgré elles seraient alors incitées à se mettre en relation avec les professionnels des services sociaux. L'instauration d'espace de dialogues et de négociations à travers un meilleur respect de la charte des droits du patient et de la personne âgée est également développé.

Enfin, des modalités de contrôle plus précises que celles actuellement en vigueur seraient susceptibles de rassurer la personne âgée et les familles sur le regard porté par les pouvoirs publics sur la qualité de vie dans les établissements. Une commission tripartite réunissant les services de l'Etat, du département et de la Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM) devrait être constituée dans chaque département pour diligenter ou réaliser les contrôles sur place de tout établissement susceptible de présenter un danger pour la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies.

3.3.2. Une valorisation des personnes âgées dans la société

Ce rapport, publié en 2001, par Maurice Bonnet, vice-Président du Conseil National Représentatif des Personnes Agées (CNRPA), insiste surtout sur le renforcement de la participation des personnes âgées au sujet des questions qui les intéressent mais également dans les grands débats de société. Deux thèmes forts émergent de la réflexion du rapporteur :

- Reconnaître et promouvoir la place de la personne âgée dans la société:
 - Retrouver un équilibre entre droits réaffirmés et participation à l'action collective
 - Respecter le libre choix de la personne retraitée
 - Mieux assurer la mise en cohérence du temps de vie
 - Mettre en œuvre une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie.
- Assurer une meilleure représentation des personnes âgées :
 - Mieux associer les organisations représentatives aux débats nationaux et internationaux qui concernent les personnes âgées en réformant l'outil de réflexion et de consultation que constitue le Conseil National des Personnes Agées (CNPRA).
 - Renforcer l'indépendance et la mission des Comités Régionaux des Personnes Agées (COREPA) et des Comités Départementaux des Personnes Agées (CODERPA). Un décret en préparation rendra d'ailleurs obligatoire la création d'un CORERPA dans chaque région ; de nouvelles responsabilités et missions seront données au CNPRA ainsi que de nouveaux moyens pour répondre à ces charges.

3.3.3. Une approche globale de la personne âgée

Ce rapport, intitulé « Vieillir en France » (1999) propose une amélioration des conditions de travail du personnel soignant, que ce soit en établissement ou à domicile. Il porte aussi sur l'amélioration des réponses hospitalières et préconise de doter les services hospitaliers

d'équipes mobiles de gériatrie, de développer les hôpitaux de jour, de renforcer la présence des professionnels du secteur social aux côtés des professions médicales dans les services de gériatrie.

Il formule des propositions afin de créer des métiers du relationnel, tels que les Aides-Médico-psychologiques (AMP) ou de développer des auxiliaires de vie.

D'autre part, la formation de tous les intervenants se doit d'être renforcée (infirmières, aides soignantes, directeurs d'établissements, médecins ...).

Enfin, des créations de postes sont proposés (PUHP de gériatrie, maîtres de conférences en gériatrie et biologie du vieillissement).

3.3.4. Une amélioration de la formation initiale des personnels soignants.

Le HCSP (Haut Comité de la Santé Publique, rapport triennal, janvier 2002) souligne à juste titre que la formation initiale et continue des différents personnels (médicaux, soignants et de direction) doit intégrer des enseignements consacrés à la gériatrie. Le développement du nombre de postes d'assistants de médecine générale affectés aux services de médecine gériatrique est une des voies possibles pour former à la gériatrie de futurs médecins généralistes ou de futurs gériatres. Le HCSP suggère donc plusieurs solutions :

- L'anticipation des évolutions relatives à la formation médicale et à son mode d'exercice.
- Renforcer la dimension universitaire de la gériatrie.
- Favoriser la formation gériatrique par des stages en médecine gériatrique.
- Disposer de médecins et de personnels soignants compétents pour accompagner le développement de la discipline.
- Proposer et mettre en œuvre une formation adaptée pour les médecins coordonnateurs des établissements pour personnes âgées dépendantes.

La DGS (Direction Générale de la Santé) va engager une réflexion avec le ministère de l'éducation nationale et les professionnels médicaux pour repenser le cursus de la formation et les modalités d'exercice de la gériatrie. Des instructions vont être données aux DRASS pour favoriser les stages de résidanat et d'internat au sein des services de gériatrie. Parmi mes propositions intéressantes, l'affirmation de la gériatrie au sein de la section « médecine

interne » du Conseil National des Universités ne peut que renforcer l'appétence des médecins sur cette question.

Enfin, la DGS veillera à ce que soit mis en œuvre les mesures concernant les pratiques soignantes issue du rapport Debout (« Prévenir la Maltraitance envers les Personnes Agées »).

3.3.5. Un plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées (Février 2002)

Le rapport, dont la présidence a été confiée au professeur Debout, (« prévenir les maltraitances envers les personnes âgées ») dégage des axes d'interventions devant aboutir à un programme de bienveillance fondé sur le respect de la vieillesse :

- La réalisation d'une enquête nationale sur les maltraitances envers les personnes âgées qui devra permettre d'appréhender les phénomènes et climats propices à l'émergence de situations de maltraitance tant auprès des personnes âgées, en établissement ou à domicile, qu'auprès de leur entourage, familial ou professionnel.
- La création d'un observatoire national des violences qui aurait une vocation générale et transversale d'observation des violences quelle que soit leur nature, y compris les négligences, leurs modalités d'exercice ou les publics qui les subissent.
- Des campagnes de communication de proximité devraient être menées par voie d'affichage en partenariat avec les services publics, les entreprises de transport en commun, les entreprises de la grande distribution, les réseaux associatifs...
- Etendre accueil et écoute téléphonique à l'ensemble du territoire national
- Organiser le suivi et la gestion des situations de maltraitance et ce par l'intermédiaire d'une personne ressource, dotée d'une expérience longue et solide des problématiques des personnes âgées ainsi que d'une formation à l'éthique. Ces personnes devront figurer sur la liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil Général.
- Sensibiliser les professionnels au repérage des maltraitances

- Renforcer les fonctions de contrôles des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), car jusqu'à ce jour les fonctions de régulation administrative (détermination et contrôle des capacités, des budgets et de la tarification des établissements sanitaires et sociaux), et plus récemment le développement de dispositifs d'action sociale ont dominé l'activité des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.
- Chaque département devra élaborer un plan de lutte et de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.
- Seront bientôt expérimentés des « chèques liberté » qui solvabiliseront les prestations de services facilitant la sortie du domicile des personnes âgées .
- Une instance de pilotage, de coordination et d'évaluation du dispositif départemental de lutte et de prévention de la maltraitance des personnes vulnérables sera mise en place sous la présidence conjointe du Préfet et du Président du Conseil Général. Cette instance départementale associera l'ensemble des acteurs publics et associatifs concernés. Elle analysera les données disponibles sur le territoire, réalisera un diagnostic partagé et proposera un plan pluriannuel de prévention. Elle se réunira en formation restreinte pour aider au traitement des situations les plus complexes.

