



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des affaires sanitaires et
sociales

Date du Jury : 12 et 13 septembre 2002

Prévenir la maltraitance institutionnelle
Du rôle des services déconcentrés des
affaires sanitaires et sociales

Sophie BEIGNON TSEGAYE

Sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I LE RÔLE FONDAMENTAL DU I ASS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE.....	7
A/ La maltraitance : une notion complexe.....	7
1 Les concepts de violence et maltraitance.....	7
2 Les multiples visages de la maltraitance.....	10
B/ Le contexte actuel : renforcer la lutte contre la maltraitance.....	15
C/ L'inspection : une fonction fondamentale des DDASS et DRASS ...	20
1 Définitions : situer l'inspection par rapport au contrôle et à l'évaluation	20
2 Fondements juridiques de l'inspection : le rôle des DDASS et DRASS .	21
3 L'inspection : une mission qui fait l'objet d'une volonté politique de renforcement	22
PARTIE II REPÉRER UNE SITUATION DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE : L'ANALYSE DES DIFFICULTÉS SUR LE TERRAIN.....	27
A/ constats sur la prévention de la maltraitance dans la région Poitou-Charentes.....	27
1. Observations effectuées à partir de recherches sur le terrain	27
2 Les atouts nécessaires pour rendre plus efficace la prévention de la maltraitance institutionnelle par les services déconcentrés.....	36
B/ Connaître et comprendre la maltraitance est nécessaire mais insuffisant : il faut pouvoir la reconnaître.....	37
1 Peut on évaluer la maltraitance et/ou les risques, signes précurseurs de dérapiage institutionnel?	37
2 La reconnaissance d'une "situation à risque" nécessite l'élaboration et l'application d'une méthodologie	39

PARTIE III PRÉVENIR LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE :	
METTRE EN ŒUVRE DES RÉPONSES ADAPTÉES ET EFFICACES ..	50
A/ Promouvoir la bientraitance.....	50
1. La signature de conventions : un moyen à la disposition des inspecteurs pour inciter à plus de qualité en matière de prise en charge et d'accueil des usagers des établissements.....	51
2. L'évaluation : un outil indispensable à l'amélioration de la qualité et à la promotion de la "bientraitance".....	53
B/ La formation : vers une culture professionnelle commune	54
1. La formation permet de partager des "savoir-faire".....	54
2. La formation par la rencontre d'acteurs différents favorise la pratique du partenariat et de la coordination.....	56
C/ L'inspection utilisée à des fins préventives.....	57
1. L'inspection a posteriori : une solution préventive de "dernier degré?"	58
2. L'intérêt de développer la pratique des inspections a priori, avant toute plainte.....	60
CONCLUSION.....	62

Liste des sigles utilisés

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CNOSS : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale

CTTS : Conseiller Technique en Travail Social

DAGPB : Direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DNO : Directive Nationale d'Orientation

IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IP : Inspecteur Principal

MAFI : Mission d'Animation aux Fonctions d'Inspection

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

MRIICE : Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation

PHISP : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique

PRIICE : Programme Régional Interdépartemental d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

INTRODUCTION

La maltraitance est un sujet d'actualité qui ne peut laisser indifférent. Suite à la connaissance que j'ai eu de la découverte d'un cas de maltraitance institutionnelle, je me suis demandée quel rôle pouvait jouer l'inspecteur.

«Si l'unanimité est difficile à faire autour de ce thème, c'est que la violence interroge tous nos repères, les frontières entre le permis et l'interdit, entre l'acceptable et le condamnable mais aussi entre le public et le privé. A partir de quel moment la société a-t-elle le droit d'intervenir, comment peut-elle contrôler mais aussi aider ceux qui transgressent les principes fondamentaux de la vie sociale ? »¹

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) ont en charge le contrôle et l'évaluation des structures (établissements et services) médico-sociales et sanitaires ; notre étude concernera les établissements du secteur social et médico-social.

Selon l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles : "Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après (...)"

Le champ du sujet : la maltraitance institutionnelle

La maltraitance recoupe des réalités nombreuses et diversifiées. Cela peut expliquer que les chercheurs, la plupart du temps, s'intéressent à un seul mode de maltraitance, par exemple la violence conjugale, ou privilégient une catégorie de victimes, comme les enfants.

Dans cette réflexion, il ne s'agit pas de se pencher sur une forme particulière de maltraitance ou sur une catégorie de victimes telle que les enfants, les femmes, les personnes handicapées... Notre questionnement concerne la maltraitance institutionnelle dans son ensemble qui peut exister dans les institutions sociales et médico-sociales et le rôle des services déconcentrés pour la prévenir.

¹ Catherine Sellenet, in « Avoir mal et faire mal », collection Pharos, 2001.

Après réflexion sur la délimitation du thème de cette recherche, il ne semble pas que son champ soit trop large.

En effet, nous pensons que malgré les différentes formes de maltraitances, trois similitudes fondamentales les rapprochent. La première est le champ de ces maltraitances, c'est-à-dire l'institution, la seconde concerne ses victimes qui sont toutes des personnes vulnérables, enfants, personnes handicapées, personnes âgées. La troisième est la maltraitance.

Aussi, nous verrons que les indicateurs permettant de soupçonner des faits de maltraitance se recoupent souvent.

Le groupe de travail du Conseil Supérieur en Travail Social (CSTS) dans son rapport d'étape, présenté en février 2000, suite à une enquête "violence" relevait ceci : "Qu'elles soient subies par les usagers ou les travailleurs sociaux, les violences et l'insécurité seraient en partie induites par le fonctionnement des institutions et les pratiques professionnelles. Manque de projet de service, absence de dialogue, de soutien de la hiérarchie, inadaptation des missions..."

L'enquête "violence" du CSTS avait posé la question "*qui est victime de violence dans les établissements?*"

44,8 % des répondants citent à la fois les travailleurs sociaux et les usagers ; 17,3 % ne nomment que les membres du personnel et 13,6 % que les usagers. Seulement 22,6 % des établissements n'ont connu aucune situation de violence ces trois dernières années. 12,2 % estiment en avoir vécu plus de dix au cours de la même période.²

Question, préalable à cette étude, sur la légitimité d'intervenir en cas de maltraitance

Jacques LEBAS pose la question en ces termes : "La non ingérence dans l'espace privé de la famille ou de l'institution où s'exerce la violence doit cesser là où commence la non-assistance à personne en danger."³

² Pierre BENGHOZI, psychiatre et psychanalyste, était le président du groupe de travail sur la violence. Ce groupe de travail avait pour mandat de "contribuer à une meilleure appréhension et compréhension des processus de violence dans des contextes différents."

Intervenir peut se faire d'au moins deux façons : une intervention ou une ingérence a posteriori, cas où la maltraitance a déjà eu lieu, ou l'intervention qui privilégie la prévention en s'intéressant au suivi des établissements afin d'éviter des situations de maltraitance.

La prévention implique une connaissance de l'institution qui doit d'elle-même jouer le jeu de la transparence ; on peut ainsi citer cette recommandation de Jean-Pierre ROSENCZVEIG, président de l'ANCE :

« Eviter de s'enfermer derrière des hauts murs, mais pratiquer l'ouverture maximale de votre établissement en prenant tous les prétextes possibles (fêtes, réunions de travail, animations, etc.) et bien sûr tout simplement en présentant régulièrement votre travail et votre structure (...) Les violences institutionnelles individuelles ou collectives sont inversement proportionnelles à l'ouverture des institutions sur l'extérieur. »⁴

Notions introductives

La maltraitance pose un problème éthique ; pour Emmanuel LEVINAS, l'éthique, c'est "prendre soin de l'Autre". L'éthique concerne la personne qui s'engage, qui prend position ; elle concerne aussi la société, la famille, l'hôpital ou le service, c'est à dire l'institution.

Il semble intéressant de distinguer la maltraitance institutionnelle de la maltraitance en institution, même si, en général, les auteurs ne le font pas explicitement.

Ainsi, selon TOMKIEWICZ, la "violence institutionnelle" est une "action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution

³ LEBAS J., membre du Haut Comité de la Santé Publique, *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 2000, n° 31, p. 1.

⁴ Jean-Pierre ROSENCZVEIG, président de l'ANCE, in *Lettre ouverte aux directeurs d'établissements et autres intervenants en institution sur les réponses à apporter aux maltraitances à enfants et à personnes vulnérables*, publication de l' ANCE, 2000.

ultérieure. »⁵ Selon nous, cet auteur englobe, sous le vocable de "violence institutionnelle", à la fois la maltraitance institutionnelle ("commise par une institution") et la maltraitance en institution ("commise dans une institution").

En effet, l'expression "maltraitance institutionnelle" met en évidence l'auteur de cette maltraitance : l'institution, alors que celle de "maltraitance en institution", rappelle que le lieu du délit est l'institution.

Dans le premier cas, on peut dire que l'institution est auteur ou complice de l'acte alors que dans l'autre, il peut s'agir d'un cas "isolé" de maltraitance, par un professionnel, qui tout en restant un acte grave, ne remet pas nécessairement en cause le fonctionnement global de l'établissement. Il existe donc des dysfonctionnements institutionnels et des comportements individuels.

Prévenir, selon Le Petit Robert : "Aller au devant pour faire obstacle ; empêcher par ses précautions." La prévention (milieu XX e) : "Ensemble de mesures préventives contre certains risques ; organisation chargée de les appliquer."

La prévention par les services déconcentrés : veiller à la qualité de la prise en charge des personnes accueillies en établissement.

Le rapport du professeur DEBOUT : « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées » remis le 22/01/2002 à la secrétaire d'Etat aux personnes âgées constate que la maltraitance recouvre de multiples facettes (physique, psychologique, financière, par négligence...) et sources.

Ainsi, par exemple, l'envoi, par un service d'aide à domicile, de personnel peu compétent ou l'insuffisance et l'épuisement du personnel dans certains établissements constituent ce que l'on peut appeler des facteurs de risque de maltraitance.

Comme le souligne le professeur DEBOUT, certains établissements sont « intrinsèquement maltraitants » lorsqu'il « n'y a pas de place suffisante réservée au respect des individus ».

⁵ Stanislaw Tomkiewicz et Pascal Vivet ont travaillé sur la notion de violence institutionnelle au cours de leurs travaux menés en vue du 4^e congrès international sur les enfants maltraités et négligés.

Le dépistage permet de reconnaître une situation de danger de maltraitance ou de maltraitance en utilisant des indicateurs.

L'objectif professionnel de cette étude vise à améliorer le repérage par les services déconcentrés de la maltraitance institutionnelle afin de la prévenir et de la traiter.

Pour tenter de répondre à cet objectif, nous avons posé la question de savoir pourquoi, malgré la revalorisation des fonctions d'inspection et de contrôle, les maltraitements institutionnels constituent un problème persistant ?

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales est légitime à intervenir pour lutter contre la maltraitance institutionnelle ; en effet, nous démontrerons que son rôle est incontestable (partie I).

Sur le terrain, les inspecteurs ne disposent pas toujours d'outils et de moyens suffisants pour repérer une situation de maltraitance (partie II).

A partir de l'analyse des difficultés rencontrées, il convient d'examiner des réponses possibles, qui soient les plus adaptées aux besoins des professionnels des services déconcentrés pour améliorer la prévention des maltraitements institutionnels (partie III).

METHODOLOGIE

Intérêt pour le sujet :

Le choix du sujet a mûri au cours de mon premier stage en services déconcentrés, en DRASS, où la MRIICE faisait partie des principaux sujets de conversation des corps d'inspection.

Dans le même temps, une inspection se préparait suite à un soupçon de maltraitance institutionnelle.

Les réflexions concernant l'inspection et la maltraitance ne me laissaient pas indifférentes en tant que future inspectrice.

Le thème général de mon mémoire, inspection et maltraitance, s'imposait naturellement.

Recherches bibliographiques :

J'ai effectué les premières recherches bibliographiques à la suite de mon premier stage, ce qui m'a permis de préciser ma recherche et de réfléchir aux investigations que je conduirai sur le terrain, lors d'un second stage.

Investigations sur le terrain⁶ :

Elles ont eu lieu dans la région Poitou-Charentes pendant une période de stage d'une durée de deux mois et demi à la DRASS.

⁶ Voir en annexe le contenu des investigations de terrain.

PARTIE I LE ROLE FONDAMENTAL DU IASS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

Pour mieux appréhender le rôle des inspecteurs dans les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, et en particulier celui des IASS, pour agir contre la maltraitance, il importe, dans un premier temps, de comprendre ce que l'on entend par maltraitance et plus précisément maltraitance institutionnelle.

Une brève analyse du contexte actuel montre que la lutte contre la maltraitance est un objectif primordial.

Enfin, en posant comme priorité la revalorisation des fonctions d'inspection, de contrôle et d'évaluation, le Ministère de l'emploi et de la solidarité, entend se donner les moyens pour prévenir les maltraitements institutionnels.

A/ LA MALTRAITANCE : UNE NOTION COMPLEXE

La maltraitance est une notion difficile à définir, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas une mais différentes formes de maltraitements que des chercheurs ont classés afin notamment de mieux comprendre le phénomène.

1 Les concepts de violence et maltraitance

Le problème majeur est que la notion de maltraitance est relative, ce qui en complique la définition et la connaissance. D'une époque à l'autre, d'un lieu à l'autre, d'une personne à l'autre, l'appréhension de la violence n'est pas la même. Il semble ainsi important d'analyser cette notion au regard des évolutions de la société et des connaissances actuelles. Ainsi, dans le contexte actuel, isoler une personne âgée en l'empêchant de sortir sera qualifié de maltraitance, alors que l'enferment d'un délinquant en prison sera considéré comme une peine légitime.

De plus, il est impossible d'avancer dans la compréhension et l'analyse du sujet sans, au préalable, s'entendre sur les termes. Savoir de quoi l'on parle permet de

savoir plus exactement ce que l'on veut prévenir. Nous pointons là l'une des premières difficultés des professionnels qui veulent lutter contre les maltraitances. Le pluriel est significatif de ce qu'il n'y a pas une mais des maltraitances.

De façon générale, on peut dire qu'il "s'agit d'actes (ou des absences d'actes) subis par des personnes dépendantes et/ ou vulnérables."⁷ Les personnes visées sont les enfants, les majeurs protégés, les personnes handicapées (les personnes accueillies en institution).

Les termes de violence et de maltraitance semblent a priori interchangeables. En effet, ces termes sont parfois utilisés comme synonymes. Ainsi, récemment la DGAS a retenu une définition générale de la maltraitance, qui est celle proposée par le Conseil de l'Europe : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Ajoutons, comme Catherine SELLENET, qu'il semble qu'une différence de degré distingue l'agressivité de la violence : « Si la première apparaît comme une force au service de l'adaptation de l'espèce à son environnement, un mécanisme de survie (« *se faire entendre*), la violence s'en distingue par une volonté d'annuler l'autre, un moyen de contraindre l'autre à se plier à nos désirs (...) il existe en chacun de nous une pulsion visant à satisfaire nos désirs, mais que, dans le cadre de l'agressivité, cette pulsion reste socialisée, s'exprime dans des formes acceptables et non destructrices, alors qu'elle ne serait plus contrôlée dans le cadre de la violence. »

De plus, selon Louis PLAMONDON, la violence se différencie de la maltraitance car à la base de la maltraitance, il existerait une relation de confiance qui ne se retrouve pas à l'origine de la violence.