Ce rapport est très important car pour la première fois, des propositions concrètes et rapides à mettre en œuvre sont dégagées.

En outre, les DDASS disposent d'outils importants pour mettre en œuvre sur le terrain une politique de prévention de qualité. Néanmoins, cela nécessite l'affirmation d'un certain nombre de propositions qui viennent compléter les idées du rapport du groupe de travail présidé par le professeur Debut.

3.4. PROPOSITIONS POUR L'ELABORATION D'OUTILS DE PREVENTION

La création d'un groupe de coordination départementale composé de l'Etat (assurance maladie et affaires sanitaires et sociales, associations, directeurs d'établissements, personnels d'établissement, Conseil Général) sera un préalable indispensable à toute réflexion sur la prévention de la maltraitance. A titre d'exemple, le schéma gérontologique des Hautes-Alpes prévoit la création d'une commission interprofessionnelle chargée d'établir

les bases d'une structuration homogène du territoire en réseaux gérontologiques ; cette même commission pourrait créer un groupe de travail sur la prévention de la maltraitance qui serait chargée d'établir des indicateurs relatifs aux diverses formes de maltraitements en établissement, et qui devrait mettre en place toute une panoplie de mesures destinées à informer et à sensibiliser tous les intervenants œuvrant dans le champ gérontologique, mais également de prévoir un dispositif adapté en cas de maltraitance.

Il est nécessaire de souligner le rôle primordial que doit jouer les associations, et notamment le rôle dévolu aux Comités Départementaux des Personnes Agées (CODERPA) qui seraient chargés, en concertation avec l'Etat et le Conseil général de mener des actions de promotion de la qualité dans les établissements, ou des animations, mais également d'assister les services en cas de maltraitance institutionnelle.

Deux phases doivent être distinguées afin que l'efficacité de ces actions de prévention soient garanties.

3.4.1. Sensibilisation et responsabilisation.

La commission interprofessionnelle, sous l'égide du préfet, devra mettre en œuvre une cellule de veille et d'enregistrement des plaintes en distinguant les plaintes relevant des prérogatives du Conseil général et les plaintes relevant du champ de compétence de l'Etat. Toutefois, un travail en partenariat est quand même utile afin d'améliorer les procédures de contrôles.

Le lancement de cette cellule devra s'accompagner d'un certain nombre d'actions fortes :

- Lettre d'information du préfet aux directeurs d'établissements les informant de cette initiative et les associant à la réflexion.
- Conception d'une affiche d'information sur le sujet élaborée conjointement par le Conseil Général, la DDASS et l'assurance maladie, qui serait diffusée dans les transports en commun et les journaux locaux.
- Mise en place d'une ligne téléphonique départementale dont la gestion serait confiée au CODERPA (Comité Départemental des Personnes Agées).

- Mobilisation de tous les acteurs départementaux en gérontologie et des usagers (famille et personnes âgées) afin de créer une association de défense et de protection des personnes âgées en établissement qui jouerait le rôle d'informateur et d'animateur du dispositif. A titre d'exemple, la DDASS des Hautes-Alpes travaille avec le CODERPA pour aboutir à la création de cette association. Cette association, animée par le CODERPA, aurait pour fonction d'impulser dans chaque institution sociale et médico-sociale des actions d'information à destination des personnes âgées, du personnel soignant et de leur famille afin de faciliter leur prise de parole et de les informer des droits et devoirs des institutions qui les accueillent. Cette association aurait également pour but l'observation attentive des conditions de fonctionnement de ces établissements, que ce soit du point de vue de la qualité des prestations ou du respect des droits des usagers. Enfin, cette association serait chargée d'établir des programmes d'animation à l'intention des personnes âgées, ce programme associant le personnel soignant, la direction et les familles.

- Une collaboration devrait se mettre en place entre le parquet, la commission interprofessionnelle, et les directeurs d'établissement afin de cadrer au mieux les procédures de signalement. Cela pourrait prendre la forme suivante :
 - Elaboration d'une fiche juridique rappelant les droits des personnes âgées en établissement rédigée conjointement par les services du parquet, de la DDASS et du Conseil général. Le CODERPA serait également consulté.

 - Journées d'information, à raison d'une ou deux fois par an, entre les services du parquet et les Directeurs d'Etablissement afin de les informer des dernières évolutions du droit des personnes âgées.

 - Création d'une cellule juridique spécifique à la commission comprenant un membre du parquet, de la DDASS, du Conseil Général, et un représentant des directeurs d'établissement.

3.4.2. Evaluation et contrôle

- Envoi par cette même commission d'un questionnaire d'enquête auprès des établissements pour déceler les risques de maltraitance.
- Les résultats de cette enquête seraient exploitées par un groupe de pilotage chargé de hiérarchiser les réponses (types de maltraitance, nombres de personnes maltraitées, catégories de personnes maltraitées, caractéristiques du personnel maltraitant, attitude de la direction face à cette situation , existence de protocoles précis face à ces situations...).
- Mise en place au niveau de la DDASS d'un protocole d'inspection précis. L'objectif serait de définir et de programmer des inspections sur site par équipes conjointes Inspecteur/Médecin Inspecteur de la santé publique. Ces inspections s'effectueraient dans le cadre de l'intervention du préfet au titre de l'ordre public lorsque la santé, la sécurité, le bien-être des résidents seront menacés. D'autres inspections compléteront le programme annuel élaboré par la Mission de Recherche, d'Intervention, d'Evaluation et de Contrôle (MRICE) et seront indépendantes des enquêtes diligentées sur plainte.
- Plus précisément, il s'agit de renforcer la vigilance sur les procédures d'évaluation et de s'assurer que le contrat pluriannuel relatif à la réforme qualité est bien respecté. Il s'agit notamment :
 - Du respect du projet de vie.
 - De la prise en compte par le projet collectif des différents projets individuels.
 - De la participation effective des familles dans les organes décisionnels ainsi que dans l'organisation de la vie de la structure.
 - De la qualification et de la formation du personnel ainsi que des modalités de soutien de celui-ci.
 - De l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur.