Ainsi, les notions d'agressivité, de violence et de maltraitance, bien que souvent confondues, sont quelque peu différentes.

De plus en plus, le concept de maltraitance s'impose sur celui de violence. En effet, apparu récemment (en 1987, selon Le Robert) dans le cadre des travaux

⁷ E. CORBET, *Les concepts de violence et de maltraitance*, adsp, n° 31, juin 2000, P. 20.

sur les enfants maltraités, il permet de s'interroger sur ce qui garantit la "bienveillance".

Ce néologisme utilise le préfixe "bien" pour mettre l'accent sur une certaine qualité dans l'action de traiter l'autre, au contraire du préfixe "mal". Cela ne signifie pas nécessairement que ce qui n'est pas de la bienveillance est a contrario de la maltraitance. Le fait de promouvoir la bienveillance serait un rempart contre la maltraitance, une forme active de prévention. Dans une institution, la bienveillance concernera autant les personnes accueillies que les professionnels qui travaillent auprès de ces personnes. Nous développerons cet aspect au cours de la réflexion.

Les travaux sur les enfants maltraités ont conduit à des recherches sur les maltraitements institutionnels, c'est-à-dire celles que subissent les usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En 1982, le pédopsychiatre Stanislaw TOMKIEWICZ a mis en lumière le concept de "violence institutionnelle" : « J'appelle violence institutionnelle, toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure. »⁸ Comme pour les définitions sur la maltraitance, la maltraitance institutionnelle se caractérise par une action ou inaction qui entraîne des conséquences néfastes comme la souffrance.

TOMKIEWICZ s'est intéressé spécifiquement aux institutions accueillant des enfants et adolescents. Rappelons que cette étude, à caractère professionnel, concerne les personnes accueillies en institution du secteur social et médico-social, en tant que personnes vulnérables. L'institution, censée les protéger, peut au contraire "abuser" de la fragilité des personnes qu'elle accueille.

Cette violence peut être commise en institution par un professionnel ou même par l'institution qui « dysfonctionne ». Ainsi, une institution dont les intérêts dominent ceux des personnes qu'elle accueille est violente. Aujourd'hui, la majorité des professionnels de l'action sociale (directeurs d'établissements,

⁸ Stanislaw Tomkiewicz et Pascal Vivet ont travaillé sur la notion de violence institutionnelle au cours de leurs travaux menés en vue du 4^e congrès international sur les enfants maltraités et négligés.

éducateurs...) reconnaissent que la personne qui vit en institution ne doit pas se confondre avec l'institution ; il s'agit de la respecter comme personne unique dont les désirs doivent être entendus.

Ainsi, fruit de cette évolution de pensée, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit un article L.116-2 dans le code de l'action sociale et des familles : "L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux (...)"

2 Les multiples visages de la maltraitance

La maltraitance a fait l'objet de différentes classifications, chacune étant spécifique à une catégorie de personnes : personnes âgées, handicapées...

De toute façon, les différentes typologies des formes de maltraitance se recoupent, à partir du moment où la maltraitance touche des personnes vulnérables, fragilisées, même si certaines formes de maltraitance sont plus fréquentes pour telle ou telle personne, dans tel ou tel contexte (familial, institutionnel...) Les personnes fragilisées sont les plus touchées par la maltraitance.

Ce qui est important, c'est de connaître l'existence de classifications comme celle du Conseil de l'Europe, la plus couramment utilisée.⁹

En effet, une classification permet de distinguer ce qui est de la maltraitance, donc intolérable, de ce qui est acceptable. Pour un inspecteur, la classification peut l'aider à qualifier les faits qu'il peut constater sur le terrain, lors d'une inspection suite à une plainte ou même et surtout lors d'une inspection effectuée à titre préventif.

Il semble inutile de recenser toutes les classifications existantes. Aussi, deux classifications connues méritent d'être présentées : celle du Conseil de l'Europe, citée précédemment pour les personnes âgées et celle du Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps.

⁹ Rapport du Conseil de l'Europe, 1992. Ce rapport résulte des travaux d'un groupe de réflexion sur la violence envers les personnes âgées.

En effet, ces deux classifications se complètent, l'une venant préciser l'autre, ou même ajouter des éléments nouveaux.

Le Conseil de l'Europe a proposé la classification suivante en six formes de maltraitances :

- Les violences physiques. Ce sont les coups, sévices corporels, violences sexuelles, mauvais traitements physiques, entraves à la liberté de mouvement et ligotage, les coups et blessures volontaires entraînant la mort, voies de fait, meurtres.
- Les violences psychologiques. Il s'agit des violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, abandon ou menace de placement dans une maison de santé, chantage, effort prolongé et méthodique pour déshumaniser et dépersonnaliser la personne âgée, les comportements propres à inspirer un sentiment d'insécurité et de désespoir et à amener la personne âgée à se laisser aller, la cruauté mentale, la violence morale et les sévices psychiques.
- Exploitation- abus matériels. Ce sont l'exploitation financière, la rétention de revenus ou de pension, le vol ou le détournement d'argent, d'objets de valeur ou d'autres biens, dols ou usage d'une procuration au préjudice de la personne âgée.
- La violation de droits, c'est-à-dire les droits garantis à tous les citoyens par la législation nationale.
- Abandon- négligence active. Il s'agit de l'indifférence, de l'abandon d'une personne vulnérable, diminuée physiquement ou mentalement, incapable de prendre soin d'elle-même, et aussi du placement d'une personne diminuée dans un établissement d'accueil ou un hôpital ; enfin cela concerne le manquement à une obligation ou la rupture d'un contrat causant un préjudice ou une violation des droits.
- Négligence passive : c'est une négligence sans intention de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice physique, matériel ou moral.

Le Réseau Francophone propose une typologie en dix types d'abus envers les personnes handicapées après avoir défini l'abus ainsi : "acte commis ou omis

souvent par une personne en relation de confiance dont il résulte une blessure ou un préjudice pour la personne."

Cette classification comprend :

- L'abus physique : infliger délibérément une douleur physique, une blessure ; négliger ou refuser des soins de première nécessité ; négliger de soulager la douleur exprimée ; imposer des traitements médicaux ou para-médicaux, inadaptés ou inutiles.
- L'abus sexuel : Par la force ou la ruse, obliger une personne à des relations sexuelles, à des actes à caractère sexuel ; effectuer des attouchements sexuels sans consentement ; érotisation de la relation en contexte d'autorité ; forcer à participer au visionnage ou à la production de matériel pornographique.
- L'abus psychologique : Dans le but de contrôler la personne, par des propos ou des attitudes, infliger de l'angoisse, de l'insécurité, provoquer la peur ou menacer d'isolement, négliger de soulager la douleur malgré les plaintes, agresser verbalement, intimider, contrôler systématiquement ou sous-estimer les capacités de la personne, manipuler ou inciter à poser des gestes interdits.
- L'abus par délaissement ou abandon : Le refus intentionnel ou non de répondre aux besoins fondamentaux d'une personne dépendante ; la privation de nourriture et de soins, d'affection, de services médicaux ou d'éducation.
- L'abus matériel et financier : S'approprier ou tenter de s'approprier l'argent ou tout autre bien de la personne ; la retenue du salaire ou de la rente, le détournement de fonds, le vol de biens personnels ; faire un usage abusif de son argent ou de sa propriété ; détournement des droits des héritiers.
- La négligence : Le manquement, volontaire ou non, d'une personne responsable à répondre aux besoins d'une personne handicapée, compromettant sa santé, sa sécurité et ses capacités de développement ; le défaut d'assurer les traitements médicaux adéquats ; l'absence de diagnostic ; le défaut d'informer la personne ou la famille de ses droits à des services ou bénéfices ; pas de suivis de contacts avec les proches d'une personne hébergée.
- Les abus liés aux institutions de prise en charge et d'hébergement : Imposer des aménagements, des conditions de vie ou une organisation de services et

de soins causant des situations dégradantes, humiliantes, déshumanisantes ; pas de prise en compte des contraintes spatiales ou des aménagements dans les activités de la vie quotidienne.

- *La violation du droit à la liberté : empêcher une personne handicapée d'exercer tout contrôle sur sa vie ; discipliner les horaires ; limiter les relations ; contraindre à l'institutionnalisation d'un enfant.*
- *L'abus de pouvoir et d'autorité : Dans l'exercice d'un rôle parental, de soignant, d'accompagnement ou d'apprentissage, réaliser des actes qui compromettent l'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne ; internement abusif ; expérimentation sans consentement ; harcèlement administratif ; sous-utilisation des ressources attribuées aux activités ; contrôle injustifié de l'intimité de la personne ; imposition de traitements médicaux et para-médicaux.*
- *L'abus social : Tout préjugé et comportement social tendant à nier la dignité d'une personne handicapée, à l'exclure socialement, et à diminuer son estime d'elle-même, telles l'indifférence sociale et l'exclusion de l'école, du travail ou d'activités sociales.*

Les changements arbitraires ou les mesures de contrôle abusif dans les programmes de subsistance.

Analyse

Cette dernière classification, bien que consacrée aux personnes handicapées, pourrait aussi le plus souvent s'appliquer aux personnes âgées. En effet, les deux classifications citées ont de nombreux points communs.

Quand la première cite les violences physiques, en y incluant les violences sexuelles, l'autre les distingue, mais nous retrouvons bien ces deux formes de maltraitance dans les deux classifications.

Les "violences psychologiques" de l'une sont les "abus psychologiques" de l'autre avec un contenu quasiment semblable dont les termes veulent souvent dire la même chose avec plus ou moins de précision. Par ailleurs, la référence psychologique constitue le critère principal des chercheurs pour tenter de caractériser une situation de maltraitance.

"L'abandon-négligence active et passive" du Conseil de l'Europe peut être rapproché de celle du Réseau Francophone qui parle "d'abus par délaissement ou abandon" et de "négligence".

Finalement, si parfois des différences de contenu existent, les deux classifications peuvent se compléter.

Nous retrouvons aussi les maltraitances "d'exploitation-abus matériels" et "d'abus matériel et financier" avec en plus, dans la définition, le détournement des droits des héritiers qui n'est pas aussi explicite dans la classification du Conseil de l'Europe.

Nous pouvons remarquer aussi des différences entre les deux typologies.

En effet, la première parle de violation des droits quant l'autre se cantonne à la violation du droit à la liberté.

Enfin, le Réseau Francophone a ciblé d'autres formes de maltraitances : les "abus liés aux institutions de prise en charge et d'hébergement", "l'abus de pouvoir et d'autorité" et "l'abus social".

Mais en réalité, ces qualifications se retrouvent avec un contenu quelque peu différent, du fait de la spécificité de la victime, dans les définitions propres à la gériatrie qui parle de "violence sociale", "violence thérapeutique", "violence matérielle et architecturale" et de "violence liée à une mauvaise organisation de l'institution".

On remarque aussi que ces qualifications peuvent se recouper en ce qu'une maltraitance peut être à la fois considérée comme physique et psychologique. Enfin, dans ces deux classifications, il ressort clairement que la maltraitance peut être intentionnelle ou non.

Notons que ces maltraitances peuvent aussi se produire dans les institutions. Ainsi, la maltraitance institutionnelle, si elle n'est pas repérée à temps et prévenue, constitue un échec pour les services déconcentrés qui n'auront pas exercé efficacement leurs missions de protection des personnes.

B/ LE CONTEXTE ACTUEL : RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Le phénomène de la maltraitance n'est pas nouveau.

En revanche, notre société assiste à une prise de conscience récente de ce phénomène en ce qui concerne les personnes handicapées et les personnes âgées, par rapport à la maltraitance envers les enfants.

En effet, les lois du 10 juillet 1989¹⁰ relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance et du 17 juin 1998¹¹ relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ont renforcé la politique en faveur de l'enfance maltraitée.

Depuis, des circulaires ou instructions interministérielles ont amélioré les actions de dépistage et de repérage des situations de maltraitance concernant les enfants. Les plus récentes sont l'instruction interministérielle du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance et la circulaire du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements dans les institutions accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.

Ces textes visent notamment à mettre en place une politique locale de prévention des violences dans les institutions sociales et médico-sociales. Pour assurer l'efficacité d'une telle politique, une action coordonnée des diverses administrations déconcentrées et le Conseil général est prévue grâce à la création, dans chaque département, d'un groupe de coordination de la protection de l'enfance. Ce groupe doit préparer un programme pluriannuel d'inspections dans les établissements accueillant des enfants et des adolescents en mettant à profit les connaissances et compétences des différentes administrations concernées, par un travail en concertation.

¹⁰ Il s'agit de la loi n°89-484 du 10 juillet 1989 ; se référer aux articles L. 226-3 et L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹ Il s'agit de la loi n°98-468 du 17 juin 1998.

Bien que le recensement des violences en institution soit quasi-inexistant, plusieurs affaires de maltraitance ont conduit à une prise de conscience de sa gravité.

Le "rapport Debout" du 22 janvier 2002 commandé par la secrétaire d'Etat aux personnes âgées alerte les pouvoirs publics et l'opinion sur l'extrême fragilité des personnes âgées sujettes à de nombreuses formes de maltraitements, tant à domicile qu'en institution. Selon le réseau d'écoute Alma, association de bénévoles qui recueille des témoignages et plaintes dans toute la France, environ 30 % des maltraitements sont commis en établissement d'hébergement par des personnels soignants en situation d'épuisement psychique, manquant de formation et au statut dévalorisé.

L'Etat, investi d'une mission de protection des personnes, s'est fixé deux priorités, affirmées dans la DNO 2002.

Il s'agit de lutter contre la maltraitance institutionnelle et de renforcer les missions d'inspection, de contrôle et d'évaluation des services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité.

La maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux figure parmi les thèmes d'inspection retenus par la Commission Nationale de Programmation dans les DNO 2001 et 2002.

A travers ces deux axes de travail, le rôle de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en matière de lutte contre la maltraitance institutionnelle est affirmé par la volonté de revaloriser la fonction de contrôle.

Aussi, l'importance de l'inspection est mise en avant ; en 1999, la DNO insiste sur la fonction d'inspection avec la volonté de la renforcer. Elle élabore une stratégie et une méthodologie de renforcement de cette fonction.