- Du respect de la charte de la personne âgée.

A défaut du respect de ces projets, il ne pourrait y avoir de signature du contrat.

Même si la création d'une commission interprofessionnelle est indispensable au niveau départemental, les établissements peuvent de leur propre initiative développer des actions en collaboration et ce à travers des groupes de réflexion sur tel ou tel sujet. Il est indispensable que des actions spontanées et non initiées par les pouvoirs publics soient mise en œuvre. Mes propositions concernent les services de soins en gériatrie (USLD, SSR, services de gériatrie d'un hôpital général) et les établissements hébergeant des personnes âgées en situation de dépendance. Cela peut prendre les formes suivantes :

- Signature entre les établissements et le Centre Hospitalier du département d'une convention de coopération portant sur le suivi de la personne âgée après son passage à l'hôpital, sur la diffusion d'information indispensable au suivi de la personne. Cela permettrait une meilleure prise en charge clinique de la personne âgée.
- Réunions périodiques de tous les directeurs d'établissement hébergeant des personnes âgées, quelle que soit la forme de la structure, afin d'évoquer les problèmes qui se posent et constituer des groupes de travail auxquels les personnels soignants seraient associés.
- Constitution d'un « comité de vigilance » dans les services gériatriques des hôpitaux et dans les établissements ayant pour but de repérer les actes maltraitants. Ce comité serait composé de personnels soignants (gériatres, assistantes sociales, psycho gérontologues, infirmières, aides soignantes,...). Cette initiative serait complétée par la mise en place d'une personne ressource, officiant aussi bien dans les établissements que dans les services de gériatrie en hôpital, qui aurait pour mission de régler les litiges ayant trait à des actes supposés maltraitants, et qui devrait procéder, le cas échéant à des signalements aux autorités administratives compétentes.
- Mise en place d'un plan de formation gérontologique destiné aux personnels soignants (infirmières, aides-soignantes). Ce plan de formation doit faire l'objet de discussions préalables entre toutes les personnes concernées. La prise en charge des personnes âgées malades, handicapées, ou fortement dépendantes doit amener les professionnels à développer leurs compétences dans le domaine des soins palliatifs, de l'accompagner

en fin de vie, de la prise en charge psychique et de la connaissance de la personne soignée, de la préservation de son identité, de la place des familles, de l'évaluation de la qualité des soins. Cela doit conduire les équipes à élaborer des protocoles et des fiches techniques de soins (soins d'escarres, incontinence urinaire, alimentation...).

- Centrer la gestion du personnel sur l'amélioration des conditions de travail. La direction et l'encadrement doivent être particulièrement attentifs au recrutement et à l'affectation des agents dans ce secteur, afin d'éliminer les risques de maltraitance en raison d'une certaine incompetence.
- Recours à un psychologue agréé par le préfet qui se rendrait dans l'ensemble des établissements afin d'écouter les doléances du personnel soignant, des personnes âgées, voire de l'encadrement.
- Installation d'un comité d'évaluation spécifique à chaque établissement chargé d'apprécier les progrès et les actions qui ont été envisagées dans le cadre de la lutte contre la maltraitance.

CONCLUSION

De nombreuses initiatives ont prises actuellement afin de mettre en œuvre des outils performants. Une prise de conscience se fait jour et les pouvoirs publics ont pris conscience de l'importance du respect de la personne âgée dans la société.

Mes investigations me conduisent à penser qu'une meilleure coopération doit être mise en œuvre entre tous les acteurs concernés par le champ de la maltraitance.

La perspective du programme d'action mis en œuvre par la DGAS ne fait que renforcer le rôle pivot joué par les DDASS et les DRASS.

Il est primordial que les services de l'Etat, loin de s'ériger en censeur, conduise des programmes de sensibilisation et ce, à travers la réforme de la tarification pour les personnes âgées dépendantes.

Les familles, ainsi que les personnes âgées elle-même attendent une plus grande information des pouvoirs publics, et le manque de transparence est à chaque fois déplorée.

En cas d'abus sur une personne âgée, il est nécessaire de savoir qui fait quoi. C'est la raison pour laquelle une action forte a été engagée par la DGAS qui définit avec précision les critères d'intervention de l'Etat en fonction du type d'établissement.

Par ailleurs, une meilleure coordination entre les services de l'Etat et les services du Conseil général est indispensable afin que les différentes actions envisagées puissent aboutir.

La légitimité des actions qui vont en découler sera bénéfique dans l'avenir, et notamment l'assermentation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales est une avancée importante et traduit un recentrage sur les activités d'inspection qui sont au cœur de nos métiers.

De manière plus générale, c'est la société dans son ensemble qui doit réhabiliter la personne âgée car « peu de gens savent être vieux » (La Rochefoucauld).

En outre, une réflexion internationale semble s'engager sur la maltraitance des personnes âgées et les médias traitent de plus en plus souvent ce genre de sujet.

A ce titre, l'année internationale des personnes âgées qui s'est déroulée en 1999 a favorisé cette prise de conscience.

Bibliographie

OUVRAGES

AITKEN L and GRIFFIN G. *Gender issues in elder abuse*. Sage Publications Ltd, 1996.

GOFFMAN.E. *Asiles*. Paris, Editions de minuit, 1994.

HETU.J. *Atteinte à l'intégrité de la personne âgée*. Psychologie du vieillissement ; Montréal, Editions du Méridien.

HUGONOT R. *Violence contre les vieux*, Editions Erés, 1990.

LACAN.J.F. *Scandales dans les maisons de retraite*. Editions Albin Michel, 2002.