Ainsi, l'administration centrale définit les objectifs annuels de l'action déconcentrée et en suit la mise en œuvre. A l'IGAS, est créée la Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection (MAFI), qui exerce une fonction d'impulsion, d'appui et de contrôle a posteriori. Au niveau déconcentré, doivent être mises en place des missions de pilotage régionales et interdépartementales, les MRIICE, chargées de préparer les programmes régionaux d'inspection, de contrôle et d'évaluation, les PRIICE, et d'en suivre la mise en œuvre coordonnée

dans un cadre pluridisciplinaire. Les MRIICE doivent informer régulièrement l'administration centrale et la MAFI de leurs activités.

Le développement de la fonction d'inspection vise en effet à mieux assurer la protection des personnes accueillies en institution.

Le Gouvernement lance un *programme d'inspections des établissements sociaux et médico-sociaux* pour la période 2002/2006 qui concrètement répond aux deux priorités émises dans les dernières DNO (la prévention et la lutte contre la maltraitance et le renforcement de la fonction d'inspection dans les services déconcentrés.)

Ce programme quinquennal d'inspections, initié par la DGAS et qui sera animé par les MRIICE, a pour objet de « contrôler, à titre préventif (sans signalement préalable), l'ensemble des aspects du fonctionnement et de l'organisation des établissements, y compris l'adéquation des moyens mobilisés par la structure à une bonne prise en charge des personnes accueillies. »

Il a principalement pour but de « veiller à ce que soient garantis la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes prises en charges, le respect de leurs droits et libertés ».¹²

Ainsi, les services déconcentrés ont pour mission de dépister toute situation de maltraitance et toute négligence non signalée, mais aussi de prévenir, c'est-à-dire identifier « les dysfonctionnements des structures », signes de risques de maltraitance.

La DNO 2002 précise le champ d'application de ce programme qui concerne les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants, des personnes handicapées, des personnes âgées, des personnes en difficultés sociales. En cinq ans, environ 2000 structures seront contrôlées, sans compter les inspections sur plaintes.

Selon l'IGAS, rapport DESTAIS/VINCENT, "la définition d'une politique de contrôle méthodique et finalisée, orientée vers la prévention des risques et la qualité de gestion des prestations doit se traduire par une raréfaction des

¹² DNO de février 2002.

plaintes et des contrôles d'urgence ; ceux-ci, en effet, ne sont-ils pas un signe d'échec (ou d'absence) d'une politique de maîtrise des risques ?"

S'inscrivant dans ce contexte de prévention, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une procédure d'évaluation de la qualité du service rendu qui prend deux formes :

-l'auto-évaluation pratiquée par l'établissement tous les 5 ans et communiquée à l'autorité administrative.

Un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale sera chargé de valider les procédures, référentiels et recommandations de bonnes pratiques professionnelles construites par les établissements. En cas de carence, ce conseil se substituera à l'établissement en les élaborant lui-même.

-une évaluation des activités et des prestations de l'établissement par un organisme externe, déterminante pour le renouvellement de l'autorisation.

L'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux n'est plus à durée illimitée, mais vaut pour 15 ans ; un régime d'approbation tacite pour le renouvellement de l'autorisation est mis en place, sauf décision expresse de l'administration (les autorisations tacites directes sont supprimées.)

En outre le principe du contrôle de l'activité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux est posé explicitement par cette même loi : « Le contrôle de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est exercé, notamment dans l'intérêt des usagers, par l'autorité qui a délivré l'autorisation. » (article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles)

La loi souligne que lorsque le contrôle aura pour objet d'apprécier l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien-être physique ou moral des bénéficiaires, les usagers et leurs familles seront entendus et leurs témoignages recueillis.

Au titre de son pouvoir de contrôle, l'autorité qui a délivré l'autorisation dispose d'un pouvoir d'injonction. Ainsi, elle peut adresser une injonction en cas de constatation dans l'établissement ou le service des infractions aux lois et

règlements ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leur droits.

Le préfet peut fermer totalement ou partiellement, de façon provisoire ou définitive, un établissement ou un service.

La loi affirme aussi les droits des usagers. L'utilisateur doit pouvoir choisir librement les prestations, participer directement à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement et accéder à toute information ou document relatif à sa prise en charge.

Chaque structure devra se doter d'un règlement de fonctionnement et d'un projet de service ou d'établissement.

TOMKIEWICZ dans « Aimer mal, châtier bien » note que « la violence dans une institution est inévitable et naturelle » parce que « chacune a son projet qui transcende celui des personnes qui la font vivre ».

Cette violence devrait, entre autre, être atténuée par la mise en place des projets individuels, rendue obligatoire par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette nouvelle loi met en avant l'importance de la place de l'utilisateur et de sa parole. Ainsi, la qualité de la prestation dont bénéficie l'utilisateur se situe au centre des enjeux du secteur social et médico-social.

Dans ce nouveau contexte, les services déconcentrés ne peuvent plus se contenter d'une approche financière et budgétaire, mais doivent aussi s'interroger sur la qualité de la relation de l'utilisateur avec l'institution.

C/ L'INSPECTION : UNE FONCTION FONDAMENTALE DES DDASS ET DRASS

Pour comprendre le rôle important que joue l'inspection, particulièrement en matière de maltraitance, il est nécessaire de la définir en la distinguant du contrôle et de l'évaluation.

Il est indispensable que les agents des services déconcentrés concernés par l'inspection connaissent les fondements juridiques de leurs missions d'inspection.

En effet, l'inspection fait aujourd'hui l'objet d'une volonté politique de renforcement.

1 Définitions : situer l'inspection par rapport au contrôle et à l'évaluation

Il n'existe pas de définition législative et/ou réglementaire de l'inspection dans le domaine sanitaire et social.

En revanche, il est important de définir cette notion qui se distingue du contrôle et de l'évaluation lesquels sont cependant complémentaires.

En 1995, le rapport CATINCHI sur "la fonction d'inspection en services déconcentrés"¹³ définit l'inspection de façon large : "C'est une démarche d'observation de terrain, quelqu'en soit l'origine, la méthodologie et la finalité (enquête, contrôle, audit, évaluation...), qui fait référence à un professionnalisme, et correspond à une fonction d'autorité de l'Etat. Les constats effectués sont consignés dans un rapport."

En 1997, le rapport DESTAIS/VINCENT¹⁴ reprend les définitions adoptées par l'IGAS ; les notions d'inspection, de contrôle et d'évaluation sont bien

¹³ CATINCHI A., Rapport sur la fonction d'inspection en services déconcentrés, rapport IGAS, 1995, P. 2.

¹⁴ DESTAIS N., VINCENT G., Le renforcement de la fonction d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social, rapport IGAS, septembre 1997, P. 3 et 4.

distinguées. Il est en effet important d'éviter la confusion en précisant leur contenu.

Ainsi, "L'inspection consiste à procéder à des investigations approfondies mettant en œuvre l'autorité de l'Etat et effectuées à partir de démarches sur place (entretiens avec les personnes concernées, observations, examens de dossiers et de documents, vérifications de toute nature) et ce quelle que soit la finalité de ces investigations."

"Le contrôle désigne un ensemble de procédures organisées ayant pour objet de vérifier :

- que les personnes ou organismes visés respectent les règles (au sens large) qui leur sont applicables ; il s'agit là de contrôles de régularité ;
- que les organismes visés (sous tutelle de l'Etat ou bénéficiaires de fonds publics) se gèrent et délivrent des prestations de manière efficace et efficiente, au regard de leur mission, de leurs moyens et de leurs objectifs ; il s'agit alors de contrôles d'efficacité."

"L'évaluation d'une politique, d'une action, d'un dispositif est un processus visant à porter une appréciation aussi objective que possible sur ses résultats au regard des objectifs fixés et des moyens effectivement mis en œuvre. Une évaluation doit mobiliser toutes les informations pertinentes ; elle peut donc utiliser des constatations issues de plusieurs procédures de contrôle."

Pour synthétiser, disons que l'inspection est un contrôle effectué sur place. Les informations recueillies lors d'un contrôle, ainsi que les recommandations produites peuvent s'avérer utiles à une mission d'inspection ou peuvent même être à l'origine d'une inspection.

Quant à l'évaluation, elle est proche du contrôle de l'efficacité quand elle concerne un établissement ou un équipement ; elle est finalement une forme de contrôle particulière, différente du contrôle traditionnel de régularité. En bref, ces missions sont complémentaires.

2 Fondements juridiques de l'inspection : le rôle des DDASS et DRASS

Le décret n° 95-1156 du 2 novembre 1995 fixant les statuts des IASS leur donne vocation à exercer des missions d'inspection et de contrôle.

Or, parmi les constats relevés dans le rapport DESTAIS/VINCENT en 1997, figure celui d'une "mauvaise connaissance par les cadres des services déconcentrés – en particulier de ceux dont le champ d'action est le plus large c'est à dire des MISP et des IASS – des fondements juridiques de leurs pouvoirs (ou de leurs obligations) de contrôle et d'inspection." Pour remédier à cet état de fait, un groupe de travail a recensé, dans un "référentiel des compétences", annexé à ce rapport, les principaux fondements juridiques des missions d'inspection et de contrôle des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales.¹⁵ Il était prévu que ce référentiel soit régulièrement mis à jour par la DAGPB pour en conserver l'utilité.

Bien que la répartition des compétences ait été modifiée par les lois de la décentralisation en 1982 et 1983, les réformes de la déconcentration, en 1964 – 1992 et 1995, et les réformes hospitalières de 1991 et 1996, le rôle fondamental des DDASS et DRASS a été maintenu. Ainsi, le décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des DDASS et DRASS¹⁶ comprend un article 3 qui stipule que "les DDASS ont comme missions la protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène et la tutelle et le contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux."

De plus, la circulaire DAGPB/MPM n° 97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des DRASS et DDASS rappelle l'importance des missions d'inspection et de contrôle et la fonction essentielle en la matière des DRASS et DDASS. Dans le chapitre IV de cette circulaire, la volonté de développer les missions d'inspection et de contrôle est explicite : celles-ci "doivent retrouver une place centrale au sein des services."

3 L'inspection : une mission qui fait l'objet d'une volonté politique de renforcement

En 1997, le rapport DESTAIS/VINCENT, IGAS, a pour mission de renforcer les fonctions d'inspection de 1^{er} degré dans le domaine sanitaire et social. Dans la

¹⁵ Voir en annexe le sommaire détaillé du référentiel des compétences.

¹⁶ Circulaire DAGPB/MPM n° 97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des DRASS et DDASS, B.O. santé, n°97/9, P. 37 à 44.

première partie intitulée "état des lieux", les auteurs estiment que les constats dressés dans le rapport CATINCHI en 1995 sont toujours valables.

a) Quelques constats :

Le principal constat est que l'inspection est devenue une fonction secondaire.¹⁷

En 1995, monsieur CATINCHI analysait cette situation de la façon suivante :

"Le défaut actuel de mobilisation de l'inspection est lié à la difficulté de repérage des objectifs à lui assigner dans le foisonnement des missions qui sont celles des services déconcentrés."¹⁸

Les deux rapports précités s'entendent sur le fait que les services déconcentrés de l'Etat ont concentré leur activité et leurs efforts sur d'autres tâches dont le volume a augmenté ou sur des fonctions nouvelles telle que la planification.

Ainsi, en raison notamment de cette accumulation de tâches administratives, certains secteurs ne font quasiment plus l'objet de contrôle. Le secteur social et médico-social est le plus concerné ; l'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux était rare (aujourd'hui, un changement se dessine), en dehors des plaintes.

L'inspection est une fonction secondaire qui, selon les termes du rapport CATINCHI, est instrumentalisée en ce qu'elle "répond à des obligations réglementaires ou à des nécessités de gestion", et souffre d'un défaut de reconnaissance.

Pourtant, la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et son contrôle étaient déjà au cœur de la loi du 30/06/1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales. La loi du 2 janvier 2002 qui réforme celle de 1975 vise notamment à généraliser l'évaluation et à renforcer le contrôle et l'inspection des établissements. Cela signifie bien que les agents des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ne peuvent plus se contenter d'effectuer de "simples" contrôles des normes. Cette inspection traditionnelle, en effet historiquement l'inspection consistait en un contrôle de légalité, n'est plus adaptée. Les contrôles, inspections et évaluations doivent être plus ambitieux en

¹⁷ A l'époque du rapport DESTAIS/VINCENT, le temps consacré à l'inspection dans l'activité des IASS était inférieur à 20%.

¹⁸ Rapport CATINCHI, précité, P. 15.

s'intéressant, non plus seulement aux aspects administratifs et financiers, mais aussi à la qualité des prestations et des résultats en vue d'une prise en charge en adéquation avec les besoins exprimés par les personnes concernées.

b) Intérêts d'un renforcement de l'inspection

Rappelons l'intérêt principal de donner une place primordiale à la fonction d'inspection qui figure en conclusion du rapport DESTAIS/VINCENT : "l'inspection du premier degré dans le domaine sanitaire et social (...) est essentielle à l'exercice par l'Etat de certains de ses pouvoirs régaliens, et en premier lieu de sa mission de protection des populations (...)."

Le développement du contrôle, de l'inspection et de l'évaluation ne pourra qu'accroître la crédibilité et la légitimité des services déconcentrés face à leurs contrôlés et aussi face à leurs partenaires. Toutefois, une telle légitimité ne peut se renforcer qu'avec la mise en œuvre des moyens qui permettent d'exercer pleinement de telles fonctions. Cette analyse pose d'emblée deux questions : celle des outils requis pour une réelle efficacité et celle de l'aptitude professionnelle nécessaire pour les manier.

c) Les moyens qui se mettent en œuvre

Ainsi, concernant l'inspection, il est apparu nécessaire de construire une démarche méthodologique, c'est à dire définir des outils : « Le développement des outils de contrôle inciterait au recours à la démarche d'inspection, ainsi facilitée. La réalisation de protocoles d'inspection, de guides méthodologiques et de systèmes experts, aujourd'hui trop rares, mal diffusés et souvent obsolètes, constitue une réponse adaptée » (rapport CATINCHI).

La volonté politique et administrative d'aller dans ce sens est clairement exprimée.

La circulaire du 16 avril 1999 fixant les objectifs des DRASS et DDASS (DNO) définit une stratégie et une méthodologie de renforcement de l'inspection.¹⁹

¹⁹ Circulaire DAS/RVAS/DH/DGS n°99-232 du 16 avril 1999, Bulletin officiel de la Solidarité et de la Santé, n°99/18 du 22 mai 1999, p. 199.

Depuis cette circulaire, de nouvelles entités ont été créées : la MAFI à l'échelon national et les MRIICE à l'échelon régional. L'administration centrale détermine ses priorités. En fonction de ces priorités et du contexte local, chaque niveau régional définit ses propres orientations. Ces nouvelles entités ont permis de développer une réflexion sur l'organisation à l'échelon régional et interdépartemental de l'inspection.