LALLOCH.P. *La responsabilité des établissements sanitaires et sociaux :pénale, administrative, civile*. TSA, Editions collection Dominantes, 1997.

MAISONDIEU.J. *Le crépuscule de la raison*. Paris, Bayard, 1993.

PERSONNE.M. *La désorientation sociale des personnes âgées*. Editions Eres, 1996.

ARTICLES

BEAULIEU.M. *Les abus à l'endroit des personnes âgées en maison d'hébergement in G.LETOURNEAU, Aider ses parents vieillissants :Un défi*. Montmagny, Marquis, p 211-214.

BEAULIEU.M. *Understanding elder abuse in an institutionnel setting*. 15^{ème} Congrès de l'International Association of Gérontology de Budapest.

BEAULIEU et BURIL. *Vivre en résidence :les témoignages des personnes âgées*. Montréal, Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal, 1989.

CORBET.L. *Les concepts de violence et de maltraitance, Actualité et Dossier en santé publique*, Numéro 31, juin 2000, p 20.

BELANGER, DARCHE, DE RAVINEL, GRENIER. *Violences et Personnes Agées*. Montréal, les cahiers de l'association québécoise de gérontologie.

GUINCHARD-KUNSTLER.P. *Conduire une grande politique gérontologique*. Espace Social Européen, 21-27 septembre 2001, p14-15.

HYDLE.I. *La violence invisible envers les personnes âgées*. Gérontologie et Société, n° 54, 1990, p 25-24.

JASPARD.M. *Violences et maltraitances ? Le poids des mots et des chiffres, Gérontologie et Société, n°92, mars 2000.*

MARTIN.J.R. *La personne âgée et la maltraitance en institution. Techniques gériatriques, septembre 2000, p79-82.*

PETER.B. *Le droit des personnes âgées en institution. Gérontologie et société, 1994, n°42.*

REVUES

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE. *Dossier Maltraitance. Paris. La documentation française, juin 2000, n° 31, p19-66.*

ECHANGES SANTE-SOCIAL. *Les personnes âgées, une politique en mouvement, n°99, septembre 2000, n°99,p53-75.*

GERONTOLOGIE ET SOCIETE. *La maltraitance. Paris. Fondation Nationale de gérontologie, mars 2000, n°92, 178p.*

RAPPORTS

ALMA France. *Rapport d'activité de l'année 2000.*

ANAES. *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000, 42p.*

BONNET.M. *Les personnes âgées dans la société. Section des Affaires Sociale du Conseil Economique et Social. Paris. Journaux Officiels, mai 2001, 104p.*

CONSEIL DE L'EUROPE. *La violence envers les personnes âgées. Strasbourg. Editions du Conseil de l' Europe, 1992, 78p.*

DEBOUT.M. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Ministère de l'emploi et de la solidarité, février 2002,81p.*

FAVARD.J. *Rapport du groupe de travail interministériel sur la protection juridique des majeurs. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2000.*

GUINCHARD-KUNSTLER.M. *Viellir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique des personnes âgées en perte d'autonomie. Paris, 1^{er} ministre, 1999,la Documentation française.*

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport triennal, janvier 2002, Editions la découverte, collection repères, 403p.*

PALACH J-M. *Rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées :une société pour tous les âges .Paris, Ministère de l' Emploi et de la Solidarité, 1999, 85p.*

THESES ET MEMOIRES

DONNIO.I. *La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes. Mémoire ENSP de Directeur d'établissement social pour personnes âgées, 2000.*

PEDRONO.C. *Maltraitance des personnes âgées en institution une conséquence possible de l'usure professionnelle. Mémoire DESS, Université des Sciences sociales, Grenoble, 1996.*

TROUILLOUD.M. *Le sadisme ordinaire dans les pratiques soignantes en psycho-gériatrie ; sadisme mortifère ? sadisme thérapeutique ?. Mémoire DEA, Psychologie clinique et pathologie, université Louis Lumière, Lyon, 1998.*

CONGRES ET COLLOQUES

5^{ème} journée gérontologique de Saint Brieu : 27 octobre 1994, Editions ORB.

La protection des majeurs : Lille, 20 et 21 septembre 1998 ; Association française de psychiatrie et Association régionale de psychiatrie du Nord Pas de Calais.

La violence au sein de la famille : mesures dans le domaine social ; Conseil de l'Europe. CDPS, Strasbourg, 1987.

TEXTES OFFICIELS

LOIS ET DISPOSITIFS REGLEMENTAIRES

Surveillance des établissements sociaux et médico-sociaux:

- Mission de surveillance des DDASS et les DRASS :
 - *Articles L. 331-1 (surveillance des ESMS, sous l'autorité du préfet, par les services déconcentrés du ministère), L. 331-5, L. 331-7, L. 331-8, L. 443-3 du CASF (conditions d'organisation de la surveillance).*
 - *Articles 208 et 209 du CASF qui prévoient une surveillance par l'IGAS et la DDASS des établissements hébergeant des personnes âgées.*
 - *Articles 203 à 217 du CASF relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées.*
 - *Projet de la DGAS: Prévention de la lutte contre la maltraitance. Directive Nationale d'Orientation 2001-157 du 21 mars 2001: Programme d'inspection des établissements sociaux et médico sociaux, 2002-2006, DGAS, mars 2002.*

- *La protection des personnes. Guide d'inspection, de législation et de réglementation. Mission de surveillance des établissements et services sociaux et médico-sociaux; DRASS du Centre/MRIICE, nouvelle édition mars 2001.*

- **Structures relevant de la mission de surveillance :**
 - *articles L. 312-1 (autorisation), L. 321-1 (déclaration/structures accueillant des mineurs) et L. 322-1 (déclaration/structures accueillant des adultes) du CASF ; articles L. 441-1 et L. 442-1 du CASF (accueil à titre onéreux par des particuliers de personnes âgées, de personnes handicapées adultes) ; ainsi que les dispositions d'établissements relevant du code de la santé publique : article L. 6111-2 (services de soins de longue durée).*