Les rapports CATINCHI et DESTAIS/VINCENT recommandaient déjà, pour réinvestir le champ de l'inspection, d'élaborer un programme régional d'inspection- évaluation- contrôle, et de mettre en place une structure bien identifiée chargée de piloter la fonction d'inspection, de contrôle et d'évaluation. Cette programmation commence aujourd'hui à s'élaborer, grâce à la coordination des MRIICE, sous la forme de PRIICE qui, en principe, s'inscrivent de façon cohérente et non autonome dans le cadre de l'activité des services déconcentrés. En effet, ces fonctions d'inspection- contrôle- évaluation sont exercées par les cadres des services déconcentrés qui continuent à effectuer leurs autres missions d'animation, de gestion et de régulation. Aussi, l'inspection leur permet d'assurer une présence sur le terrain en cohérence avec leur mission de protection des personnes.

L'inspection est alors, selon les termes du rapport CATINCHI, une "fonction pilotée" (programmation) et une "fonction intégrée".

De plus, cette fonction ne peut être renforcée que si elle devient une "fonction qualifiée" et reconnue.

La qualification s'acquière en formation, mais aussi sur le terrain par une pratique régulière, concertée et réfléchie de l'inspection.

L'IGAS a diffusé, en 2001, un document de travail ; il s'agit d'un "guide des bonnes pratiques d'inspection" qui, réalisé sous forme de fiches pratiques, "peut et doit devenir un outil de travail pour les inspections du champ sanitaire, social et de la protection sociale."

Il comprend deux parties : une première partie consacrée au cadre juridique de l'intervention des inspections déconcentrées et une seconde partie qui traite des étapes d'une mission.

L'article 26 de la loi du 2 janvier 2002 a prévu que les IASS soient assermentés dans le domaine social et médico-social.

Alors que le rapport CATINCHI avait finalement écarté la question de l'assermentation, le rapport DESTAIS/VINCENT la trouvait souhaitable. L'assermentation des IASS va dans le sens d'une plus grande affirmation de la reconnaissance des fonctions d'inspection et de contrôle de premier degré. Désormais, les IASS peuvent saisir des documents, pièces et produits, détruire des produits, mettre sous scellés, et rédiger des procès-verbaux de constats d'infractions à la législation qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

L'autorité des IASS ne peut être ainsi que renforcée.

Enfin, le pouvoir des IASS, en matière de lutte contre la maltraitance est explicitement reconnu, renforcé et légitimé grâce à leur mission de protection des individus.

En pratique, la prévention de la maltraitance nécessite le repérage d'une situation de maltraitance institutionnelle.

PARTIE II REPERER UNE SITUATION DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE : L'ANALYSE DES DIFFICULTES SUR LE TERRAIN

Il semble peu probable qu'une situation de maltraitance institutionnelle apparaisse subitement, sans que des signes précurseurs n'aient annoncé sa venue plus ou moins imminente.

Cependant, en pratique, il est difficile de repérer une situation de maltraitance d'autant plus si certaines conditions ne sont pas réunies.

A/ CONSTATS SUR LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE DANS LA REGION POITOU-CHARENTES

1. Observations effectuées à partir de recherches sur le terrain

Au cours d'un stage d'environ deux mois à la DRASS de Poitou-Charentes, je me suis notamment intéressée à la maltraitance institutionnelle et au rôle d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Mon objet d'étude, défini préalablement, porte sur le rôle de l'inspecteur en matière d'évaluation et de prévention des risques de maltraitance institutionnelle. En effet, repérer les risques de maltraitance relève d'une action de prévention.

Avant de préciser l'objet de cette étude, j'avais réfléchi à quelques hypothèses²⁰ à vérifier sur le terrain. A cet effet, j'ai effectué des entretiens, des visites d'établissements, consulté des rapports d'inspection, et élaboré un questionnaire.

Questionnaire

²⁰ Voir en annexe.

Afin, en partie, de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, il m'a semblé intéressant de réfléchir à la construction d'un questionnaire.²¹

Ce questionnaire s'adressait à tous les inspecteurs des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (IASS, MISP, PHISP) ainsi qu'aux conseillers techniques en soins infirmiers et en travail social de la région Poitou-Charentes.

Si tous les professionnels à qui le questionnaire a été envoyé par courrier électronique n'ont pas répondu, toutefois, les quatre DDASS de la région sont représentées par un IASS, trois inspecteurs principaux, un conseiller technique.

A la DRASS, les personnes interrogées ont toutes apporté leur réponse : la conseillère technique régionale en soins infirmiers, la conseillère technique régionale en travail social, les pharmaciens inspecteurs, les médecins inspecteurs, un inspecteur principal et un IASS.

La lecture des réponses à ce questionnaire conduit à différents constats. Notons que quatre des professionnels ayant répondu au questionnaire avaient effectué au moins une inspection en matière de maltraitance.

Le premier constat est que tous les agents interrogés se sentent professionnellement concernés par la maltraitance institutionnelle, sauf les pharmaciens inspecteurs.

Ces derniers (réponse collective des PHISP dans un seul questionnaire) se sont dits non concernés, car leur "mission est de contrôler les pharmacies à usage intérieur des établissements sociaux et médico-sociaux où il en existe une". Ils pensent que leur rôle est de transmettre aux personnes compétentes des informations qui leur parviendraient au cours d'un contrôle.

Ensuite, les professionnels donnent les raisons de leur intérêt en matière de maltraitance. Dans la plupart des cas, ils expliquent que le bien-être et la sécurité des personnes accueillies dans les institutions font partie de leurs attributions, ou encore de leurs préoccupations.

Dans certaines réponses, le rôle que doit exercer le professionnel est précisé. Les conseillers techniques mettent en avant l'importance de la qualité du service rendu à l'utilisateur : "Le contrôle exercé sur les établissements ne constitue pas

²¹ Voir en annexe le questionnaire.

une garantie totale. Il doit s'exercer, mais parallèlement, il est nécessaire d'impulser une démarche qualité qui soit contractuelle." "C'est par l'amélioration de la qualité du service rendu qu'il est possible de diminuer ce phénomène."

Les IASS, les IP et les MISP, comme les conseillers techniques, estiment que la qualité dans les institutions doit être améliorée par un suivi des établissements, par exemple par des visites, dans le cadre d'objectifs généraux, comme l'allocation budgétaire. Ils insistent aussi sur l'importance des inspections, sans qu'il y ait eu nécessairement une plainte préalable, dans un objectif de prévention.

A la question "pensez-vous être bien informé sur le sujet de la maltraitance institutionnelle?", sur dix questionnaires, deux professionnels n'ont pas apporté de réponse. Cinq ont dit être bien informés. Toutefois, parmi ces derniers, un professionnel estime explicitement qu'il faut continuellement actualiser ses connaissances. Les MISP, quant à eux, se sentent plutôt peu informés. Les IASS ou IP, regrettent un manque d'information sur la maltraitance, ses conséquences et la prévention.

Des interrogations sont explicitement exprimées au travers des questionnaires. Parmi celles-ci, la question est plusieurs fois posée de savoir si les services déconcentrés ont les moyens de prévenir la maltraitance institutionnelle. Certains pensent ainsi que les inspecteurs sont "trop absorbés par les tâches de gestion pour pouvoir se consacrer à des tâches d'inspection, en dehors de quelques cas particuliers" ou que "les effectifs en DDASS sont insuffisants pour mettre en place une véritable politique de prévention et de contrôle. Cette difficulté est accrue du fait du partenariat indispensable avec d'autres institutions et de négociations préliminaires incontournables."

Deux questionnaires mettent en doute le suivi de l'inspection, c'est à dire la vérification réelle de la mise en œuvre des mesures correctrices demandées.

Enfin, un seul questionnaire évoque brièvement le rôle de la MRIICE.

Analyse des constats

Ces constats permettent de valider en grande partie les hypothèses posées préalablement.

Ainsi, la maltraitance est un phénomène complexe qui, de ce fait, est mal connu. Dans un questionnaire, il ressort que le thème de la maltraitance institutionnelle est "vaste et les limites floues." Les inspecteurs interrogés semblent sceptiques sur leur pouvoir actuel en matière de prévention, par manque de temps, d'effectifs et de formation.

Il ressort des questionnaires que les professionnels sont conscients qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité des prestations offertes et la sécurité des usagers accueillis dans les structures qu'ils contrôlent. Si l'intérêt des agents pour la qualité de la prise en charge dans les établissements semble limité dans les faits, ces derniers l'expliquent surtout par un manque de moyens, sans vouloir se justifier. Ceci aurait conduit à une présence relativement rare des inspecteurs dans les structures.

De plus, la région concernée souffre d'une insuffisance de places dans les structures pour les personnes handicapées ; aussi, l'accueil des personnes en sureffectif se généralise dans les établissements de la région, au détriment de la qualité des prises en charge individuelles et au prix d'une dégradation sensible des conditions de travail des personnels. Ce problème, conjugué à une présence rare des inspecteurs sur le terrain, constitue un risque non négligeable de maltraitance. On peut d'ailleurs s'interroger sur cette absence de "bienveillance" tant vis à vis de la personne que des professionnels pour lesquels le sens du travail est remis en cause. Le pédopsychiatre canadien, Michel LEMAY rappelle que la "bienveillance" à l'égard des professionnels passe par une reconnaissance de leur identité, qui ne s'actualise que dans une activité qui ait un sens, dans un milieu institutionnel doté de balises empêchant des dérives possibles.²²

Finalement, dès la fin des années 90, ces difficultés sont décrites dans les rapports de l'IGAS sur l'inspection (rapports CATINCHI et DESTAIS/VINCENT). Les inspecteurs se sentent directement concernés par le phénomène des maltraitances et soutiennent l'idée qu'il est nécessaire de renforcer l'inspection pour prévenir ou mettre fin à la maltraitance.

²² Lemay M., 2000, « La bienveillance à l'égard des professionnels », in *Bienveillances*, Paris, Fleurus (cité par Catherine Sellenet in «Avoir mal et faire mal »).

Par ailleurs, la presse orale et écrite relate des cas graves de maltraitance, avec parfois, une critique sévère des administrations.²³

Dans la région Poitou-Charentes, des plaintes d'usagers ou de familles sont régulièrement transmises aux services déconcentrés. Une inspection pour soupçon de maltraitance a aussi eu lieu récemment, mais le rapport n'a pas conclu à des faits de maltraitance.

La MRIICE Poitou-Charentes prépare un PRIICE afin notamment de programmer les inspections de la région et de les coordonner. La mise en place récente d'une MRIICE et l'élaboration d'un premier PRIICE amène les inspecteurs à réinterroger le fonctionnement interne des services, de l'administration, et aussi leur place et leurs attentes.

Enfin, il ressort des questionnaires que l'inspection ne peut suffire à prévenir la maltraitance.

Toutefois, il apparaît que pour les services déconcentrés, elle demeure un outil fondamental.

Cette brève analyse d'une situation régionale ne doit pas faire oublier qu'elle n'est pas représentative de ce qui se passe réellement sur le territoire national, mais n'en est qu'un reflet important dans la réflexion conduite.

Visites d'établissements

Le temps passé en DRASS a aussi été l'occasion de visiter des établissements médico-sociaux et de rencontrer leurs directeurs.²⁴

Il semblait en effet indispensable d'aller sur le terrain pour se faire un avis personnel du fonctionnement de certaines institutions, sans prétendre que ces visites d'une demi-journée suffisent à bien connaître la complexité institutionnelle. De plus, j'ai passé cinq jours (les journées sans les nuits) dans une MAS.

²³ Voir en annexe des articles de journaux portant des critiques sévères sur l'administration.

²⁴ Voir en annexe la liste des professionnels rencontrés, celle des établissements visités et les guides d'entretiens.

L'objet de ces visites n'était pas tourné exclusivement sur "la maltraitance institutionnelle", mais plutôt sur le fonctionnement d'un établissement en lien avec le service rendu à la personne accueillie et sa "vulnérabilité". Les directeurs d'établissements, le personnel et les usagers étaient en général très favorables à l'intérêt qu'un élève inspecteur pouvait porter à la vie de "leur" établissement.

Il est ainsi évident que la rencontre entre l'administration, au travers de ses agents, et les responsables d'institutions ne peut que favoriser la qualité du travail des deux parties, et accroître leur crédibilité. "Au bout de la chaîne", le respect et la dignité de l'utilisateur sont mieux considérés, même si l'institution n'est pas toujours la solution rêvée pour la personne.

E. GOFFMAN considère que l'examen de bon nombre d'institutions laisse penser qu'elles n'ont d'autres buts que d'assurer comme de simples magasins, la mise en dépôt de leurs pensionnaires.²⁵ Cette critique est une mise en garde sérieuse de ce que l'institution peut conduire à la négation de l'individu, au point de n'en faire qu'un simple objet.

Lors des visites et des entrevues, il a paru que les directeurs d'établissements et leurs équipes sont attachés à l'amélioration continue de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent.

Ils réfléchissent à la mise en œuvre la loi du 2 janvier 2002 qui, entre autre, affirme les droits garantis aux personnes accueillies et définit les instruments nécessaires à leur mise en œuvre concrète. Ces instruments devraient améliorer la vie des usagers et aussi constituer des garde-fous contre toute dérive de maltraitance.

Ils sont au nombre de sept :

-le *livret d'accueil* : Selon la loi, article L. 311-4 du CASF : "Afin de garantir l'exercice effectif de ses droits et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil."

La loi ne précise pas son contenu (il faut attendre une circulaire), mais indique les documents qui devront y être annexés, c'est à dire la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et le règlement de fonctionnement.

²⁵ E. GOFFMAN. *Asiles*. Paris ED de Minuit. 1994.

Certains établissements visités ont anticipé de quelques mois la parution de la loi en élaborant un livret d'accueil avec la présentation et l'organisation de l'établissement, les noms et fonctions des personnes responsables avec des coordonnées téléphoniques, et une présentation des activités et ateliers.

- *La charte des droits et libertés de la personne accueillie* : Il s'agit d'un document unique, arrêté par les ministres compétents après avis de la section sociale du CNOSS.
- *Le règlement de fonctionnement* : Il doit définir, d'une part, les droits de la personne accueillie et, d'autre part, les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement ou du service. Son élaboration doit se faire après consultation des personnes bénéficiaires.
- *Le contrat de séjour²⁶ et le document individuel de prise en charge* : Ces documents définissent 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. Ils détailleront la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Ce contrat, conclu entre le représentant qualifié du gestionnaire et la personne accueillie ou son représentant légal, a pour principal objectif d'individualiser la prise en charge ; il ne doit pas s'agir d'un contrat d'adhésion dans lequel toutes les clauses sont préalablement fixées. Pour certaines structures, définies par voie réglementaire, le contrat de séjour sera remplacé par un document individuel de prise en charge remis à l'usager et arrêté uniquement par le représentant qualifié du gestionnaire, après association de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Ces instruments répondent à l'un des droits garantis aux personnes accueillies qui porte sur la participation directe de la personne ou avec l'aide de son représentant légal à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

- *Le conciliateur* : Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée

²⁶ Avant la loi du 2 janvier 2002, le contrat de séjour n'existait que pour les établissements d'hébergement de personnes âgées.

qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général. Le conciliateur n'a pas de pouvoir de contrainte, mais tente, par le dialogue, de trouver une solution au problème soulevé. Ce conciliateur rend compte de ses interventions auprès des autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés et à la personne qui l'a saisi.