- **Maltraitance**
 - *Dispositions pénales: articles 221-4, 222-14, 226-1, 226-2, 226-6, 226-13, 226-14, 222-3 2, ° 222-8, 222-10, 222-24, 313-4, 314-1 , 225-13, 225-14, 311-4, 312-2, 313-2, 313-4, 434-1, 434-3 du code pénal.*
 - *Loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico sociale.*
 - *Décret du 9 décembre 1991 relatif à la formation des professionnels concernés par la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance ;circulaire DAS n° 2355 du 8 juin 2000 relative à la lutte contre la maltraitance et à la formation des travailleurs sociaux .*
 - *Circulaire du 07 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées.*
 - *Circulaire DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.*
 - *Circulaire DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.*
 - *Circulaire DGAS n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de maltraitance et d'abus sexuel envers les enfants et les adultes vulnérables accueillies dans les structures sociales et médico sociales.*

- **Protection des personnels d'ESMS révélant des situations de maltraitance :**
 - *article 8 de la loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations (art. L. 315-14-1 du code de l'action sociale et des familles.*

- **Protection juridique des majeurs**

- Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice : articles. 433, 491 à 514 du code civil.
- Tutelle aux prestations sociales: articles. L. 167-1 à L. 167-5 du code de la sécurité sociale.
- Tutelle aux prestations sociales: articles. L. 167-1 à L. 167-5 du code de la sécurité sociale.

- **Qualité des prises en charge** :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges applicables aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes .
- Décret du 04 mai 2001 relatif aux établissements hébergeant des personnes âgées.

- **Autonomie des personnes âgées**:

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

- **Dispositions d'ordre générales sur les personnes âgées**

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico sociales.
- Lois 78-11 1978 -01-04 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

DOCUMENTS DIVERS

- Schéma gérontologique des Hautes-Alpes.
- Projet d'établissement 2001/2005 des Résidences Guil-Ecrins.
- Projet de vie de l'unité de Soins de longue durée du centre hospitalier de Gap.
- Groupe de travail sur les formations en gériatrie : DRASS des Bouches-du-Rhône.

SITES INTERNET

[http:// www.Géront'on.line.com](http://www.Géront'on.line.com).

<http://asso.alma.free.fr>

<http://www.afpap.org> :

<http://www.multimania.com/papidoc/> :

<http://www.fep.umontreal.ca/violence/>

Liste des annexes

2

ANNEXE 1

- **PROGRAMME D'INSPECTIONS
DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

2002/2006

Cahier des charges

Mars 2002

Les grands axes du programme ont été validés par la commission de programmation animée par la MAFI/IGAS le 28 novembre 2000 (avant-projet n°1).

Le n°2 a été transmis à l'IGAS pour figurer en annexe de la DNO 2001.

Le n° 3 a été adressé le 14 juin 2001 à chaque DDASS et DRASS.

Le N° 4 a été remis lors de la journée technique du 24 septembre 2001 ; il a été " finalisé " par un groupe projet (cf. la composition en annexe 1) qui s'est réuni à plusieurs reprises au dernier trimestre 2001 et au 1er trimestre 2002 (avant-projet n° 5).

Le n° 5 sera transmis pour avis, le 19 février 2002, à chaque DDASS et DRASS.

I Thème d'inspection

II Objectif des contrôles

III Cadre général et champ du programme

IV Démarche opérationnelle

V Textes de référence

VI Outils disponibles

VII Programme de formation

VIII Programme pluriannuel

IX Indicateurs de suivi du plan de contrôle

X Modalités de restitution par le niveau central aux services déconcentrés

XI Corps de contrôle des services déconcentrés concernés

XII Réseau de "personnes ressources"

I - Thème d'inspection

Prévention et repérage des risques de maltraitance à personnes vulnérables (enfants et adultes) dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les lieux de vie soumis à autorisation.

II - Objectif des contrôles

Vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les ESMS ;

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

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

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

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

III - Cadre général et champ du programme

3.1 - La mission de surveillance des ESMS 3.2 - Champ du programme 3.3 - Articulation entre le programme pluriannuel d'inspections et les évaluations qualité des EHPAD prévues dans le cadre de la réforme de la tarification

3.4 - Programme pluriannuel d'inspections des ESMS et démarche qualité dans les établissements accueillant des personnes handicapées 3.5 Programme pluriannuel d'inspections et programmes annuels de contrôle des structures accueillant des mineurs

3.1 – La mission de surveillance des ESMS

3.1.1 - La surveillance des établissements est un volet essentiel de la prévention et de la lutte contre la maltraitance

Les articles L.313-16, L. 331-1 (la surveillance des ESMS est assurée, sous l'autorité du préfet, par les services déconcentrés du ministère), L. 331-5, L. 331-7, L. 331-8, L. 443-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) instituent et organisent la surveillance des conditions de fonctionnement et d'organisation des structures sociales ou médico-sociales ou " assimilés ", compétence permanente de police administrative dévolue aux préfets.

Il existe d'autres dimensions de cette politique : mesures civiles de protection juridique des majeurs et mesures de tutelle aux prestations sociales ; dispositions pénales.

3.1.2 - Le champ étendu de la mission de surveillance

Il inclut :

les démarches en amont lors des procédures d'autorisation, d'agrément et de déclaration préalable nécessaires à la création, l'extension ou la transformation de structures, les contrôles de conformité ...

les inspections à visée préventive, démarche "au long cours"(1) d'accompagnement et de contrôle dans laquelle s'inscrivent les inspections à mener dans le cadre du présent programme ;

les interventions ponctuelles suite à des plaintes, à des signalements d'incidents, de dysfonctionnements.

3.1.3 – Les structures relevant de la mission de surveillance des DDASS et des DRASS

les structures soumises à autorisation et à déclaration mentionnées aux articles L. 312-1-I et III (établissements et services sociaux et médico-sociaux, lieux de vie, soumis à autorisation), L. 321-1 (déclaration/structures accueillant des mineurs) et L. 322-1 (déclaration/structures accueillant des adultes) du CASF ;

les établissements publics locaux sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article. L 315-6 du CASF ;

l'accueil à titre onéreux par des particuliers de personnes âgées, de personnes handicapées adultes (articles L. 441-1 et L. 442-1 du CASF) ;

les établissements relevant du code de la santé publique prévus à l'article L. 2321-1 (maisons d'enfants à caractère sanitaire), ainsi que les services de soins de longue durée relevant de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique).

(1) cf. Guide méthodologique "prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales"

3.2 - Champ du programme

3.2.1 - Les structures à contrôler prioritairement

Les ESMS répondant à l'objectif minimum du programme de contrôle (2000 établissements) doivent remplir les deux conditions suivantes :

Assurer l'hébergement de tout ou partie des personnes prises en charge ;

Relever de la compétence de l'Etat ou de la compétence conjointe Etat/département, non pas au sens de la mission de surveillance des DDASS/DRASS, mais des compétences en matière d'autorisation et de tarification (au titre de la "régulation administrative").

Sont donc concernés (cf. annexe 2) :

Les établissements sociaux et médico-sociaux suivants :

les centres de rééducation professionnelle, centres de pré-orientation mentionnés au 5° b de l'article L. 312-1-I du CASF ;

les établissements médico-éducatifs qui assurent à titre principal une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (en internat), prévus aux 2° de l'article L. 312-1-I du CASF (instituts médico-éducatifs, instituts de rééducation, établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs, établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles, pour enfants atteints de déficiences auditives, instituts d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles, centres d'accueil familial spécialisés) ;

les établissements assurant l'hébergement et la prise en charge des adultes handicapés prévus au 7° de l'article L. 312-1 du CASF (maisons d'accueil spécialisées, ainsi que foyers à double tarification pour adultes handicapés) ;

les établissements accueillant des adultes en difficulté sociale, prévus au 8° de l'article L. 312-1 du CASF qui répondent au double critère du programme (centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyers d'accueil d'urgence) ;

à titre dérogatoire au regard du deuxième critère précité, certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, prévus aux II et III de l'article L. 313-12 du CASF (il s'agit des établissements qui ne seront pas soumis aux dispositions de la réforme de la tarification), même s'ils relèvent de la compétence exclusive du département (cf. § 3.3).

Les lieux de vie soumis à autorisation (article L.312-1-III du CASF), s'ils remplissent les deux critères précités.

Soit un champ potentiel de près de 6 000 structures sur les 25 000 structures sociales et médico-sociales.

Les 2000 structures à contrôler, qui constituent l'objectif minimum du programme, devront être retenues parmi les catégories mentionnées ci-dessus.

3.2.2 - Peuvent relever du programme (en plus des 2000 structures), (après accord local à rechercher avec le président du conseil général, lorsque l'établissement relève de la compétence départementale) :

les établissements prenant en charge des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans ainsi que des femmes enceintes et mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans (article L. 312-1-1° et article L. 222-5 du CASF) et notamment : maisons d'enfants à caractère social, centres de placement familiaux, établissements maternels ;

les maisons d'enfants et pouponnières à caractère sanitaire (à titre dérogatoire car ne relevant pas du champ social et médico-social) ;

les structures de droit privé accueillant des mineurs (lieux de vie) prévues à l'art. L. 321-1 du CASF (hébergement simple soumis à déclaration préalable), les lieux de vie privés et publics mentionnés à l'article L.312-1-III du CASF et accueillant des mineurs ;

les autres foyers hébergeant des personnes handicapées adultes, ainsi que ceux soumis à déclaration préalable ;

les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont les services de soins de longue durée (SSLD) – cf.§ 3.3.

3.2.3 - Ne relèvent pas du programme (mais restent évidemment soumis au pouvoir de surveillance des DDASS et des DRASS), notamment :

les structures sociales et médico-sociales n'assurant pas d'hébergement ;

l'accueil à titre onéreux par des particuliers de personnes âgées, de personnes handicapées adultes (articles L. 441-1 et L. 442-1 du CASF).

3.3 – Articulation entre le programme pluriannuel d'inspections et les évaluations qualité des EHPAD prévues dans le cadre de la réforme de la tarification

S'agissant des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA), il convient de prévoir l'articulation entre le programme d'inspections et les évaluations qualité des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévues dans le cadre des négociations des conventions pluriannuelles tripartites, au titre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Les conditions de fonctionnement des EHPAD devant être évaluées avant la fin du programme prévue en 2006 (d'ici fin décembre 2003, selon les textes, période durant laquelle doivent être signées les conventions tripartites), il est préférable de ne pas intégrer ces structures dans le programme de contrôles et, par là-même, privilégier les autres structures sociales et médico-sociales répondant aux deux critères prévus au § 3.2.1.

Il convient néanmoins de ne pas exclure du programme l'ensemble des EHPA.

Ainsi, devraient relever du programme, les établissements mentionnés à l'article 4 de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA. Il s'agit, selon l'article L. 313-12 du CASF :

des EHPA dont la capacité est inférieure au seuil (25) fixé par le décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 (art. 3) ;

des EHPA dont le niveau moyen de dépendance des résidents est inférieur au seuil fixé par le décret précité.

Les établissements de la 1ère catégorie ont la possibilité de déroger aux règles de la nouvelle tarification ; ceux de la 2ème doivent répondre à des critères de qualité définis par un cahier des charges particulier.

Seraient ainsi concernés certains logements-foyers, petites unités de vie et structures d'hébergement temporaire.

Pour les EHPAD, qui ne figurent pas parmi les 2000 structures prioritaires (mais peuvent relever du programme en plus de l'objectif minimal précité), il apparaît souhaitable de valoriser la dimension prévention et lutte contre la maltraitance dans les évaluations du fonctionnement et de l'organisation de ces structures prévues dans la procédure de signature des conventions tripartites (le guide " vade-mecum " de repérage des risques de maltraitance pourra à ce titre être utilisé).

Cette valorisation doit concerner l'ensemble des EHPAD, dont les services de soins de longue durée (SSLD) qui, bien que relevant de la loi hospitalière, sont soumis, comme la plupart des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, aux dispositions de la réforme de la tarification.

3.4 – Programme pluriannuel d'inspections des ESMS et démarche qualité dans les établissements accueillant des personnes handicapées

Une démarche qualité est actuellement à l'étude en ce qui concerne les établissements et services accueillant des enfants, adolescents et adultes handicapés. Le programme de contrôle devra donc intégrer cette dimension et se coordonner avec les propositions qui seront formulées par la sous-direction des personnes handicapées (bureaux 3B et 3C).