Il semble donc que ce conciliateur pourrait être interpellé à propos d'une situation de maltraitance, ou une situation inquiétante qui pourrait conduire l'autorité de contrôle informée à effectuer une inspection à titre préventif, sans qu'il y ait plainte de la personne ayant saisi le conciliateur. A terme, le risque pourrait être de décrédibiliser le rôle de ce conciliateur qui endosserait aux yeux des personnes concernées la casquette de l'inspecteur.

- *Le conseil de la vie sociale et les autres formes de participation* : Les actuels conseils d'établissements sont supprimés par la loi. Certaines catégories d'établissements ou services, prévues par décret, vont devoir mettre en œuvre obligatoirement un conseil de la vie sociale. A défaut, les autres devront mettre en place d'autres formes de participation. Le but est de permettre le recueil de l'avis des usagers ou de leur famille sur la vie et le fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, ce n'est pas parce qu'une personne entre dans un établissement qu'elle perd sa qualité de citoyen.
- *Le projet d'établissement ou de service* : Ce document, d'une durée maximale de cinq ans, est élaboré par chaque établissement ou service social ou médico-social après consultation et avis du conseil de la vie sociale ou après la mise en œuvre d'une autre forme de participation. Il définit les objectifs de l'établissement ou du service, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service.

Deux établissements sur les six visités avaient un projet d'établissement. D'autres n'en avaient jamais eu et commençaient à y réfléchir. Dans un des établissements, il était prévu, chaque semestre ou ponctuellement si besoin, une "réunion des résidents" autour du comité de direction et de l'équipe

pluridisciplinaire. L'objet de cette réunion est d'informer sur les orientations de l'établissement et de débattre des projets ou des réalisations permettant d'améliorer le fonctionnement de l'établissement pour un mieux être collectif et individuel.

Un des établissements visités, un foyer occupationnel, qui accueille des adultes handicapés physiques réfléchit, depuis plusieurs mois, à la mise en œuvre d'un "comité ou une commission local(e) d'éthique" composé de personnes qui apporteraient leur regard extérieur sur le fonctionnement de l'institution et feraient part de leur réflexion à un groupe, "comité d'éthique" comprenant des salariés, des personnes accueillies, des employeurs et des familles. Ce comité aurait vocation, face à des interrogations sur les domaines de la vie privée des résidents, de la protection de leur intimité, du respect de leur personne, à réfléchir à des repères et des références éthiques.

Ainsi, cette nouvelle loi interroge tous les professionnels dans les établissements sur leurs pratiques, et suscite ainsi une réflexion collective au sein de ces mêmes établissements, surtout que peu d'établissements visités avaient l'habitude d'élaborer des projets d'établissements. C'est un travail qui demande de prendre des temps de réflexion en associant les employés de la structure et les usagers. La mise en œuvre pratique de ces documents ne peut qu'améliorer la prise en charge de la personne accueillie, en permettant à chaque professionnel le temps de recul et de réflexion nécessaires, ce qui doit être motivant et redonner du sens au travail effectué.

Les services déconcentrés pour assurer leur rôle de protection des personnes et prévenir la maltraitance ont tout intérêt à s'intéresser à ces documents, à leur processus d'élaboration et leur concrétisation, qui prendront alors une importance non négligeable pour toutes les parties concernées ; le respect pratique des engagements écrits n'en sera que renforcé. L'écrit est bien souvent un garant contre l'arbitraire.

Tous les cinq ans, l'autorité qui a délivré l'autorisation se verra communiquer les auto-évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements, les services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie ; elle recevra aussi les évaluations externes des établissements.

Cette nouvelle loi contribuera finalement à prévenir ou briser tout huis clos institutionnel, facteur de maltraitance.

Ces différents constats effectués dans la région Poitou-Charentes, concernée, comme les autres régions de France, par la politique de lutte contre la maltraitance met en évidence que celle-ci n'est qu'à ses débuts, même si les services déconcentrés ainsi que les directeurs d'établissements et les équipes sont conscients du problème.

Tous les atouts nécessaires pour prévenir toute forme de maltraitance ne sont pas encore réunis.

2 Les atouts nécessaires pour rendre plus efficace la prévention de la maltraitance institutionnelle par les services déconcentrés

Suite aux entretiens menés, notamment avec un inspecteur principal ayant plusieurs expériences d'inspections, il ressort que pour lutter efficacement contre la maltraitance, plusieurs conditions semblent nécessaires.

Inspecter demande une expérience pratique que des agents trop absorbés par de multiples missions acquièrent difficilement. En effet, une inspection ne peut se réaliser convenablement sans la définition préalable d'une méthodologie. Aussi, une volonté régionale de faire de l'inspection permet des échanges sur la méthodologie et sur les différentes expériences, et finalement un gain de temps et une amélioration qualitative des inspections conduites. La pratique de l'inspection s'enrichit de l'expérience des autres partenaires comme le conseil général.

Le temps important passé sur les budgets conduit en général à un manque de connaissance des structures dans leur globalité.

Des inspections programmées peuvent avoir un effet pédagogique, préventif, pour les établissements. Toutefois, cette vertu pédagogique de l'inspection ne peut être réelle que si un suivi des inspections est mis en place et réalisé.

Le problème le plus délicat est celui de la détection de la maltraitance qui n'est pas toujours évidente (maltraitance avérée et aussi insidieuse). Pour la repérer, il faut savoir ce que l'on cherche ; sans indicateurs, les inspecteurs se sentent démunis.

La connaissance et la compréhension du phénomène de la maltraitance ne suffisent pas pour lutter contre, il faut aussi être capable de la reconnaître.

B/ CONNAITRE ET COMPRENDRE LA MALTRAITANCE EST NECESSAIRE
MAIS INSUFFISANT : IL FAUT POUVOIR LA RECONNAITRE

1 Peut on évaluer la maltraitance et/ou les risques, signes précurseurs de dérapage institutionnel?

Evaluer vient du latin *valere* qui signifie déterminer la valeur, le prix, l'importance de... L'évaluation consiste alors à apprécier ou estimer une situation. Selon Catherine SELLENET, l'évaluation ne peut se faire sans les trois exigences suivantes :

-« Une exigence de validité impliquant que deux observateurs différents aboutissent à une même analyse ;

-une exigence de cohérence entre les objectifs poursuivis et les procédures d'évaluation mises en œuvre ;

-une exigence de pertinence dans le choix des informations recueillies, transmises, par rapport au contexte de la demande. » (*ex : s'entendre pour recueillir les informations nécessaires pour répondre à une lettre de mission dans le contexte d'une inspection : qu'évalue t-on ? quels indicateurs ?*)

« Aucun système vivant ne dispose de la possibilité d'auto-observation. Il ne peut avoir toutes les informations concernant son propre fonctionnement... Il doit, pour se voir fonctionner, se référer à une instance extérieure qui va lui renvoyer une information à propos de ses difficultés et lui permettre de se réguler. » (PERRONE)

Le regard extérieur semble indispensable pour repérer une maltraitance ou un risque de dérapage institutionnel. Dans certaines institutions accueillant des personnes, le thème des violences institutionnelles est encore plus ou moins tabou.

Pour évaluer des risques de maltraitance institutionnelle, encore faut-il connaître les facteurs de risque et être en mesure de repérer les indicateurs d'alerte de maltraitance.

Le but est en effet d'éviter d'arriver à une situation de crise, alors que les signes avant-coureurs de la crise auraient pu être repérés précédemment.

Selon Catherine SELLENET : « La violence intervient quand recule la sensibilité à la souffrance de l'autre, soit sous l'effet de dysfonctionnements familiaux, soit sous l'effet de la pression institutionnelle. La question devient alors celle de l'anticipation de ces passages à l'acte, qui restent d'une faible légitimité pour les intéressés. »

Le Professeur FOUGEYROLLAS de l'université Laval au Canada a donné les définitions suivantes concernant le "facteur de risque de violence" et des "indicateurs" :

- "Un facteur de risque de violence est une combinaison d'éléments provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne vulnérable." Ainsi, par exemple, l'usure et l'épuisement de l'aidant.
- "Les indicateurs sont des indices dans l'expression, le comportement, ou l'environnement des victimes ou des abuseurs auxquels des situations d'abus ou des comportements violents sont associés." Mis en relation avec notamment les facteurs de risque, les indicateurs permettent souvent de mesurer avec plus d'acuité le niveau de danger d'une situation problématique. Ainsi, par exemple, le rapport de l'IGAS de mars 2001²⁷, propose des indicateurs d'alerte lors de visites d'inspection dans des maisons de retraite. Il s'agit de l'accueil (absence de livret d'accueil...), du respect des résidents (le personnel ne frappe pas avant d'entrer), hôtellerie, animation, vie quotidienne (cadre de vie insuffisant...), prise en charge des résidents (utilisation non raisonnée de médicaments psychotropes...)²⁸.

Nous pouvons ainsi affirmer qu'une évaluation des risques de maltraitance ne peut se faire sans méthode ou méthodologie. Il s'agit de s'entendre sur les outils qui semblent le plus adéquats mais aussi sur leur contenu. Sans méthodologie,

²⁷ Inspection générale des affaires sociales. *Propositions pour faciliter la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

²⁸ Voir en annexe les indicateurs d'alerte de maltraitance recensés par l'IGAS.

notons comme l'écrit Catherine SELLENET dans « Avoir mal et faire mal » que « l'évaluation n'est pas indépendante des normes et des valeurs au nom desquelles chaque individu hiérarchise les actes qu'il observe. »

La subjectivité est donc une donnée indéniable, qu'il faut tenter de maîtriser.

2 La reconnaissance d'une "situation à risque" nécessite l'élaboration et l'application d'une méthodologie

Il n'est pas aisé d'assurer le contrôle et le suivi de la qualité de vie des personnes dans les institutions. Les services déconcentrés ont besoin d'outils pour assurer ce rôle de contrôle et de suivi. De nombreux travaux se penchent ou se sont penchés sur le problème. Aussi, il paraît intéressant d'en présenter certains :

Le guide méthodologique "prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales", du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de l'action sociale ; la "grille d'auto-évaluation pour le repérage et la prévention des situations de maltraitance dans les institutions médico-sociales pour enfants et adultes handicapés" inspiré du guide méthodologique précédent ; le guide d'inspection "vade mecum" de l'IGAS ; le dépistage et la prévention des abus envers les personnes en situation de handicap, par le juriste et sociologue Louis PLAMONDON de l'université de Montréal.²⁹

Il est bien évident que ces travaux, sous la forme fréquente de guides pratiques, ne constituent pas des dogmes qu'il faut suivre aveuglément, mais des outils méthodologiques qui permettent de travailler tout en les adaptant à une situation et/ou en les complétant grâce à l'expérience.

²⁹ Ce travail se trouve sur le Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps, voir références en bibliographie.

a) Le guide méthodologique "prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales"

Le 5/05/1998, une circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité demande aux DDASS d'informer l'administration centrale de toutes les affaires de violences commises dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs handicapés.

Cette circulaire rappelle l'obligation pour les professionnels des services déconcentrés de saisir l'autorité judiciaire lorsque des enfants et des jeunes sont maltraités en institution sociale et médico-sociale. Elle invite aussi les services déconcentrés à promouvoir une démarche de prévention en veillant particulièrement à la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.

Un groupe de travail est constitué, et, en 2000, un guide méthodologique est publié : « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes, dans les institutions sociales et médico-sociales ».

Le groupe de travail a été réuni par la Direction de l'Action Sociale, afin d'élaborer un guide méthodologique destiné aux MISP et IASS pour prévenir, repérer et traiter les violences en institution.

Il réunissait des représentants de l'administration centrale, des services déconcentrés, de l'École Nationale de la Santé Publique, de directeurs d'établissements ainsi que d'experts. Il était coordonné par Michèle CREOFF, IP et Marie-Jeanne REICHEN, psychologue.

Ce guide a pour objet de tenter de repérer et d'analyser les facteurs de production de la violence institutionnelle. En effet, selon les auteurs de ce guide : "faute d'inscrire son action dans la recherche de qualité, incluant une dimension thérapeutique, toute institution ne peut qu'être maltraitante."

Le guide s'interroge sur "les processus en jeu dans la production de la violence" dans une institution. Aussi, les auteurs examinent les facteurs qui ont trait à l'enfant et au jeune, aux professionnels qui s'en occupent, et à l'organisation de l'institution dans son fonctionnement interne et ses relations extérieures ; il s'agit finalement d'analyser "les facteurs de risque de violence" définis ci-

dessus³⁰, car "l'accueil de personnes vulnérables (enfants) pour lesquelles s'exerce une suppléance familiale peut induire des risques non négligeables de dysfonctionnement voire de maltraitance."

Ces facteurs de risque sont les suivants :

- Concernant l'enfant et le jeune, il s'agit de leur vulnérabilité ("leurs troubles et leur souffrance les rendent plus dépendants du professionnel"), et des représentations de l'enfant et de sa famille souvent problématiques par le personnel qui ont des conséquences sur la qualité de la prise en charge. Par exemple, si le personnel pense que l'enfant n'a aucun espoir d'évolution.
- Concernant les professionnels, leur implication affective est difficile à maîtriser, d'autant plus qu'elle est renforcée par la souffrance des enfants et leur dépendance à leur égard.

C'est en principe à l'institution de réguler ces tensions (permettre la parole, l'écoute réciproque, définir les fonctions de chacun...).

- S'agissant de l'institutionnel et de l'institution, les facteurs de risque sont les dogmes intangibles, l'incohérence des projets (une trop grande contradiction entre le projet d'établissement et le projet individuel), la tension non régulée entre collectif et individuel, le non respect de l'intimité des accueillis et des accueillants, la confusion des places et des rôles.

Ces facteurs de risque, une fois connus, ont permis d'élaborer des questions, non exhaustives, du point de vue de l'enfant, du jeune et des parents, des professionnels, de l'organisation institutionnelle et l'ouverture sur l'extérieur.

Ces questions portent à la fois sur des réalités observables, et des représentations mentales:

- L'enfant, le jeune, et les parents : questions sur l'accueil, les lieux, le projet individuel, la vie individuelle/la vie collective, l'expression personnelle et la participation à la vie de l'institution, l'accueil et la place des parents et des proches, les allers et retours dans l'établissement, la sortie définitive, les représentations de l'institution par les enfants et les parents.

³⁰ Nous verrons que ce concept, comme celui d'indicateurs, été repris par l'étude du Réseau Internet Francophone.