IV - Démarche opérationnelle

4.1 - Nature des inspections 4.2 - Rôle des DDASS et des DRASS (MRIICE) et procédures
4.3 - Déroulement du programme d'inspections

4.4 - Outils de référence 4.5 - Mutualisation des expériences des services déconcentrés
4.6 - Suivi et évaluation du programme

4.1 - Nature des inspections

Il s'agit non seulement de procéder au dépistage de situations de maltraitance (les contrôles permettront d'identifier des situations de maltraitance non encore signalées), mais aussi de les prévenir, en évaluant les dysfonctionnements des structures susceptibles d'entraîner des risques de maltraitance.

Les inspections doivent porter sur les principaux aspects du fonctionnement et de l'organisation des établissements, y compris l'adéquation des moyens mobilisés par la structure à une prise en charge adaptée des personnes accueillies.

Compte tenu du caractère préventif du programme, cette évaluation du fonctionnement doit être envisagée dans une logique de coopération avec les établissements concernés afin de repérer avec eux les dysfonctionnements susceptibles de générer des situations de violence, mais aussi les dynamiques existantes, et de dégager ensemble les mesures d'amélioration nécessaires.

A ce titre, cette démarche peut être mise en œuvre en deux temps :

Une auto-évaluation par l'établissement de son fonctionnement au regard des réponses apportées aux personnes accueillies, des dysfonctionnements et des facteurs de risque, associant l'ensemble des personnels de la structure, (en cohérence avec l'auto-évaluation prévue par l'article L 312.-8 du CASF.

Des échanges organisés, au niveau régional ou départemental, le cas échéant par grandes catégories d'établissements, sont à encourager pour informer et mobiliser les établissements. Ce peut être l'occasion de les sensibiliser à la nécessité de mettre en place des procédures internes de prévention, de détection et de traitement des situations de maltraitance.

Une inspection sur place par la DDASS (qui, en tout état de cause, s'impose quelle que soit la démarche choisie), avec le concours éventuel, en tant que de besoin, de la DRASS/MRIICE.

4.2 - Rôle des DDASS et des DRASS (MRIICE) et procédures

Les DDASS présentent des propositions de programmation au titre de leur participation à l'élaboration du programme régional ; elles effectuent les inspections ; elles renseignent le système d'information.

Les DRASS/MRIICE sont chargées de la mise en cohérence des propositions des DDASS dans le cadre de la programmation des inspections ; elles assurent l'animation, le suivi et l'évaluation du programme régional ; elles assistent, en tant que de besoin, les DDASS, sur les plans méthodologique, technique, organisationnel.

La mise en œuvre du programme repose notamment sur la collaboration entre DDASS et MRIICE ; cette dernière intervient, en tant que de besoin, en appui auprès des DDASS.

Le projet de programme est défini en CTRL et arrêté en CAR par le préfet de région et les préfets de département.

4.3 - Déroulement du programme d'inspections

Une phase préparatoire en 2001 et au 1er trimestre 2002 (conception, concertation, validation), en relation avec les services déconcentrés

Une phase opérationnelle (mise en œuvre des contrôles entre 2002-2006)

L'évaluation du programme en 2007.

4.4 - Outils de référence

Outils à créer (guide " vade-mecum ") - cf. annexes 6.1 et 6.2

Outils disponibles (" boîte à outils " - cf. annexe 6.3).

4.5 - Mutualisation des expériences des services déconcentrés

Mutualisation des moyens d'inspection (mobilisation par les MRIICE des moyens d'intervention DRASS/DDASS).

Diffusion des données relatives aux établissements et résultats des contrôles (système d'information pour le suivi/évaluation des inspections) - cf. annexe 7.

Recenser, analyser et partager les expériences régionales et départementales : outils d'inspection, d'évaluation qualité ; dispositifs, procédures (méthodes d'élaboration, modes d'organisation, partenariat – avec le département notamment ...) ; actions particulières visant à prévenir et lutter contre les maltraitances ...

A ce titre, un document recensant les outils, " procédures ", dispositifs, programmes ou actions initiés et réalisés dans ce domaine par les services déconcentrés est en cours d'élaboration. Ce document, qui sera régulièrement actualisé, sera diffusé aux services déconcentrés.

Une rubrique sera créée en avril 2002 sur le site Intranet du ministère – " Social/Ages de la vie/Protection des personnes " - consacrée à la " prévention et lutte contre la maltraitance ", elle diffusera notamment ce type d'information.

4.6 - Suivi et évaluation du programme

Indicateurs de suivi

Mise en place d'un comité de pilotage

Composition : représentants du ministère (IGAS/Mission d'Appui à la Fonction d'Inspection, Direction générale de l'action sociale (DGAS), Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), Direction générale de la santé (DGS), des services déconcentrés, de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), des départements (Association des départements de France) ...

Rôle : pilotage du programme, accompagnement, réajustements, évaluation.

Durée de la mission : jusqu'à la fin du programme et de son évaluation (1er semestre 2007).

Mise en place d'un comité technique, chargé du suivi (IGAS/MAFI, DGAS, représentants des services déconcentrés, Association nationale des directeurs des actions sociales et de santé...)

VI - Outils disponibles

Guides de référence existants.

" Guide des bonnes pratiques d'inspection " - IGAS/MAFI 2001 ;

Guide méthodologique " prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales " -ENSP, deuxième édition, décembre2001 ;

Outil " ANGELIQUE " - MARTHE, DGAS, ENSP " Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes " - juin 2000 ;

Outils régionaux (MRIICE Centre, Corse, Rhône-Alpes...).

Outils en cours de réalisation :

Outil " vade-mecum " de prévention et de repérage des risques de maltraitance dans les ESMS (diffusion fin avril).

VII - Programme de formation

Dans le cadre de la convention pluriannuelle DGAS/ENSP :

en direction des inspecteurs et des médecins inspecteurs des DDASS et des DRASS, au titre de la formation à l'inspection, la prise en compte du problème des violences en institution ;

en direction des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, des modules de formation sur les questions de prévention et de lutte contre les maltraitements en institution.

Par ailleurs, des formations communes sont à envisager avec le CNFPT.

Des journées techniques interrégionales sur le thème de la prévention de la maltraitance, ainsi qu'une ou plusieurs journées nationales seront organisées.

Des journées techniques de sensibilisation à la " bien-traitance " institutionnelle pourraient être organisées à l'instar de ce qui existe dans le secteur de la petite enfance, à partir de 2003.

Il est proposé un programme annuel de 2 à 8 établissements par DDASS (il s'agit d'un nombre minimum), en fonction de la taille du département, soit un total sur 5 ans d'au moins 2000 structures. Ces inspections s'articulent avec les autres actions de contrôle et de surveillance régulièrement organisées dans le cadre d'un suivi " au long cours " des structures.

Le nombre minimum d'établissements à contrôler par région sera communiqué aux DRASS/MRIICE mi-mars 2002, à charge pour elles, en relation avec les DDASS, d'arrêter le programme régional dont copie (avec la liste des établissements concernés) sera adressée à la DGAS.

A ce titre, sont proposés par la DGAS des critères pour déterminer les établissements à contrôler en priorité – cf. annexe 4.

Le pilotage régional

La MRIICE/DRASS est chargée, dans le cadre du CTRI, de préparer et de suivre la mise en œuvre le programme régional, approuvé par les préfets concernés réunis en conférence administrative régionale.

8.3 - L'évaluation de la mise en œuvre du programme

Les remontées régulières d'informations, grâce au système d'information en cours d'élaboration, permettront d'élaborer des bilans annuels, bilans d'étapes à mi-parcours, ainsi qu'un rapport d'évaluation à l'issue du programme, en 2007.

Il est également prévu une évaluation du dispositif d'information.

IX - Indicateurs de suivi du plan de contrôle

Nature des indicateurs :

Indicateurs quantitatifs : nombre de structures à contrôler prévu, nombre de structures contrôlées (en distinguant les inspections réalisées à la suite de plaintes des enquêtes " préventives " du présent programme) ;

Indicateurs qualitatifs, au titre des dysfonctionnements constatés, des résultats et des suites des inspections.

Exploitation des données :

Fiche d'enquête administrative

Fiche d'accompagnement de chaque signalement de violences en institution.

X - Modalités de restitution par le niveau central aux services déconcentrés

Il est prévu une restitution, au niveau national, des données – quantitatives et qualitatives – recueillies et des problématiques, dans le cadre des journées techniques et de la journée consacrée à l'évaluation du programme et à ses perspectives qui sera organisée en fin 2007.

XI - Corps de contrôle des services déconcentrés concernés

L'article 313-13 du CASF prévoit que les visites d'inspection sont conduites conjointement par un médecin inspecteur de la santé publique (MISP) et un inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS).

Les IASS sont assermentés dans des conditions fixées par décret. Au titre des contrôles mentionnés aux articles L 313-16, L 313-3, L 331-5, L 331-7, ils peuvent procéder à des saisies dans des conditions fixées par décret.

Personnels d'inspection habilités :

l'article L. 6116-4 du code de la santé publique prévoit que " l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sociaux et médico-sociaux, par les médecins inspecteurs de santé publique, les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services extérieurs du ministère de la santé et les membres de l'inspection générale des affaires sociales ".

L'article L.331-1 du CASF prévoit que la surveillance des établissements est exercée par les " agents de l'inspection générale des affaires sociales et des directions des affaires sanitaires et sociales ".

Les IASS et les MISP peuvent être accompagnés par d'autres professionnels :

En fonction du type de structure à contrôler (ingénieur de génie sanitaire, ingénieur environnement-santé, pharmacien inspecteur de santé publique, technicien sanitaire, médecin psychiatre, médecin de PMI, pédo-psychiatre, médecin de COTOREP ou de CDES, psychologue, puéricultrice, infirmier spécialisé, éducateur spécialisé, conseiller technique en travail social régional ou départemental, assistante sociale, ingénieur bâtiment...).

Peuvent également être associés aux inspections, en qualité d'experts, le médecin du département, le médecin conseil de l'échelon local de l'assurance maladie ...

L'équipe d'inspection est constituée d'au moins 2 personnes : inspecteur et médecin inspecteur - assistés par un ou plusieurs " experts " en fonction du type de structure à contrôler. Elle dispose d'une lettre de mission du préfet ou de son représentant.

En tant que de besoin, la MRIICE participe aux inspections des établissements.

A titre indicatif, la charge de travail d'une équipe de 2 personnes par structure peut être estimée à 12 journées ETP (2 x 6 j)- cf. annexe 6 :

Préparation (notamment, examen du dossier de l'institution concernée) = 2 ETP

Inspection sur site = 6 ETP

Traitement de données = 3 ETP

Rédaction du rapport =1 ETP

Gestion des suites : charge de travail à déterminer en fonction des résultats de l'inspection.

A l'issue de la première année, les MRIICE réaliseront une évaluation des charges de travail effectives et la communiqueront, pour information à la DGAS et à la MAFI/IGAS.

XII - Réseau de "personnes ressources"

Il convient de constituer progressivement, au niveau national, en relation avec l'IGAS/MAFI et les responsables des MRIICE, un réseau de personnes ressources chargées d'un appui juridique, méthodologique et technique (responsables de MRIICE, IASS, MISP, experts ...)

ANNEXE 2

- **GRILLE D'ENTRETIEN**

- 1.) Comment définissez- vous la maltraitance envers les personnes âgées ? A contrario, que représente la bientraitance et comment la concevez vous ?
- 2.) Quels sont les facteurs de maltraitance en institution ? Quels sont les risques principaux ?
- 3.) Quel est le profil des victimes et de l'abuseur ?
- 4.) Existe-t-il une démarche partenariale forte pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées ?
- 5.) Quel est votre rôle et quelles sont les réponses que vous tentez d'y apporter ?
- 6.) La formation des professionnels est-elle suffisante ?
- 7.) Pensez vous que notre société est gérontophobe et légitime ainsi en silence la maltraitance des personnes âgées ?
- 8.) Qu'attendez vous des services de l'Etat dans le domaine de la prévention de la maltraitance en institution ?
- 9.) N'y-a-t-il pas une confusion entre les services de l'Etat et du département ?
- 10.) Quels sont les outils qui vous permettent de lutter contre la maltraitance ?
- 11.) Quel est le modèle de l'institution bientraitante, en connaissez-vous ?