- Les professionnels : questions sur la qualification professionnelle et les compétences, la formation permanente, le soutien aux professionnels et la prise en compte des enjeux émotionnels de leur fonction, les représentations des professionnels, des enfants, des jeunes et des parents, de leur fonction dans l'institution, de l'institution et de ses valeurs fondatrices.
- L'organisation institutionnelle : questions concernant le projet institutionnel (par exemple son élaboration, son évolution...), les fonctions, la régulation-communication, l'emploi du temps des professionnels, le règlement de fonctionnement (élaboration, contenu, diffusion...), le règlement intérieur (son contenu et les relations de travail), le conseil d'établissement (existence et fonctionnement), l'ouverture ou la clôture de l'institution, les représentations à l'œuvre dans l'institution.

Dans la région Poitou-Charentes, une équipe pluridisciplinaire composée d'un MISP, d'un IP et d'une CTTS, a utilisé ce guide lors d'une inspection dans une maison d'enfants à caractère social (MECS) qui leur a permis de répondre à certaines difficultés méthodologiques ; la liste de questions a servi de "pense-bête".

Ce guide qui s'adresse aux IASS et MISP, a inspiré un travail effectué par la MRIICE de Corse ; ce travail a donné lieu à une grille d'auto-évaluation à l'attention des institutions pour enfants ou adultes handicapés.

b) La "grille d'auto-évaluation pour le repérage et la prévention des situations de maltraitance dans les institutions médico-sociales pour enfants et adultes handicapés"³¹

Cette grille d'auto-évaluation reprend en les aménageant et en les élargissant les questionnements du guide méthodologique "Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales".

³¹ Voir en annexe cette grille avec le détail des questionnements pour chaque thème.

Son objet est d'aider les institutions recevant en hébergement ou en semi-internat des enfants ou des adultes handicapés (il ne s'agit donc pas seulement des enfants et des jeunes comme dans le guide méthodologique décrit ci-dessus) à auto-apprécier l'ensemble des pratiques professionnelles et des fonctionnements institutionnels mis en place.

Comme pour le guide méthodologique, la grille sépare le point de vue du résident (la personne accueillie) et de son entourage, celui des professionnels, et l'organisation institutionnelle. Pour chacun de ces points, des thèmes (les mêmes que ceux du guide) comme l'accueil, le projet individuel, la qualification professionnelle sont identifiés. A Chaque thème correspond plusieurs item qui encernent le contenu ; par exemple le thème de la formation permanente comprend les item "besoins de formation", "modalités de formation", formation interne" et "formation externe". Pour chacun des item, des "questions à se poser" sont indiquées dans le but d'aider à formuler une appréciation, et à réfléchir.

Pour remplir cette grille, l'établissement met des notes et appréciations.

La dernière page pose la question de savoir "quels seraient les actions prioritaires à mener".

Ainsi, cette grille de la MRIICE Corse montre le souci de l'administration d'un suivi qualitatif des institutions dans une démarche partenariale, de confiance et de prévention. Une telle grille permet aussi aux établissements de mieux connaître le niveau d'exigence de l'Etat, et donc de la société, à laquelle appartiennent les personnes accueillies et leurs familles, en matière de prise en charge de qualité, respectueuse de la personne.

c) Le guide "vade-mecum"

Ce guide est en cours d'élaboration dans le cadre du programme pluriannuel d'inspections des établissements sociaux et médico-sociaux 2002/2006 pour prévenir et lutter contre la maltraitance. Ce guide doit être un outil pour faciliter le travail d'inspection des agents des services déconcentrés.

Selon l'avant-projet DGAS n°4 : "dans la mesure où les violences institutionnelles résultent d'un contexte de dysfonctionnements divers, il est proposé un document constituant un "vade-mecum" mettant l'accent sur

quelques aspects de fonctionnement essentiels à observer (diagnostic à partir de questionnements permettant d'identifier les éventuels dysfonctionnements, dont certains constituent des "clignotants d'alerte") et rappelant certains éléments de références (choix d'indicateurs – références légales – documents, protocoles, "procédures" de l'établissement...) et de méthode à prendre en compte.

Le but déclaré de cet outil est, en s'inspirant du guide méthodologique "Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales", de définir des dispositions communes qui prennent en compte l'ensemble des structures sociales et médico-sociales assurant un hébergement.

Ainsi, il s'agit de proposer des questionnements thématiques sur des aspects essentiels de l'organisation et du fonctionnement des structures, autour de cinq thèmes :

- la qualité des espaces
- les droits des personnes et les relations avec la famille
- le personnel
- l'établissement et son environnement
- les modes de prises en charge (accompagnement, aides et soins).

Ces questionnements peuvent être complétés pour s'adapter à des aspects particuliers relatifs à certains publics accueillis.

Ainsi, nous pouvons noter que ces outils pratiques mettent tous en avant l'aspect méthodologique du travail à effectuer ; une méthodologie se réfléchit avant l'action, dans le but notamment de maîtriser l'avancée du travail et/ou de la réflexion tout en anticipant d'éventuelles difficultés, et tout en permettant le recul et l'objectivité nécessaires.

d) Le Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps, dépistage et prévention de la violence envers les personnes en situation de handicap³²

Son auteur est Louis PLAMONDON, sociologue et juriste de l'université de Montréal.

Ce réseau Internet propose un modèle de dépistage afin de permettre à chacun de reconnaître la réalité des abus et de la violence à l'égard des "personnes en situation de handicap". Ce modèle est en principe adapté à tout type de déficience ou incapacité, tout en ne niant pas la spécificité de chacun des types de handicap. Le professeur PLAMONDON a eu l'occasion d'animer des formations à cet outil, notamment en Poitou-Charentes à l'initiative de l'ADAPEI.

Ce modèle, à l'origine conçu pour le dépistage et la prévention des abus à l'égard des personnes âgées, apporte des références et des outils conceptuels qui se veulent simples et efficaces. Les références proposent une compréhension systémique du handicap, celle de l'équipe du professeur FOUGEYROLLAS de l'université Laval au Canada. Sa conception, qui commence à être connue et discutée en France, affirme que la personne n'est pas "handicapée en soi", mais "en situation de handicap" découlant de facteurs personnels et environnementaux en interactions entre eux et qui définissent la situation de handicap.³³

Dans une section "repères", dix définitions sont proposées afin de comprendre et de pouvoir nommer des "phénomènes d'abus et de violence". Nous verrons que l'abus et la violence sont deux concepts différents, avec la présence d'une relation de confiance dans la définition de l'abus.

Le niveau de danger varie selon des facteurs personnels ou des facteurs de vulnérabilité (la présence d'une déficience, une limitation dans la possibilité pour

³² Nous avons déjà évoqué ce travail, partie I, au sujet de la classification de la maltraitance dans "les multiples visages de la maltraitance".

³³ Cette compréhension du handicap n'est pas entièrement nouvelle. En 1980, la classification internationale du handicap, à l'initiative de l'OMS, conçue par P. WOOD, parle de déficiences, incapacités et désavantages.

une personne d'accomplir une activité physique ou mentale)³⁴ et des facteurs environnementaux (la présence dans l'environnement d'un obstacle (une personne, une organisation, un système social) qui entrave la réalisation des habitudes de vie. Par exemple, les lacunes dans la formation des professionnels ou la difficulté pour l'entourage d'identifier les signes d'abus des facteurs de risque en lien avec l'environnement.

Les dix repères suivants sont présentés comme indispensables à la compréhension de situations de maltraitance ou de risque de maltraitance :

- *"La violence consiste à utiliser ou à promouvoir la force ou la contrainte, ou encore à empêcher la jouissance de droits fondamentaux. Elle peut être physique, psychologique, matérielle ou sexuelle ; elle est le fait d'un individu, d'un groupe, d'une institution ou d'une collectivité, et elle entraîne une responsabilité sociale, personnelle et morale, même en l'absence de sanctions sociales.
Elle s'inscrit souvent dans le contexte d'un déséquilibre de pouvoir entre la victime et l'agent agresseur."*
- *"une habitude de vie" : "pour une personne, c'est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel selon ses caractéristiques. Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence". Par exemple, les relations affectives.*
- *"Un facteur de risque de production de handicap est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne." Par exemple, les risques génétiques, et les risques liés à la salubrité.*

³⁴ Voir en annexe la grille d'évaluation de la vulnérabilité que le chercheur Louis PLAMONDON a présenté en Poitou-Charentes, en mars 2002, dans le cadre d'une formation à ce modèle de détection des abus et violences, en direction notamment de directeurs d'établissements.

- *"Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux."*
- *"La vulnérabilité est la grande probabilité individuelle d'apparition du phénomène néfaste essentiellement à cause de la présence de déficience(s) ou d'incapacité(s)." (une surdité partielle est une déficience ; un analphabétisme fonctionnel est une incapacité).*
- *"Un facteur de risque de violence est une combinaison d'éléments provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne vulnérable." Un des exemples proposés est celui d'une personne ayant des troubles de comportement avec un éducateur alcoolique.*
- *"Le niveau de danger est évalué :*
 1. *Par l'aggravation de la vulnérabilité de la personne en situation de handicap*
 2. *Par l'accroissement de la probabilité de la réalisation de facteurs de risques dans l'environnement."*
- *"Profils de victimes et d'abuseurs : caractéristiques communes aux personnes victimes de violence ou d'abus et aux personnes qui commettent des actes abusifs ou violents. Ces caractéristiques sont déduites des recherches en criminologie, en victimologie et en sociologie. Dans ce modèle, elles sont aussi déduites de l'expertise clinique des équipes collaboratrices.
Une seule caractéristique n'a pas de valeur indicative. C'est la multiplication des caractéristiques qui doit orienter notre perception d'une relation entre victime et un abuseur potentiel."*
- *"Les indicateurs sont des indices dans l'expression, le comportement, ou l'environnement des victimes ou des abuseurs auxquels des situations d'abus ou des comportements violents sont associés.
Ces indices sont fréquemment à l'origine de nos inconforts, suspicions et inquiétudes face à des réalités qui nous interrogent.
Mis en relation avec notamment les facteurs de risque, les indicateurs permettent souvent de mesurer avec plus d'acuité le niveau de danger d'une situation problématique."*
- *"L'abus est un acte commis ou omis souvent par une personne en relation de confiance dont il résulte une blessure ou un préjudice pour la personne en situation de handicap." Exemples de comportements d'abus dans les*

institutions : ne pas respecter l'intimité, forcer la personne à consommer des médicaments pour la contrôler, être indifférent à la douleur de la personne, imposer un lieu de vie inadapté, forcer la personne à se presser sans justification...etc.

- *"La négligence est le manque, volontaire ou non, d'une personne responsable à répondre aux besoins d'une personne en situation de handicap compromettant sa santé, sa sécurité, et ses capacités de développement."*

Ce modèle de dépistage et de prévention de la maltraitance semble intéressant en ce qu'il complète les outils décrits ci-dessus, bien qu'il ne soit pas spécifiquement élaboré pour des inspecteurs.

Toutefois, il présente une partie consacrée spécialement au dépistage et à la prévention de la maltraitance dans les institutions où sont détaillés, sous la forme de listes, les risques présents dans les institutions, les vulnérabilités présentes, les sources et types d'abus par sources principales, c'est à dire ceux exercés par le personnel et les directions, ceux qui sont liés aux aménagements, ceux qui sont en relation avec l'organisation des soins et des services, ceux qui sont liés aux aménagements et à l'organisation des ateliers, et enfin ceux liés aux autres usagers.

Il présente aussi un "profil des victimes" et un "profil des abuseurs" clairement identifiés³⁵, alors qu'il nous semble que ces profils se dégagent en filigrane dans les outils étudiés ci-dessus.

Si l'on compare les différents outils, ils se complètent, ce qui montre qu'il est intéressant de profiter de leur souplesse pour les adapter à une situation particulière.

En revanche, nous pensons qu'une adaptation demande une réflexion collective préalable, pour éviter une trop grande subjectivité et désorganisation. L'idée du guide "vade-mecum" présenté ci-dessus est justement de proposer une trame de travail générale qui serve véritablement de guide.

³⁵ Voir en annexe ce modèle avec les listes des risques présents, des sources et types d'abus et le profil des victimes et des abuseurs.

De ces analyses, il est possible de poser certains principes.

Les services déconcentrés, à travers leurs corps d'inspection, sont parmi les plus compétents pour lutter contre la maltraitance, mais il est nécessaire qu'ils agissent avec méthode et favorisent l'action pluridisciplinaire.

Prévenir la maltraitance est une mission très difficile qui demande une volonté partagée d'agir ensemble, en prenant le temps de la réflexion et de la discussion.

PARTIE III PREVENIR LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE : METTRE EN ŒUVRE DES REPONSES ADAPTEES ET EFFICACES

La prévention suppose des actions en amont sur les différents facteurs causaux pour assurer plus de souplesse et une plus grande efficacité.

Trois grandes actions répondent à l'objectif d'amélioration de la prévention par les services déconcentrés : la valorisation de la "bienveillance", le développement de la formation professionnelle et le renforcement de l'inspection.

A/ PROMOUVOIR LA BIENVEILLANCE

La lutte contre la maltraitance passe par la promotion de la bienveillance auprès de tous les acteurs concernés par l'accueil de personnes en établissement, dont les inspecteurs des services déconcentrés. Ces derniers ne travaillent pas seuls mais avec les autres acteurs que sont notamment les directeurs d'établissements, les responsables d'associations gestionnaires d'établissements...

La notion de bienveillance³⁶ n'a de sens que si on la définit. Ce néologisme, si on le décompose, signifie "traiter bien" par opposition à maltraitance, "traiter mal". Toutefois, ce ne sont pas véritablement des contraires, car l'absence de maltraitance ne veut pas dire qu'il y a bienveillance et inversement.

En effet, nous pensons que la volonté de promouvoir la bienveillance est plus ambitieuse que celle de ne pas maltraiter.

Les inspecteurs des services déconcentrés ont un rôle important à jouer en ne se contentant pas de s'assurer de l'absence de maltraitance, mais en encourageant et en impulsant toute action tendant à offrir un accueil et des prestations de la

³⁶ Le concept de bienveillance vient du Canada. Il a été utilisé dans les réflexions sur des situations familiales complexes. La bienveillance consiste alors à inciter la famille à résoudre ses problèmes en devenant acteur à part entière. La bienveillance suppose de partir des ressources positives pour développer des solutions constructives.

meilleure qualité possible (pleine participation des familles, une institution ouverte sur l'extérieur, bonne organisation des équipes...)

Pour agir, ces derniers ne sont pas démunis, puisqu'il existe déjà des outils.

Il s'agit de la possibilité d'élaborer et de signer des conventions avec les établissements en y introduisant des volets "qualité".

Il s'agit aussi des évaluations internes et externes des établissements rendues obligatoires par la loi du 2 janvier 2002 précitée.

1. La signature de conventions : un moyen à la disposition des inspecteurs pour inciter à plus de qualité en matière de prise en charge et d'accueil des usagers des établissements

L'élaboration de conventions semble intéressante à développer en ce qu'elle met face à face deux ou plusieurs parties (Etat, établissements...) sur un pied d'égalité.

Elle met les parties en relation partenariale et implique la confiance mutuelle.

Elle aboutit en principe à un accord réciproque, après analyse et réflexion. Ce travail ne peut que favoriser le respect du contenu de la convention car elle a été acceptée et non imposée par une autorité administrative.

Ainsi, dans le domaine sanitaire, les ARH signent des contrats d'objectifs et de moyens (COM) avec les hôpitaux qui comprennent des annexes contenant des volets qualité.

De plus, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 sur la PSD (aujourd'hui, remplacée par l'APA) qui prévoyait la réforme de l'allocation de ressources aux établissements accueillant des personnes âgées, comprend une démarche qualité. La signature de conventions tripartites (établissement, Etat et Conseil général) s'accompagne d'un cahier des charges dont le contenu est déterminé par l'arrêté du 26 avril 2002.³⁷ Ainsi, les établissements s'engagent à offrir une

³⁷ L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

véritable qualité de vie aux résidents, à favoriser les relations avec les familles et les proches, à s'assurer de la qualité des personnels exerçant dans l'établissement, à offrir des soins de qualité. En contrepartie de l'engagement du respect des objectifs à atteindre, les moyens nécessaires sont alloués.

Les services déconcentrés doivent continuer à réfléchir sur la façon de développer une politique de promotion de la qualité qui s'étende à toutes les institutions sociales et médico-sociales.

Cette réflexion nécessite un travail en commun et un échange d'informations entre les IASS, les MISP et les conseillers techniques à un niveau interdépartemental et régional.

Toute initiative pour favoriser la qualité va dans le sens d'un développement de la bientraitance ; cela contribue aussi à lutter contre les facteurs de risque de la maltraitance, en ne se contentant pas du minimum qui est de s'assurer que les personnes ne sont pas maltraitées, sans s'interroger sur leurs conditions de vie. Il s'agit là d'une préoccupation éthique que ne doivent pas occulter les inspecteurs.

Sur le terrain, des actions et des expériences existent qu'il est nécessaire de faire connaître pour déclencher de nouvelles initiatives.

Ainsi, par exemple, la DRASS de Poitou-Charentes élabore une charte qualité régionale CHRS qui sera diffusée aux CHRS de la région et aux financeurs afin qu'ils y adhèrent. Un cahier des charges doit être élaboré avec les partenaires CHRS. Ce travail est lié aux préoccupations d'amélioration des prestations des CHRS.³⁸

Si les conventions constituent une réponse pour promouvoir la qualité de l'accueil dans les établissements, elles ne sont pas complètement efficaces sans évaluation.

³⁸ Pour plus de détail, voir en annexe la fiche –type n° 3 intitulée "Charte qualité dans les CHRS de la région Poitou-Charentes."

Voir aussi la fiche –type n°6 : "Evaluation du besoin en formation (en AMP) du personnel employé par les EHPAD."

2. L'évaluation : un outil indispensable à l'amélioration de la qualité et à la promotion de la "bienveillance"

Nous dirons que l'évaluation a pour objet d'analyser les effets positifs et négatifs d'actions mises en œuvre dans le but de les modifier, des les infléchir ou encore d'en innover d'autres. Aussi, l'évaluation n'a pas pour but de juger et de sanctionner, mais elle doit prendre un sens constructif dans l'intérêt des usagers, mais aussi des professionnels.

La loi du 2 janvier 2002 prévoit des évaluations régulières des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations, internes et externes, seront communiqués à l'autorité qui a délivré l'autorisation, c'est à dire l'autorité de contrôle.

Avec cette loi, l'évaluation devrait s'inscrire dans la pratique.

Les inspecteurs des services déconcentrés, destinataires des évaluations, devront être en mesure de les comprendre et de les analyser ; pour cela, ils devront s'entendre sur des critères de lecture communs, sur le sens des indicateurs, éléments qui permettent de comprendre le fonctionnement d'une institution comme, par exemple, la constitution des dossiers, leur organisation et leur contenu.

Une évaluation n'a de sens que si elle est lisible pour chaque acteur concerné, ce qui implique que la méthodologie employée soit expliquée et la plus transparente possible.

De plus, la pratique de l'évaluation doit être comprise et acceptée. Il faut que chacun soit convaincu de son intérêt. Pour se faire, un dialogue continu doit exister entre l'administration qui reçoit les évaluations et les établissements qui en font l'objet, ainsi qu'avec les évaluateurs.

Ajoutons que selon Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE : "La qualité est d'abord la redécouverte des valeurs fondatrices d'une institution ou d'un service. Une démarche qui ferait l'économie de cette étape est condamnée à s'enliser dans la problématique des moyens au détriment de celle des fins. Le débat sur la

méthode et les processus de la qualité [...] ne saurait se substituer à la question du sens de l'action."³⁹

Cette réflexion rappelle qu'il est important de partager une culture professionnelle commune qui conduit à agir pour le même objectif, sans pourtant chercher à uniformiser les actions des professionnels.

B/ LA FORMATION : VERS UNE CULTURE PROFESSIONNELLE COMMUNE

La formation professionnelle est un outil indispensable pour approfondir ses connaissances, pour s'enrichir des expériences des autres, pour comparer, apprendre, et aussi pour partager une culture professionnelle commune avec ses pairs, et ses partenaires.

La formation doit notamment être l'occasion de rencontrer des professionnels de différentes disciplines afin de favoriser le partenariat.

1. La formation permet de partager des "savoir-faire"

Un effort spécifique de formation est nécessaire visant à développer une culture professionnelle partagée sur la maltraitance.

Aussi, pour lutter contre la maltraitance, une des réponses est de mettre en place des formations initiales et continues adaptées.

Prévenir la maltraitance ne peut s'improviser ; un "savoir-faire" théorique et pratique est indispensable.

Etre capable de mettre en place une politique de prévention permet de réguler la charge de travail et donc de maîtriser l'urgence.

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, sans pour autant devenir un technicien de la prévention de la maltraitance, doit acquérir une formation sur le thème des maltraitements et sur son rôle de protection des personnes vulnérables.

³⁹ Ph. DUCALET et M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Séli Arslan, 2000.

Il est nécessaire qu'il connaisse les outils qu'il a sa disposition, en particulier l'inspection, le contrôle et l'évaluation, et la législation qui concerne sa fonction, ses pouvoirs et ses obligations. La formation doit lui permettre de s'appuyer sur une méthodologie pour exercer au mieux ses fonctions.

Elle permet aussi d'échanger sur sa propre expérience et de s'évaluer. Ces échanges favorisés par la formation, qui permet un temps de réflexion, peuvent aussi enrichir son contenu qui évoluera avec le temps et la pratique. D'ailleurs, il est de la responsabilité de l'inspecteur d'actualiser ses connaissances dans un domaine où la recherche est abondante.

La formation permet donc de développer, d'approfondir et d'actualiser des "savoir-faire" et ainsi d'harmoniser les pratiques de lutte contre la maltraitance.

Bien qu'elle existe, l'offre de formations continues sur le thème de la prévention des maltraitements est encore insuffisante.

Pour l'année 2002, l'Ecole Nationale de la Santé Publique a organisé trois formations sur la maltraitance : "prévenir, repérer et traiter les violences en institution", "maltraitance et personnes âgées", et "inspection et maltraitance".

Ainsi, par exemple, cette dernière formation comprend différents objectifs.

Elle doit permettre de définir pour connaître et comprendre, de repérer les déterminants des maltraitements en établissement d'hébergement et de services, d'évaluer les risques d'apparition de situations et de comportements de maltraitance, d'organiser un dispositif de prévention, de veille et de vigilance, et enfin développer une réflexion sur la méthodologie de la mission de contrôle et d'inspection.

Le public visé par cette formation continue permet les échanges interdisciplinaires puisqu'il s'agit des IASS, des MISP, des cadres des services déconcentrés DDASS et DRASS, des cadres des collectivités territoriales, des cadres de direction des ARH et des travailleurs sociaux.

Une telle formation devrait aussi être mise en place dans le cadre de la formation initiale et pourrait être intégrée à celle qui existe déjà sur l'inspection. Ainsi, la

formation continue permettra un approfondissement plutôt qu'une première découverte.

La formation doit s'adresser à tous les IASS quelque soit le poste occupé dès lors que la protection de personnes est en jeu.

Pour développer l'offre de telles formations, et permettre à plus d'inspecteurs d'être formés dans les plus brefs délais, un plan national de formation serait le bienvenu, surtout s'il incitait, voir obligerait, plusieurs inspecteurs, dans chaque service déconcentré, à suivre une ou plusieurs formations.

Ce type de formation ne peut qu'inciter à un partenariat constructif.

2. La formation, par la rencontre d'acteurs différents, favorise la pratique du partenariat et de la coordination

Le partenariat implique une réflexion commune sur la prévention de la maltraitance et des échanges sur les pratiques des différents partenaires.

Ces échanges sont indispensables pour agir sur un problème aussi complexe que la maltraitance institutionnelle. Ils pourraient avoir lieu régulièrement à l'initiative des acteurs concernés qui organiseraient, chacun à leur tour, des journées de réflexion.

Ces rencontres pourraient être régionales et/ou interdépartementales pour réfléchir à des solutions de proximité en fonction du contexte local particulier.

De tels échanges seraient aussi un moyen pour favoriser la lisibilité de l'action publique en permettant une coordination intelligente où la place et le rôle de chaque partenaire seraient mieux identifiés et respectés autant par les établissements, les associations, les usagers que par ces mêmes partenaires institutionnels.

Ainsi, par exemple, le département de l'Essonne est cité en exemple en matière de coordination. En 1999, il a mis en place un programme de détection, de prise en charge et de prévention de la maltraitance des personnes âgées.

Son objectif est de renforcer l'action de l'association Age-Alma, mettre en place une procédure de signalement, et soutenir les activités d'une cellule de signalement.

Le partenariat et la coordination s'exercent grâce à la cellule de signalement. Les plaintes concernant les établissements lui sont transmises et c'est elle qui coordonne l'action des administrations. Régulièrement, elle réunit les services de la DDASS, du conseil général et de la direction départementale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes. Chacune des administrations met en commun les informations qu'elle détient et échange sur le dispositif pour être plus opérationnel.

De plus, des réunions bimestrielles en formation restreinte permettent d'établir un calendrier prévisionnel des visites d'inspection à réaliser.

Le dispositif n'a pas seulement un rôle de contrôle, mais aussi une mission de conseil auprès des établissements et de sensibilisation à l'identification de la maltraitance.

Le développement d'un tel partenariat est indispensable pour plusieurs raisons.

Il permet d'améliorer la pertinence de l'action menée grâce au rapprochement de différents points de vue, d'expériences et de façons de travailler souvent complémentaires.

Il évite aussi à ses acteurs de ne pas s'enfermer en favorisant les approches pluridisciplinaires plus enclines à l'innovation.

C/ L'INSPECTION UTILISEE A DES FINS PREVENTIVES

Deux types d'inspections peuvent être distingués : celles qui interviennent à posteriori, suite à une plainte, et celles qui interviennent a priori, car programmées.

Ces inspections se complètent et peuvent avoir une fonction préventive.

1. L'inspection a posteriori : une solution préventive de "dernier degré?"

Il est possible de se demander si une inspection réalisée suite à une plainte peut être considérée comme un acte de prévention de la maltraitance.

Nous pensons que la gestion des plaintes est une forme de prévention si elle permet d'éviter des récidives. En effet, prendre la décision de vérifier la pertinence d'une plainte a pour finalité principale d'éviter qu'une situation s'aggrave ou que le silence autour d'une situation de maltraitance se poursuive.

Toutefois, bien que nécessaire, il s'agit d'une prévention a minima, de dernier degré, car une politique de prévention réussie dans l'idéal devrait conduire à la fin des plaintes.

En effet, il faut garder à l'esprit qu'une inspection sur plainte est une mission de police qui vise d'abord à sanctionner en cas d'infraction, alors qu'une inspection à froid a un rôle préventif.

Concrètement, la prévention doit permettre de réduire les facteurs de risque.

Or, une plainte peut être un indicateur d'alerte de la dégradation inquiétante du fonctionnement d'une institution et des conditions de vie des personnes accueillies.

C'est pourquoi, les services déconcentrés ont tout intérêt, pour assumer pleinement leur rôle de protection des personnes et préserver la crédibilité qu'ils ont auprès des citoyens, à instaurer une politique de gestion des plaintes.

Pour mettre en œuvre une telle politique, il est intéressant de s'appuyer sur ce qui existe déjà au niveau régional en matière d'inspection, c'est à dire les MRIICE.

Le niveau régional est le bon échelon pour construire des réponses de proximité en adéquation avec les besoins locaux.

Le niveau national a pour rôle notamment d'encourager les initiatives.

Quant au niveau départemental, il a tout intérêt à s'associer à une politique régionale de gestion des plaintes pour profiter de l'appui des autres DDASS et de la DRASS. De plus, une coordination régionale permet d'éviter que chaque service déconcentré d'une région utilise, voir garde jalousement ses propres

critères et grilles d'inspection, quand il en a, au détriment d'une cohérence dans la méthode, garante d'une plus grande efficacité. Il s'agit de partager des informations et de mutualiser les moyens.

La MRIICE, en tant que coordonnatrice, recueillerait toutes les plaintes de la région.

Recevoir et connaître les plaintes ne suffit pas car il faut pouvoir les traiter.

La MRIICE pourrait mettre en place une sorte de grille de lecture des plaintes.

Selon leur nature, leur gravité, et leur fréquence pour un même établissement, les réponses seraient différentes et plus ou moins rapides. De plus, la MRIICE, composée d'inspecteurs et de conseillers techniques représentant les services déconcentrés de la région, identifierait les services compétents pour effectuer un contrôle ou mener une inspection.

Les inspections menées seraient pluridisciplinaires, afin d'associer des compétences complémentaires. Les inspections seraient menées en fonction d'une méthodologie et d'un cadre juridique préalablement définis au sein de la MRIICE.

En cas de difficulté particulière, la MAFI, par l'intermédiaire de personnes ressources bien identifiées, pourrait apporter des conseils et un soutien à la MRIICE.

Une des difficultés est de trouver des inspecteurs qui peuvent dégager du temps, régulièrement, pour inspecter.

La solution pourrait être de choisir des inspecteurs qui s'engagent à mobiliser une plus grande partie de leur temps à l'inspection. En contrepartie, ils seraient dégagés de certaines tâches administratives jugées non prioritaires.

Ces inspecteurs devraient alors avoir suivi, de préférence, une formation. A terme, leur expérience pratique leur permettrait d'être plus efficaces et de développer et affiner leur analyse qui pourrait profiter à d'autres inspecteurs.

La gestion des plaintes reçues par les services déconcentrés nécessite, en plus de leur analyse, un suivi qui pourrait se faire sous forme de tableau afin d'en faciliter la lecture.

Y seraient recensés l'origine des plaintes (anonymes ou provenant de telle ou telle personne ou institution...), leur objet (motifs), l'établissement contre lequel

la plainte est formulée, nature de la plainte (orale ou écrite), la fréquence des plaintes et leur nombre pour une même structure, les actions engagées et les suites données (recommandations, fermetures) et leur cause (maltraitance, dysfonctionnements graves...)

Certaines inspections pluridisciplinaires sont menées avec d'autres administrations. Ces administrations peuvent aussi disposer d'informations sur des faits inquiétants.

Aussi, une coordination qu'entre services déconcentrés trouvera vite ses limites en terme d'efficacité.

La coordination devrait utilement, à plus ou moyen terme, s'élargir à d'autres services que les services déconcentrés, comme ceux du Conseil général, ceux de la Direction Départementale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes, l'inspection académique...

Une politique régionale de recueil et de traitement des plaintes permettrait de recenser les établissements "à risque" qui feront l'objet d'un plan d'inspections et d'un suivi plus approfondi.

2. L'intérêt de développer la pratique des inspections a priori, avant toute plainte

Une inspection programmée a certainement un effet pédagogique positif sur les établissements.

Face à la perspective d'une inspection, ils interrogent de façon plus approfondie leur propre fonctionnement.

Or, jusqu'à présent, dans les services déconcentrés, il existe une "culture d'inspection" a posteriori ; il est donc important de développer l'inspection a priori pour une prévention plus pertinente.

C'est justement ce que prévoit le programme de contrôle des établissements 2002-2006. Les corps de contrôle des services déconcentrés vont inspecter environ 2000 des 13000 établissements sociaux et médico-sociaux sous compétence conjointe Etat-département.

L'objectif est de dépister les situations de maltraitance non signalées et de les prévenir en détectant les risques liés aux dysfonctionnements des structures.

Ce programme doit s'accompagner de la mise en place d'un système d'information afin de constituer une base de données nationale sur l'ensemble des inspections menées, et ainsi mieux connaître la maltraitance institutionnelle, et assurer le suivi et l'évaluation du programme de contrôle.

Cette politique nationale doit s'accompagner d'une réelle volonté régionale et départementale sans laquelle ce programme ne sera pas mis en œuvre dans les meilleures conditions.

Les corps d'inspection des services déconcentrés doivent être motivés, et se sentir pleinement impliqués.

Comment?

La MRIICE a un rôle primordial à jouer sur le terrain.

En tant qu'animateur régional de la politique d'inspection, elle doit se donner les moyens pour motiver, dans la durée, les professionnels des services déconcentrés, en donnant du sens au projet.

De plus, en tant que coordinatrice, elle doit s'assurer que les fonctions, les missions et les obligations de chaque acteur de cette politique soient clairement explicitées, acceptées et valorisées.

La fonction préventive de l'inspection ne sera effective que si un suivi des inspections est mis en place ; tout particulièrement, il faut s'assurer que l'établissement inspecté aura tenu compte des recommandations émises.

Enfin, pour prévenir la maltraitance, l'inspection est une solution utile mais insuffisante si elle ne s'accompagne pas d'une promotion de la bientraitance.

En effet, même si la mission d'inspection est bien menée, elle ne permet probablement pas de développer la qualité de l'établissement inspecté.

Les services déconcentrés ont aussi pour rôle de favoriser des démarches visant à améliorer la qualité au sein des établissements.

Des outils, au service de la lutte contre la maltraitance institutionnelle, existent, mais encore faut-il savoir les utiliser.

La formation et l'expérience sont à encourager.

CONCLUSION

La maltraitance est une réalité complexe, difficile à appréhender.

Différentes actions sont initiées par les pouvoirs publics pour prévenir et lutter contre les maltraitances envers les personnes vulnérables.

Pour agir, il est important d'informer et de sensibiliser les citoyens et les professionnels à la gravité du phénomène.

Il faut développer des lieux d'écoute, d'échange et de réflexion pour les professionnels et les usagers.

Les réponses de proximité sont souhaitables et reconnues, actuellement, comme les plus efficaces, tout comme le partenariat et la coordination entre services.

Les corps d'inspection des affaires sanitaires et sociales, notamment les IASS, ont l'obligation de protéger les personnes accueillies en établissement.

Il est donc indispensable de les former tout au long de leur carrière, quelque soit leur poste, à la lutte contre la maltraitance.

La "bienveillance" doit être valorisée auprès des établissements ; les services déconcentrés doivent soutenir les institutions et les professionnels dans leur action de protection et de respect de la personne.

L'inspection et l'évaluation des établissements leur permettent de prendre du recul sur leur façon de fonctionner.

La mission des services déconcentrés est donc importante car elle constitue un "regard extérieur" utile.

La prévention des maltraitances institutionnelles est un enjeu prioritaire du présent et de l'avenir pour assurer à chacun, quelque soit son mode de vie et ses fragilités, le respect de sa dignité.

Seule une action continue et réfléchie peut prétendre atteindre cet objectif.

Bibliographie

Ouvrages :

JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 2002. 211 p.

SELLENET C. *Avoir mal et faire mal : approche des violences en famille et en institution*. Revigny-Sur-Ornain : Hommes et perspectives; 2001. 200 p.

BRANDEHO D. *Usure dans l'institution*. Rennes : ENSP, 2000. 170 p.

GABEL M., JESU F., MANCIAUX M. et coll., *Maltraitements institutionnelles*, Paris : Fleurus, coll. Psychopédagogie, 1998. 306 p.

CORBET E. *Violences en institutions. 1. Repères*. CREAMI ; Rhône-Alpes : CREAMI, 1992. 89 p.

CORBET E. *Violences en institutions 2. - Outils de prévention*. CREAMI ; Rhône-Alpes : CREAMI, 1995. 121 p.

TOMKIEWICZ S., VIVET P., *Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris : Seuil, 1991. 230 p.

Documents de travail

PLAMONDON L. *Le dépistage et la prévention de la violence envers les personnes en situation de handicap* [en ligne]. Montréal : Faculté de l'éducation permanente, 2001 [modifié le 1. 02. 2002]. Disponible sur Internet :

<http://www.fep.umontreal.ca/handicap/coordonnees.htm>

Mission permanente d'animation des fonctions d'inspection (MAFI), *Guide des bonnes pratiques d'inspection*, version du 18 juillet 2001.

CORMIER M., *Exercice de la mission d'inspection : les fondements juridiques et administratifs de l'inspection*, CE.RE.FOC. Aquitaine, juin 2001.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, *Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*, guide méthodologique, éditions ENSP, 2000.

DIRECTION DE LA SOLIDARITE ET DE LA SANTE DE CORSE ET DE LA CORSE DU SUD, DDASS de Haute Corse, MRIICE Corse, *Grille d'auto-évaluation pour le repérage et la prévention des situations de maltraitance dans les institutions médico-sociales pour enfants et adultes handicapés*, site Internet : G : \MRICE\INSPECT\MALTRAIT\AUTOEVAL.DOC

ROSENCZVEIG J-P., *lettre ouverte aux directeurs d'établissements et autres intervenants en institution sur les réponses à apporter aux maltraitances à enfants et personnes vulnérables*, ANCE, Paris, janvier 2000.

Articles

PAGEAU S. Maltraitance des personnes âgées, un dispositif coordonné dans l'Essonne. *ASH*, 15 mars 2002, n°2254, pp. 25-26.

CARIO R. Victimisation des aînés, une situation préoccupante. *Lien social*, 7 février 2002, n°608, p. 11.

CREOFF M. Lutte contre les violences institutionnelles : un engagement de la puissance publique. *Journal du Droit des Jeunes*, Novembre 2001, n°209, pp.32-34.

AUFORT C., HOUDIN J. La peur dans les structures sanitaires et sociales. *Management*, Avril 2001, n°3, pp. 3-15.

BENGHOZI P., La partie émergée de l'iceberg, *ASH*, 2 février 2001, n° 2200.

BENLOULOU G., Quand l'usager est difficile et l'institution défaillante, *Lien social*, 9 novembre 2000, n° 551, p. 4-5.

LEBAS J., GABEL M., CORBET E. et al. Maltraitances. *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 2000, n° 31, pp. 1-65.

SARAZIN I. Handicap mental et maltraitance : une souffrance tue. *ASH*, 14 avril 2000, n° 2162.

SARAZIN I. Enquête 'violence' CSTS : les institutions sur la sellette. *ASH*, 11 février 2000, n° 2153.

BILLE M. Pour leur bien ? *Gérontologie et Société*, septembre 1999, n°90.

HELFTER C. Adultes dépendants maltraités – Rompre la loi du silence. *Actualités sociales hebdomadaires*, 2 juillet 1999, n°2126.

MAIRE N. Violences dans les institutions pour mineurs : que peuvent faire les IASS ? *IASS La Revue*, Juin 1999, n°25, pp. 58-61.

IASS La Revue, Méthodologie d'inspection dans un établissement médico-social : propositions, n°23 janvier 1999.

Revue française des affaires sociales, l'IGAS 1967-1997, Réforme de l'Etat et mutation du secteur social : deux enjeux pour la fonction d'inspection, avril-juin 1998.

Textes : lois, règlements, circulaires

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

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

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

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

Circulaire du Ministère délégué à la famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées 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 interministérielle cabinet/DGAS n°2001-52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance.

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

Avant-projets DGAS n° 1, 2,3, 4, *prévention et lutte contre la maltraitance, programmes d'inspections des établissements sociaux et médico-sociaux 2002/2006.*

Rapports

DESTAIS N., VINCENT G., *Le renforcement de la fonction d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social*, rapport IGAS, septembre 1997.

CATINCHI A., *Rapport sur la fonction d'inspection en services déconcentrés*, rapport IGAS, 1995.

Liste des annexes

ANNEXE I : QUESTION DE DEPART ET HYPOTHESES FORMULEES EN VUE DES INVESTIGATIONS DE TERRAIN

ANNEXE II : INVESTIGATIONS SUR LE TERRAIN

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

ANNEXE IV : LE REFERENTIEL DES COMPETENCES (SOMMAIRE) ELABORE PAR L'IGAS (annexe du rapport DESTAIS/VINCENT)

ANNEXE V : ARTICLES DE JOURNAUX RELATANT DES CAS DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE (non publiée)

ANNEXE VI : INDICATEURS DE MALTRAITANCE RECENSES PAR L'IGAS (non publiée)

ANNEXE VII : GRILLE D'AUTO-EVALUATION POUR LE REPERAGE ET LA PREVENTION DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE DANS LES INSTITUTIONS MEDICO-SOCIALES POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES (non publiée)

ANNEXE VIII : GRILLE D'EVALUATION DE LA VULNERABILITE (proposée par L. PLAMONDON) (non publiée)

ANNEXE IX : RISQUES PRESENT DANS LES INSTITUTIONS, SOURCES ET TYPES D'ABUS, PROFIL DES VICTIMES, PROFIL DES ABUSEURS (référéncés dans le Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps) (non publiée)

ANNEXE X : FICHE-TYPE : charte qualité dans les CHRS de la région Poitou-Charentes ; évaluation du besoin de formation du personnel, employé par les EHPAD. (non publiée)

ANNEXE I

Question de départ :

Pourquoi, malgré la revalorisation des fonctions d'inspection et de contrôle, les maltraitances institutionnelles constituent un problème persistant ?

Premières hypothèses :

La maltraitance est encore mal connue, et recoupe des réalités nombreuses et diversifiées.

Les inspecteurs ne sont pas ou peu formés à l'évaluation des risques de maltraitance ; ils ne disposent pas d'assez d'outils pertinents pour détecter les risques (des indicateurs).

L'aspect qualité de la prise en charge dans les établissements est négligé par l'inspecteur ou n'est pas sa priorité (des inspecteurs de moins en moins souvent sur le terrain ; manque de temps et de moyens ; connaissance moins grande des établissements ; problème de la preuve ; des inspections sans suites).

C'est parce qu'il y a plus d'inspections, mais aussi une meilleure structuration du processus d'inspection et une meilleure organisation de la mémoire des services, que des cas de maltraitances institutionnelles sont découverts et mis à jour (d'où la prise de conscience de la nécessité d'y remédier).

L'inspection ne peut résoudre à elle seule les problèmes de maltraitance ; elle n'est qu'un des leviers d'action possible.

ANNEXE II

Investigations sur le terrain

CONSULTATION DE DOCUMENTS

- 6 rapports d'inspection effectués entre 1996 et 2001 ;
- Calendrier des formations continues ;
- Projets d'établissements
- Dossiers CROSS

ENTRETIENS

- Un conseiller technique en travail social ;
- Un conseiller technique en soins infirmiers ;
- Deux médecins inspecteurs de santé publique ;
- Un directeur adjoint de DDASS ;
- Un inspecteur, chef de service ;
- Un directeur adjoint d'IRTS ;
- Le chercheur Louis PLAMONDON

ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE

PARTICIPATION A UNE JOURNEE DEBAT, dans un foyer occupationnel :

Thème : "La clé pour un huis clos"

OBSERVATION

Visite d'établissements et rencontre avec leur directeur :

- Une MAS (stage d'une semaine) ;
- UN IME ;
- Deux foyers à double tarification et un foyer occupationnel (adultes handicapés) ;
- Une MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes).

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE

Les questions posées sont volontairement semi-directives, afin de ne pas s'écarter inutilement du sujet, de faciliter la comparaison et l'analyse des questionnaires, tout en laissant une certaine liberté de réflexion et de réponse, avec notamment une rubrique "remarques".

De plus, les questions posées sont simples et relativement peu nombreuses, afin notamment de tenir compte des contraintes de temps des professionnels concernés.

Sophie BEIGNON

Stagiaire à la DRASS POITOU-CHARENTES

Elève IASS 2001-2003

Questionnaire en direction des inspecteurs des services déconcentrés exerçant leur fonction dans les secteurs du social et médico-social, de la santé et des conseillers techniques (région Poitou-Charentes)

THEME : La maltraitance institutionnelle (la maltraitance subie par les usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux.)

◆ Pouvez-vous indiquer votre corps d'inspection ?

IASS – IPASS – Médecin inspecteur – Pharmacien inspecteur – Conseiller technique

- ◆ Vous sentez-vous professionnellement concerné par la maltraitance institutionnelle ?

Si oui, pouvez-vous dire pourquoi ?

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

- ◆ Pensez-vous être bien informé sur le sujet de la maltraitance institutionnelle ?

Si non, en sentez-vous le besoin ?

- ◆ Pensez-vous que l'inspecteur a un rôle à jouer en matière de maltraitance institutionnelle ?

Si oui, pourquoi ? Lequel ?

Si non, pourquoi ?

- ◆ Remarques :